

**ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL  
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL  
DOUTORADO EM POLÍTICA SOCIAL**

**ROSANA FREITAS ARANTES**

**A participação social na condução da Política Nacional de  
Educação Permanente em Saúde no estado de Minas  
Gerais**

**UNIVERSIDADE  
FEDERAL  
FLUMINENSE**



**NITERÓI/RJ  
2013**

**ROSANA FREITAS ARANTES**

**A participação social na condução da Política Nacional de  
Educação Permanente em Saúde no estado de Minas  
Gerais**

Tese apresentada ao Programa de  
Estudos Pós-Graduados da Universidade  
Federal Fluminense como requisito parcial  
para obtenção do título de Doutor em  
Política Social.

**Orientador:** Profa. Dra. Mônica de Castro Maia Senna

**NITERÓI/RJ  
2013**

**Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central do Gragoatá**

**A662 Arantes, Rosana Freitas.**

A participação social na condução da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no estado de Minas Gerais / Rosana Freitas Arantes. – 2013.

166 f.

Orientador: Mônica de Castro Maia Senna.

Tese (Doutorado em Política Social) – Universidade Federal Fluminense, Escola de Serviço Social, 2013.

Bibliografia: f. 170-176.

1. Participação social. 2. Democracia. 3. Educação na saúde. 4. Política de saúde. 5. Educação permanente. I. Senna, Mônica de Castro Maia. II. Universidade Federal Fluminense. Escola de Serviço Social. III. Título.

**ROSANA FREITAS ARANTES**

**A participação social na condução da Política Nacional de  
Educação Permanente em Saúde no estado de Minas  
Gerais**

Tese apresentada ao Programa de  
Estudos Pós-Graduados da Universidade  
Federal Fluminense como requisito parcial  
para obtenção do título de Doutor em  
Política Social

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Mônica de Castro Maia Senna – Orientador

---

Prof. Dr. Aluisio Gomes da Silva Jr – UFF/ ISC

---

Prof. Dr. Darlene Mara dos Santos Tavares – UFTM/ ICS

---

Prof. Dr. Luciene Burlandy Campos de Alcântara – UFF/ Fac. Nutrição

---

Prof. Dr. Vanda Maria Ribeiro Costa – UERJ

**NITERÓI/RJ  
2013**

## AGRADECIMENTOS

Meu agradecimento especial à Mônica Senna, minha orientadora, pelo acolhimento, amizade, carinho e disponibilidade afetiva e intelectual durante todo esse nosso convívio e pela ajuda inestimável na construção desta tese.

Agradeço a minha família, especialmente meus queridos irmãos Cris e Laura, e queridas sobrinhas, Maria Laura, Ana Julia e Maria Ana, pelo apoio e afeto incondicional.

Aos queridos amigos da Escola de Governo em Saúde da ENSP/Fiocruz, Márcia Fausto, Tânia Celeste, Roberta Gondim, Inácio Motta, Pablo Dias, Rosângela Carvalho, Francisco Salazar, Luiz Montenegro, Caco Xavier, Virgínia Almeida, Gustavo Portela, Denise, Marcelo Costa, Luciene Vicente, Glória Rodrigues, Mônica de Rezende e Rosa Souza pela forma acolhedora e afetuosa que me receberam, por todo aprendizado e por todas as oportunidades.

À querida amiga Adriana Maiarotti pela convivência durante todos esses anos e pela amizade construída para o resto da vida.

A todos os sujeitos entrevistados neste estudo, pela disponibilidade em compartilhar suas práticas e colaborar com informações fundamentais para a compreensão do processo de condução da PNEPS no estado de Minas Gerais.

Agradeço especialmente os representantes da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, do Conselho Estadual de Saúde, da Escola de Saúde Pública, da Superintendência Regional de Saúde de Uberaba, da Secretaria Municipal de Saúde de Sacramento, do Conselho Municipal de Saúde de Sacramento e da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Agradeço a CAPES, pelo apoio financeiro para a realização do mestrado, doutorado e estágio de doutoramento. O investimento dessa instituição foi fundamental para a permanência e conclusão dos dois programas de pós-graduação e aproximação com outras culturas e saberes.

Aos professores do Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra (CES/UC), especialmente aos professores Mauro Serapioni, orientador no período de estágio de doutoramento e Giovanni Alegretti, coordenador do Programa de Doutorado *Democracia no Século XXI*, pelas oportunas reflexões e discussões sobre participação social, democracia participativa e deliberativa.

Aos Professores Aluisio Gomes, Darlene Tavares, Luciene Burlandy, Vanda Maria Costa por ter aceitado o convite para participar da banca de defesa da tese, e ainda às Professoras Eliana Cláudia Ribeiro e Luciene Burlandy por participar da banca de defesa do projeto de doutorado.

Aos colegas, amigos e professores do Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social da UFF pelas reflexões e discussões oportunizadas em sala de aula e encontros nos corredores da UFF.

À Luzia, Raquel e Letícia – Secretárias do Programa de Doutorado da UFF - pela disponibilidade em prestar as inúmeras orientações e apoio.

Agradeço as queridas amigas D. Isa e Glorinha, por abrir as portas de sua casa e me receber de forma tão acolhedora e afetuosa durante esses últimos anos do doutorado.

Ao João Henrique, pelo companheirismo e incentivo durante nossa convivência. Obrigada por torcer e acreditar que conseguiria concluir essa importante etapa.

Agradeço a todas as pessoas que contribuíram nessa minha trajetória acadêmica e pessoal.

Essa é uma sociedade em que a descoberta da lei e dos direitos convive com a incivilidade cotidiana feita de violência, preconceitos e discriminações em que existe uma espantosa confusão entre direitos e privilégios; em que a defesa de interesses se faz em um terreno muito ambíguo que desfaz as fronteiras entre a conquista de direitos legítimos e o mais estreito corporativismo; em que a experiência democrática coexiste com a aceitação ou mesmo convivência com as práticas as mais autoritárias; em que a demanda por direitos se faz muitas vezes numa combinação aberta e encoberta com práticas renovadas de clientelismo e favoritismo que repõem diferenças onde derivam prevalecer critérios públicos igualitários (TELLES, 2000, p. 93).

## RESUMO

A presente tese se dedicou à compreensão da dimensão da participação social na implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) a partir da Portaria MS 1.996/2007, que institui novos arranjos institucionais de participação social. O foco do estudo recaiu sobre a dinâmica de implantação e funcionamento das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) no estado de Minas Gerais. Para auxiliar na compreensão desses processos no período de 2007 a 2012, realizou-se levantamento documental junto aos órgãos e instâncias responsáveis pela PNEPS no âmbito estadual, regional e municipal, sendo analisadas portarias, deliberações, resoluções, planos estaduais e municipais de saúde, planos estaduais de educação permanente em saúde, relatórios de gestão, bem como atas das reuniões das CIES, reuniões da CIB/Macro e Macro e das reuniões do Conselho Estadual de Saúde. Além da revisão documental, foram realizadas entrevistas com os sujeitos que participaram e participam da dinâmica de construção da política de educação permanente em saúde no âmbito estadual e regional. Os resultados deste estudo permitem inferir que as Comissões de Integração Ensino e Serviço no estado de Minas Gerais são consideradas como importantes dispositivos institucionais no que diz respeito à incorporação da dimensão da participação na gestão da PNEPS. Contudo, a pesquisa de campo realizada na macrorregião do Triângulo Sul permitiu identificar que apesar do estado de Minas Gerais apresentar uma alta institucionalidade da educação permanente em saúde, como afirmado no estudo de Viana (2010), este estado ainda encontra-se em estágio incipiente no que diz respeito à participação social na implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Isso porque, mesmo que os atores institucionais estejam contemplados na gestão da política, a condução e a decisão da política ainda permanecem concentradas na esfera estadual, sem a influência dos sujeitos sociais responsáveis pela política no âmbito regional e local.

Palavras-chave: Participação social. Democracia participativa. Políticas de saúde. Educação na saúde. Educação permanente em saúde.



## ABSTRACT

This thesis is devoted to understanding the extent of social participation in the implementation of the National Policy for Continuing Education in Health (PNEPS) from MS 1.996/2007 Ordinance establishing new institutional arrangements for social participation. The study's focus fell on the dynamic deployment and operation of Committees-Teaching Integration Services (CIES) in the state of Minas Gerais. To assist in the understanding of these processes in the period 2007-2012, there was a documentary survey with agencies and bodies responsible for PNEPS at the state, regional and municipal levels, and analyzed ordinances, resolutions, resolutions, plans, state and municipal health plans state of continuing health education, management reports, and minutes of meetings of CIES, the IWC meetings / Macro and Macro and the meetings of the State Board of Health In the document review, interviews were conducted with the subjects who participated and participate in dynamic construction of policy continuing health education at the state and regional levels. The results of this study allow us to infer that the Commissions of Education and Integration Service in the state of Minas Gerais are considered important institutional arrangements with regard to the incorporation of the extent of participation in management PNEPS. However, field research conducted in the macro-region South Triangle identified that despite the state of Minas Gerais is in high institutions of continuing health education, as stated in the study by Viana (2010), this state is still in stage incipient regarding social participation in the implementation of the National Policy for Continuing Education in Health This is because, even if the institutional actors are included in policy management, conduct and policy decisions still remain concentrated at the state level without the influence subject of social subjects responsible for policy at the regional and place.

Keywords: Social participation. Participatory democracy. Health policies. Health Education. Continuing health education.

## SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS.....	27
LISTA DE QUADROS.....	28
LISTA DE TABELAS.....	29
INTRODUÇÃO .....	19
CAPÍTULO 1 – REFERÊNCIAS TEÓRICO-METODOLÓGICAS.....	27
1.1. Delimitação do tema de estudo .....	27
1.2. Delimitação do campo de estudo.....	34
1.3. Etapas de investigação.....	37
1.4. Procedimentos de análise dos dados .....	41
CAPÍTULO 2 – DEMOCRACIA PARTICIPATIVA .....	43
2.1. Algumas concepções sobre democracia participativa/ deliberativa .....	43
2.2. Democratização das políticas de saúde no Brasil .....	48
2.3. Limites para consolidação da democracia participativa no Brasil .....	56
CAPÍTULO 3 - POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE.....	61
3.1. A conformação da área de Educação na Saúde no Brasil.....	61
3.2. A área de Gestão da Educação na Saúde no contexto do SUS.....	66
3.3. A Política de Educação Permanente em Saúde no contexto nacional .....	77
3.4. Ações e Estratégias do Ministério da Saúde para a Área de Gestão da Educação na Saúde .....	88
3.4.1. Formação profissional de nível superior em saúde .....	89
3.4.2. Formação profissional de nível técnico em saúde .....	94
CAPÍTULO 4 – A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA CONDUÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO ESTADO DE MINAS GERAIS: A EXPERIÊNCIA DA MACRORREGIÃO TRIÂNGULO SUL.....	97
4.1. A regionalização da saúde no estado de Minas Gerais: um breve panorama .....	101
4.2. O processo de institucionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no estado de Minas Gerais .....	104
4.2.1. Instituições responsáveis pela gestão da PNEPS em Minas Gerais – âmbito estadual .....	109

4.2.1.1. Comissão de Integração Ensino Serviço (CIES Estadual).....	109
4.2.1.2. Conselho Estadual de Saúde .....	112
4.2.1.3. Colegiado de Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS/MG) .....	113
4.2.1.4. Comissão Intergestores Bipartite (CIB-MG).....	113
4.2.1.5. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais .....	114
4.2.2. Instituições responsáveis pela gestão da PNEPS em Minas Gerais – âmbito regional.....	116
4.2.2.1. Gerência Regional de Saúde.....	116
A área responsável pela condução da PNEPS dentro da GRS é o Núcleo de Gestão de Pessoas, que além de acompanhar as ações de educação na saúde, cuida dos instrumentos normativos e de gestão das políticas de saúde dos municípios da área de abrangência.....	117
4.2.2.2. Comissões de Educação Permanente em Saúde Macrorregião (CIES- Macro).....	117
4.2.2.3. Colegiado de Gestão Regional (CGR).....	118
4.2.2.4. Comissões Técnicas Microrregionais de Educação Permanente em Saúde (CTMPES) .....	120
4.2.2.5. Colegiados dos Conselhos Municipais de Saúde .....	120
4.3. Dinâmicas e modos de operacionalização da participação na gestão da PNEPS no estado de Minas Gerais.....	121
4.3.1. A instituição das CIES no nível estadual, macro e microrregional.....	122
4.3.2. O processo de elaboração dos Planos Estadual de Educação Permanente em Saúde .....	132
4.3.3. Definição de prioridades na condução da Política Nacional de Educação Permanente no estado de Minas Gerais .....	135
4.4. A dinâmica da gestão municipal no processo de implementação das ações de educação na saúde: a experiência de Sacramento .....	145
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	152
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	161

## LISTA DE SIGLAS

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ABENO	Associação Brasileira de Ensino Odontológico
ABO	Associação Brasileira de Odontologia
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AIDPI	Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância
AIS	Ações Integradas de Saúde
AMMFC	Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade
ANSS	Agência Nacional de saúde Suplementar
APS	Atenção Primária em Saúde
CADRHU	Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos
CAPP	Círculo de Aperfeiçoamento da Prática Profissional
CES	Centro de Estudos Sociais
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CGR	Colegiados de Gestão Regionalizados
CIB/Macro	Comissão Intergestores Bipartite Macrorregionais
CIB/Micro	Comissão Intergestores Bipartite Microrregionais
CIES	Comissões de Integração Ensino-Serviço
CIMS	Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde
CIRH	Comissão Intersectorial de Recursos Humanos
CIS	Comissões Interinstitucionais de Saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLIS	Comissões Interinstitucionais Locais de Saúde

CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONASP	Conselho Nacional de Administração de Saúde Previdenciária
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
COSEMS	Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde
COSEMS/MG	Colegiado de Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais
CRAS	Centros de Referência de Assistência Social
CREAS	Centros de Referência Especializados de Assistência Social
CRIS	Comissões Interinstitucionais Regionais de Saúde
CTMEPS	Comissão Técnica Microrregional de Educação Permanente em Saúde
DEGERTS	Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde
DEGES	Departamento de Gestão da Educação em Saúde
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
EP	Educação Permanente
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESP	Escolas de Saúde Pública
ESP/MG	Escola de Saúde Pública de Minas Gerais
ETSUS	Escolas Técnicas do SUS
FHEMIG	Federação dos Hospitais do Estado de Minas Gerais
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FSESP	Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública
GAES	Gerência de Ações Educacionais em Saúde
GAPS	Gabinete de Aconselhamento e Promoção da Saúde

GERUS	Programa de Desenvolvimento Gerencial de Unidades de Saúde
GRS	Gerências Regionais de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituições de Ensino Superior
IMS	Instituto de Medicina Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
MG	Minas Gerais
NIEPS	Núcleo Interdisciplinar de Educação Permanente em Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência
NOB/RH	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAMEPS	Planos de Ação Microrregionais de Educação Permanente em Saúde
PAREPS	Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde
PDAPS	Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde
PDP	Plano de Desenvolvimento Pessoal
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PEP	Programa de Educação Permanente
PEPS	Programa de Educação Permanente em Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PITS	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PMDI	Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado

PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
Polos-PSF	Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família
PPP	Projeto Político Pedagógico
PPREPS	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde
PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
PROFAPS	Programa de Profissionalização dos Trabalhadores de Nível Médio da Área da Saúde
PROMED	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Graduação em Medicina
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PROVAB	Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica
REFORSUS	Programa de Reforço a Reorganização do Sistema Único de Saúde
RETSUS	Rede de Escolas Técnicas do SUS
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SEE	Secretaria Estadual de Educação
SEED	Secretaria de Educação à Distância
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESU	Secretaria de Educação Superior
SGPES	Superintendência de Gestão De Pessoas e Educação em Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
UBSs	Unidades Básicas de Saúde
UC	Universidade de Coimbra

UERJ          Universidade do Estado do Rio de Janeiro  
UFMG          Universidade Federal de Minas Gerais  
UFTM          Universidade Federal do Triângulo Mineiro  
UNA-SUS      Universidade Aberta do SUS  
UNIFENAS    Universidade José do Rosário Vellano  
UNIMONTES   Escola Técnica da Universidade Estadual de Montes Claros  
USP            Universidade de São Paulo



## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 - Macrorregiões Sanitárias

Figura 2 - Microrregiões Sanitárias

Figura 3 - Estrutura Organizacional da SES-MG (2012)

Figura 4 - Macrorregião Triângulo Sul

Figura 5 - Microrregião Uberaba

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 - Dimensões e características da Portaria MS 1.996/2007

Quadro 2 - Estágios de regionalização da saúde e institucionalidade da educação permanente nos estados

Quadro 3 - Sujeitos do estudo

Quadro 4 - Gestão da PNEPS no estado de Minas Gerais

Quadro 5 - Composição CIES Estadual

Quadro 6 - Composição CIES Macrorregional Triângulo Sul

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1- Repasses financeiros MS (2005 – 2011)

Tabela 2 - Repasses financeiros MS - Implementação da PNEPS nos estados

Tabela 3 - Recursos Financeiros PROFAPS (2009 – 2011)

Tabela 4 - Número de Municípios X Número de Habitantes

## INTRODUÇÃO

Esta tese pretende analisar a participação social na gestão da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) em âmbito estadual. Instituída pelo Ministério da Saúde em 2004 e reformulada pela Portaria GM/MS 1.996, de 2007, a PNPE trouxe significativas inovações ao campo da educação na saúde no Brasil. Além da própria centralidade que esse campo passa a assumir no interior da política de saúde brasileira, é possível destacar, dentro do conjunto das inovações promovidas pelo desenho dessa política, a necessária articulação da educação na saúde ao próprio processo mais amplo de gestão do SUS, de forma a integrar as dimensões da formação, da gestão, da atenção e do controle social em saúde.

No presente estudo, o foco da análise recai sobre o processo de participação na gestão da PNEPS. A orientação normativa desta Política prevê que a efetiva construção da PNPE envolva o esforço cooperativo e compartilhado entre os diferentes níveis de governo (União, estados e municípios), instituições formadoras e instâncias de controle social, não apenas no acompanhamento das ações a serem desenvolvidas, mas, sobretudo no processo decisório em torno da educação na saúde. Neste sentido, além das estruturas colegiadas já existentes, tais como os conselhos de saúde, as comissões intergestores bipartites (CIB) e os conselhos de gestão regionalizada (CGR), a PNPE elege as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) enquanto espaço privilegiado de articulação e coordenação das diferentes instituições envolvidas na dinâmica da educação na saúde em âmbitos estadual e regionais.

Cabe destacar que a participação social na gestão de políticas públicas, em especial aquelas de corte social, tem sido uma das tônicas do processo de reformas do sistema brasileiro de proteção social iniciado nos anos 1980. Em direção diametralmente oposta ao padrão de relação Estado-Sociedade que se constituía no país durante os anos da Ditadura Militar (1964-1985), a transição democrática no Brasil teve como uma de suas principais bandeiras de luta a ampliação da arena política, visando assegurar a participação social nos processos decisórios da gestão e controle dos recursos públicos. Sob intensa mobilização de diferentes setores da sociedade, buscava-se construir formas e encontrar instrumentos capazes de

influenciar a gestão pública no país em seus diferentes níveis de governo e áreas setoriais.

Inscrita no texto constitucional como uma das diretrizes das políticas que compõem a área da seguridade social no país<sup>1</sup>, a participação social passou a compor o novo formato institucional do Estado brasileiro, informando o modelo de gestão pública nas três esferas governamentais a partir dos anos 1990. Sob essa perspectiva, diversos arranjos institucionais - dentre eles os chamados conselhos gestores de políticas públicas<sup>2</sup> - foram constituídos na direção do estabelecimento de um novo padrão de interação entre governo e sociedade, em especial no que tange à gestão pública, agora sob formato descentralizado e participativo.

A saúde tem sido apontada como um dos campos da gestão pública que mais avançou na institucionalização de canais participativos dirigidos ao processo decisório em torno da política (LABRA, 2007). De fato, ao se observar o montante de conselhos de saúde implantados no país<sup>3</sup>, bem como os arranjos participativos previstos no desenho de diferentes programas e intervenções públicas no campo da saúde<sup>4</sup> nas últimas décadas, pode-se afirmar que ganha espaço uma nova institucionalidade para o setor. Do ponto de vista analítico, uma questão a investigar é em que medida a instituição desses canais participativos na gestão de uma dada política ou programa governamental se faz acompanhar de processos de gestão de fato democráticos, no sentido de envolver os diferentes atores e instituições no *policy making* setorial.

No caso do presente estudo, o foco da análise recai sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída pela Portaria GM/MS 198/2004 e reformulada pela Portaria GM/MS 1.996/2007. Essa Política tem sido

---

<sup>1</sup> Em seus artigos 194 a 204, do título VIII (da Ordem Social), a Constituição Federal Brasileira de 1988 institui a seguridade social enquanto uma obrigação do Estado brasileiro, sendo composta por três pilares: saúde, previdência e assistência social. É sabido, no entanto, que desde sua criação, a seguridade social vem sendo ameaçada e, segundo alguns autores, até mesmo extinta. Para aprofundamento da discussão sobre a seguridade social, ver Vianna (1998); Senna & Monnerat (2007).

<sup>2</sup> Os Conselhos Gestores são compreendidos como canais de participação que estimulam representantes da população e membros do poder público estatal em práticas que dizem respeito à gestão de bens públicos (GOHN, 2002, p. 7).

<sup>3</sup> Moreira; Escorel (2009) em pesquisa realizada em 2005 sobre os CMS destacam a existência de conselhos de saúde nos 5.564 municípios brasileiros.

<sup>4</sup> Podem ser citados como exemplos a Política Nacional de Humanização (PNH) e o Programa Saúde na Escola, dentre outros.

apresentada, por seus formuladores, como estratégia importante para aprofundamento da gestão democrática, na medida em que adota fóruns<sup>5</sup> de articulação e pactuação da política de saúde como espaços privilegiados nos processos de formulação e implementação da política de educação na saúde.

Com esse novo modelo para a área de formação e desenvolvimento na saúde, o Governo Federal se propõe a alterar seu histórico papel centralizador na gestão e no financiamento de ações de educação na saúde. Os municípios devem ocupar um lugar central na construção das políticas de educação permanente no SUS por duas razões fundamentais: é no espaço dos municípios que se concretiza a maior parte das ações de saúde e o trabalho das equipes de saúde, e nesse território também que se inserem docentes e estudantes para as práticas de ensino-aprendizagem. Se o conceito chave da educação permanente em saúde, que lhe dá existência, é o da articulação entre educação e trabalho, mundo da formação e mundo do trabalho, o município é o lugar sede da concretização deste ato político (BRASIL, 2003, p. 34).

Sob essa perspectiva, a Educação Permanente em Saúde se coloca ao mesmo tempo como uma estratégia de política para a área da Educação e importante estratégia para a reorganização das práticas de saúde.

Pautada nas diretrizes da descentralização, regionalização, participação e controle social, a PNEPS é apresentada como proposta capaz de superar as insuficiências das iniciativas de formação até então desenvolvidas de forma pulverizada, fragmentada e desarticulada pelas Secretarias de Saúde e pelo próprio Ministério da Saúde. Sob essa ótica, os processos de formação deixariam, então, de se restringir à formação e desenvolvimento de recursos humanos na saúde, passando a ser vistos como uma estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor saúde (BRASIL, 2003).

---

<sup>5</sup> A Portaria 198/2004 instituiu os Polos de Educação Permanente em Saúde como espaços de construção e condução da Política de Educação Permanente em Saúde. A Portaria 1.996/2007 foi responsável pela instituição das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES), que já estavam previstas desde a Lei 8.842/1990.

O novo desenho institucional instituído pela Portaria 1.996/2007, que estabelece a participação e a regionalização como eixos centrais do processo de implementação da PNEPS, forjou as Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) e os Colegiados de Gestão Regionalizados (CGR) como instâncias de mediação entre governo e sociedade civil nos processos decisórios das políticas de educação na saúde. Com isso, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde inaugura uma nova institucionalidade na relação entre Estado e sociedade no que diz respeito ao campo da educação na saúde, ao abrir precedentes para a criação das CIES e CGR como mecanismos formais de participação e controle social. O quadro 1 apresenta uma síntese das principais dimensões e características da PNEPS a partir da Portaria 1.996/2007.

**Quadro 1 – Dimensões e características da Portaria MS 1.996/2007**

Dimensões	Características
Diretrizes	Ênfase na descentralização (nos processos de pactuação, na execução e financiamento da política). Gestão participativa para as decisões e ações da educação na saúde - assegura a participação do controle social na construção das diretrizes para a política, nas diferentes esferas de gestão do SUS, até o controle da sua execução, busca o fortalecimento do papel da instância estadual na gestão, coordenação e acompanhamento da política bem como da instância municipal. Tem como foco as especificidades e necessidades locais e regionais.
Conceitos	A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar acontecem no cotidiano das pessoas e das organizações. A Educação Permanente é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais (BRASIL, 2007, p. 13).
Instâncias responsáveis pela gestão	<p>Âmbito estadual:</p> <p>i) Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES-Estadual) – representantes do Conselho de Saúde, COSEMS, Secretaria de Estado de Saúde, Secretaria Estadual de Educação, Escola de Saúde Pública, Escola Técnica de Saúde Pública.</p> <p>ii) Comissão Intergestora Bipartite (CIB) – representantes das Secretarias de Saúde (gestores municipais e estadual).</p> <p>Âmbito regional:</p> <p>i) Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES-Regional) – representantes do Conselho de Saúde, COSEMS, Secretaria de Estado de Saúde, Secretaria Estadual de Educação, Secretarias</p>

	Municipais de Saúde, Instituições Formadoras (nível superior e técnico). ii) Colegiados de Gestão Regional (CGR) – representantes das Secretarias de Saúde (estadual e municipal).
Instrumentos de gestão	Agrega o planejamento e o plano de Educação Permanente em Saúde aos instrumentos já existentes de planejamento do SUS (planos de saúde, relatório de gestão, etc.). Vincula a liberação dos recursos financeiros à elaboração de Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde, articulados ao Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde. Observância dos princípios da educação permanente na elaboração dos planos estaduais.
Financiamento	Introduz alterações no financiamento, nos critérios de alocação e estabelece mecanismos de transferência de recursos para as ações de educação permanente. No novo formato, os gestores passam a contar com o financiamento federal regular e automático para a Educação na Saúde, por meio do Bloco de Financiamento da Gestão, com repasse Fundo a Fundo.

Fonte: Elaboração da autora a partir da Portaria MS 1.996/2007.

A instituição dessa Portaria é considerada um grande avanço no processo de consolidação do Sistema de Saúde brasileiro, mas também gerou expectativas em torno da capacidade de articulação dos diversos segmentos, instituições e sujeitos envolvidos na área da saúde, na medida em que no plano regional e local as ações de Educação Permanente em Saúde passaram a contar com a participação das instituições formadoras, gestores do SUS e instâncias de controle social. Esse contexto coloca pelo menos dois desafios: a operacionalização das diretrizes da descentralização, intersetorialidade, participação e o controle social no seu processo de formulação e implementação, bem como a construção de processos formativos tendo como referência os pressupostos da educação permanente em saúde<sup>6</sup>.

Diante dessas considerações, o presente estudo busca examinar o processo de participação social na condução da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Interessa compreender de que forma os diversos sujeitos, instituições, instâncias, espaços, fóruns são incorporados e influenciam os processos decisórios em torno dessa política em âmbito estadual, regional e local<sup>7</sup>.

<sup>6</sup> Esse trabalho não teve como foco de preocupação examinar as relações entre as ações educacionais implementadas e os pressupostos da educação permanente em saúde. Nesse sentido, o presente estudo volta-se para a perspectiva da educação permanente em saúde como “política pública”, e não “prática de ensino-aprendizagem” (CECCIM; R. FERLA, A., 2006).

<sup>7</sup> Apesar de o desenho da PNEPS prever a criação de instâncias de co-gestão somente no âmbito estadual e regional, nesse estudo, optou-se em examinar a participação dos atores institucionais da esfera municipal, já que estes também participam da condução da política no âmbito regional.



O estudo toma como lócus da pesquisa o estado de Minas Gerais, considerado uma das pioneiras e mais avançadas unidades da federação a construir o arcabouço institucional da educação permanente em saúde (VIANA, 2008). Contando com um avançado processo de regionalização da saúde - expresso, em grande medida, pelas estruturas de gestão macro e microrregionais previstas no Plano Diretor de Regionalização (PDR)<sup>8</sup> - e com as diferentes instâncias de gestão da PNPE (aqui estão sendo referidas especificamente as CIES e os CGR) implantadas nos planos estadual e regionais, considera-se que o estado de Minas Gerais permite aprofundar o estudo sobre a condução da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde em sua complexidade.

Além disso, a escolha do estado de Minas Gerais para a realização deste estudo também está motivada pelos resultados do estudo coordenado por Viana (2008), no qual a equipe de pesquisa concluiu que o referido estado encontra-se em estágio elevado de institucionalidade da educação permanente em saúde<sup>9</sup>. Esta tese pretende demonstrar que os resultados dessa pesquisa - que coloca o estado de Minas Gerais em estágio alto de institucionalidade da PNPE - podem estar ocultando processos que apontem para níveis e estágios mais incipientes no processo de implementação dessa política no referido estado.

Argumenta-se que mesmo que o processo de institucionalização da PNPE estivesse completo no que diz respeito à implantação de estruturas regionalizadas de gestão e formação da educação na saúde (dos quais os CGR e as CIES são sua maior expressão), a constituição dessas estruturas não é, por si só, garantidora de um alto processo de institucionalidade da PNPE. Ao contrário, acredita-se que para essa afirmação é preciso um exame mais cuidadoso da adequação dessas

---

<sup>8</sup> Os Planos Diretores de Regionalização - PDR - foram inicialmente previstos nas Normas Operacionais de Atenção à Saúde (NOAS) 2001 e 2002 e posteriormente incorporados pelo Pacto pela Saúde de 2006. Trata-se de um instrumento de ordenamento do processo de regionalização da atenção à saúde, que visa a potencializar o processo de descentralização, fortalecendo estados e municípios para exercerem o papel de gestores do sistema de atenção à saúde no país e para que as demandas dos diferentes interesses locorregionais possam ser organizadas e expressadas a partir de um poder regional. A perspectiva é que a construção dos PDR envolva um amplo processo de negociação e pactuação, envolvendo gestores estaduais e municipais de saúde, além das instâncias de controle social. Em Minas Gerais, a partir do PDR, foram implantadas 13 Macrorregiões de saúde e 75 Microrregiões. Cabe destacar de antemão que a existência dessas estruturas regionais contribuiu para o desenho da Educação Permanente em Saúde em âmbito regional.

<sup>9</sup> E, nesse sentido, o estado de Minas Gerais possuiria, segundo o estudo de Viana (2008), um avançado processo de regionalização da saúde e uma alta institucionalidade da PEPS. Essa discussão será apresentada ao longo da tese.

instâncias no que diz respeito ao seu papel no processo de formulação e gestão das ações de Educação Permanente em Saúde.

A orientação desse recorte empírico foi examinar - a partir da percepção dos entrevistados e do exame da dinâmica das relações estabelecidas nos espaços de decisão política - a capacidade de articulação, negociação e influência dos sujeitos sociais e das instâncias de participação social nos processos de construção da política em âmbito estadual, regional e municipal, tendo por parâmetro a lógica descentralizada e ascendente que embasa o desenho da PNEPS.

Essa perspectiva exigiu a realização de um trabalho de campo, baseado em levantamento e análise documental e na realização de entrevistas com gestores, representantes dos conselhos de saúde e das instituições formadoras, no âmbito estadual, regional e municipal. No âmbito estadual, a pesquisa de campo foi realizada com representantes da Secretaria de Estado de Saúde, Conselho Estadual de Saúde e Escola de Saúde Pública. Nos níveis regional e municipal a pesquisa de campo se concentrou na Macrorregião Triângulo Sul, particularmente na Microrregião de Uberaba e no município de Sacramento, com representantes da Gerência Regional de Saúde/SES, Instituições Formadoras, Secretaria Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Saúde. A perspectiva que orientou a escolha das fontes e dos informantes foi a de contemplar uma gama mais ampla possível de atores institucionais envolvidos na gestão e condução da PNEPS no estado, de forma a considerar a complexidade do processo decisório em torno desta política.

Esta tese está estruturada em quatro capítulos, além desta introdução e das considerações finais. O primeiro capítulo é dedicado a apresentar o problema de estudo, bem como os referenciais teórico-metodológicos que orientaram a pesquisa que deu origem a esta tese. Nesse momento são apresentadas as etapas da investigação, os procedimentos de coleta e de análise dos dados.

O segundo capítulo aborda, a partir de revisão bibliográfica, o debate em torno da democracia, em especial a democracia participativa e deliberativa, percorrendo sobre os limites e avanços na sua construção, sobretudo na realidade brasileira. Apontada como grande inovação nas relações entre Estado e Sociedade em contextos pós-estruturalistas, a democracia participativa abre espaço para refletir

(e construir) a abertura dos processos decisórios em torno das políticas sociais a uma esfera pública ampliada.

O terceiro capítulo enfoca o processo de constituição do campo da Educação na Saúde no Brasil, enfatizando o período recente de construção da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Nesse capítulo, discutem-se os conceitos envolvidos no campo da educação na saúde, o contexto que favoreceu a construção da política no âmbito do Ministério da Saúde, as mudanças promovidas pela PNPES e o desenho da Política, em especial a partir da Portaria GM/MS 1.996/2007. Busca também situar historicamente a inserção da educação permanente em saúde na pauta da política de saúde brasileira, destacando as principais ações e estratégias desenvolvidas no âmbito do governo federal na área da educação na saúde.

O quarto e último capítulo se volta para a apresentação e análise dos resultados da pesquisa empírica realizada. Os resultados são apresentados e discutidos de forma a identificar os atores, instituições e estruturas organizacionais envolvidas com a gestão da PNEPS no estado de Minas Gerais; o processo de constituição dos arca-bouços institucionais relacionados com a política; a dinâmica de funcionamento dessas estruturas e as ações e a definição de prioridades na condução da política em âmbito estadual.

Sabe-se que o conhecimento é incompleto e provisório e não esgota a realidade social: ela é síntese de múltiplas determinações, como diria Marx. Apesar disso, entende-se que a presente tese buscou trazer elementos capazes de aprofundar o conhecimento sobre a condução e gestão da PNPES no estado de Minas Gerais, abrindo possibilidades para subsidiar o processo de tomada de decisões em torno da política e para que novos estudos sobre o tema possam ser desenvolvidos.

## CAPÍTULO 1 – REFERÊNCIAS TEÓRICO-METODOLÓGICAS

### 1.1. Delimitação do tema de estudo

Como visto na introdução desta tese, na década de 1990, assiste-se a um processo de regulamentação da gestão descentralizada das políticas públicas em diversas áreas sociais (saúde, educação, assistência social, etc.), com a inserção da participação da sociedade civil, via Conselhos Gestores, na sua formulação e controle.

Tais Conselhos passam a ser considerados canais de participação mais expressivos da emergência de outra modalidade de ação pública especialmente na esfera local, caracterizada pela abertura de novos padrões de interação entre governo e sociedade na gestão de políticas públicas (SANTOS JÚNIOR, 2001).

No caso específico das políticas de saúde no Brasil, a descentralização de sua gestão caminhou *pari passu* ao aprofundamento das relações entre Estado e sociedade e entre os entes federativos, mediante um intenso processo participativo que se materializou na criação de canais participativos, como os conselhos de saúde, estruturados nos três níveis de governo.

Visto como um avanço no processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), os conselhos de saúde possibilitaram o alargamento da esfera pública<sup>10</sup> ligada ao *policy making* setorial, conferindo visibilidade a certos atores sociais e seus interesses, antes pouco presentes na arena decisória da saúde. Apesar desse inquestionável avanço, diversos estudos – dentre eles o de Labra (2007) – têm debatido os limites e obstáculos enfrentados pelos conselhos de saúde em direção à efetiva participação social no processo de formulação, gestão, implementação e avaliação da política de saúde.

Em que pesem essas considerações, desde a Constituição Federal de 1988 e das Leis Orgânicas da Saúde (Leis 8.080 e 8.142, de 1990), diversas políticas,

---

<sup>10</sup> De forma sintética, esfera pública é visto como uma das dimensões da vida social, na qual os assuntos públicos são discutidos pelos atores públicos e privados, de forma a que a sociedade civil age em direção aos governos no sentido de pressioná-los de acordo com seus anseios. Para aprofundamento do tema, ver Avritzer (2000; 2008); Faria (2000).

programas, projetos e intervenções da área da saúde pública têm se pautado pela diretriz da participação social.

No bojo desse processo, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria MS 198/2004 e reformulada pela Portaria MS 1.996/2007, se apresenta como estratégia importante para aprofundamento da gestão democrática, na medida em que adota fóruns<sup>11</sup> de articulação e pactuação da política de saúde como espaços privilegiados nos processos de formulação e implementação da política de educação na saúde.

A PNEPS é apresentada como proposta capaz de superar as insuficiências das iniciativas de formação dos profissionais de saúde até então desenvolvidas, marcadas pela forma pulverizada, fragmentada e desarticulada com que eram conduzidas pelas Secretarias de Saúde e pelo próprio Ministério da Saúde. Nessa direção, a PNEPS é pautada nas diretrizes da descentralização, regionalização, participação e controle social. Os processos de formação a partir de então deixam de se restringir à formação e desenvolvimento de recursos humanos na saúde e passam a ser vistos como uma estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor saúde (BRASIL, 2003).

O novo desenho institucional instituído pela Portaria 1.996/2007<sup>12</sup>, que estabelece a participação e a regionalização como eixos centrais do processo de implementação da PNEPS, definiu as Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) e os Colegiados de Gestão Regionalizados (CGR) como instâncias de mediação entre governo e sociedade civil nos processos decisórios das políticas de educação na saúde.

---

<sup>11</sup> A Portaria 198/2004 instituiu os Polos de Educação Permanente em Saúde como espaços de construção e condução da Política de Educação Permanente em Saúde. De acordo com Ceccim (2005), esses espaços se constituíram por meio do quadrilátero - formação, gestão setorial, atenção à saúde e participação social, e envolviam os estudantes, trabalhadores, gestores e controle social. A interação entre os segmentos da formação, da atenção, da gestão e do controle social em saúde deveria permitir dignificar as características locais, valorizar as capacidades instaladas, desenvolver as potencialidades existentes em cada realidade, estabelecer a aprendizagem significativa e a efetiva e criativa capacidade de crítica.

<sup>12</sup> A Portaria 1.996/2007 foi responsável pela instituição de novos fóruns de participação social, os Colegiados de Gestão Regionalizados (CGR) e as Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES), esta já prevista desde a Lei 8.842/1990.

A instituição dessa política é considerada um grande avanço no processo de consolidação do Sistema de Saúde brasileiro. Mas esse processo também gerou expectativas em torno da capacidade de articulação dos diversos segmentos, instituições e sujeitos envolvidos na área da saúde, na medida em que no plano regional e local as ações de Educação Permanente em Saúde passaram a contar com a participação das instituições formadoras, gestores do SUS, instâncias de controle social. Esse contexto coloca alguns desafios, dentre eles, a operacionalização da diretriz da participação social no processo de formulação e implementação da política de educação permanente em saúde. Foi exatamente a constatação desse desafio que instigou a realização da presente tese.

O percurso até chegar à definição do tema e do enfoque da pesquisa; da seleção dos territórios de investigação; das escolhas dos aportes teóricos e analíticos e das técnicas de pesquisa é fruto de experiências e conhecimentos adquiridos ao longo do período de Doutorado em Política Social na Universidade Federal Fluminense e Estágio de Doutorado no Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra (CES/UC), no Programa “Democracia no Século XXI”; das experiências em projetos de pesquisa, especialmente na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), além das experiências acadêmicas, profissionais, pessoais, afetivas, acumuladas ao longo da vida e, principalmente, desses últimos anos, nesses espaços institucionais.

A participação em projetos de pesquisa no campo da Educação na Saúde desde 2007<sup>13</sup> e, também, no processo de constituição da Rede de Escolas e Centros Formadores em Saúde Pública<sup>14</sup> foi responsável pela primeira aproximação com o campo da Educação na Saúde. Esse contato mais de perto com pesquisadores,

---

<sup>13</sup> A primeira pesquisa intitulada *Inovações na Educação em Saúde Pública com Diálogo e Parceria* foi realizada em 2007-2008, com objetivo principal de identificar o perfil das Escolas de Saúde Pública/Coletiva voltadas para a formação de pessoal nos diferentes estados do Brasil. Dentre os principais resultados da pesquisa merece destaque: i) A baixa interlocução das Escolas com as diferentes instâncias do Sistema de Saúde e com outros parceiros e ii) A falta de visibilidade das Escolas e de suas ações. Já a segunda pesquisa intitulada *Rede de Escolas em Saúde Pública: dos processos históricos aos desafios atuais* visou resgatar elementos que se constituíram em fatores importantes para o processo de formação em saúde pública, especialmente no que diz respeito à trajetória histórica dos cursos descentralizados liderados pela ENSP/Fiocruz até a conformação da Rede de Escolas em Saúde Pública/Centros Formadores (ENSP, 2009).

<sup>14</sup> O processo de constituição da Rede de Escolas e Centros Formadores foi liderado pela ENSP/Fiocruz a partir de 2007, com a realização sucessivos Encontros e processos de qualificação e capacitação envolvendo as instituições formadoras da área da saúde pública/coletiva. A Rede atualmente é formada por 44 Escolas e CF, representativos das cinco regiões do país.

docentes e técnicos da Escola de Governo em Saúde<sup>15</sup> permitiu ter acesso a leituras, discussões, reflexões e produções sobre essa área e sobre o processo de implantação e implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), recém-reformulada pela Portaria MS 1.996/2007. Além disso, oportunizou encontros e conversas com dirigentes das Escolas e Centros Formadores em Saúde Pública do país, responsáveis pela formação e desenvolvimento de trabalhadores do SUS, e gestores da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS)<sup>16</sup>.

O envolvimento nesses processos criou condições para enxergar o lugar ocupado pela área de Educação na Saúde na agenda da saúde pública brasileira nos últimos anos, bem como reconhecer a sua relevância no processo de consolidação do SUS.

Se de um lado, foi possível observar a relevância que as políticas para o campo da Educação alcançaram no sistema de saúde a partir de 2003, também, de outro, foi rápido verificar os desafios que estão colocados aos espaços de articulação e pactuação das políticas, especialmente no que tange à participação de diversas instituições e sujeitos implicados nos processos de construção e implementação da educação permanente em saúde, no nível estadual, regional e local<sup>17</sup>.

Com esses desafios na cabeça, começou-se a pensar e conhecer as especificidades dessa política, até certificar que ela reunia elementos inovadores no que diz respeito à participação social, e, portanto, seria um interessante campo de investigação. O conhecimento sobre o desenho da política, a partir do aparato jurídico-administrativo, permitiu verificar que as propostas guardavam relação com práticas mais democráticas, na medida em que preveem a incorporação de diversos sujeitos sociais no seu processo de construção.

---

<sup>15</sup> A Escola de Governo em Saúde, vinculada à Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz) desempenha um importante papel nos processos de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde no âmbito do governo federal.

<sup>16</sup> Encontros Nacional das Escolas e Centros Formadores em Saúde Pública/Coletiva realizados na ENSP/Fiocruz, envolvendo diversas instituições responsáveis pela formulação e implementação da PNEPS.

<sup>17</sup> Nesse estudo o local é entendido como o âmbito municipal.

A compreensão sobre algumas dimensões da política permitiu visualizar a possibilidade de conhecer os espaços e processos decisórios, as relações entre os diversos setores e instituições, instâncias/fóruns/espaços/mecanismos de participação social e suas capacidades de influenciarem o processo de construção da política de educação permanente, em âmbito estadual, regional e local.

Nos processos de (re) significação desse estudo, o período de Estágio de Doutorado realizado no Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra<sup>18</sup> (CES/UC), contribuiu de maneira importante para arejar as propostas iniciais dessa pesquisa, na medida em que agregou outros olhares, outras disciplinas e marcos teóricos e analíticos.

Os seminários, *“Reinventado a emancipação social”*, proferidos pelo Professor Boaventura de Souza Santos<sup>19</sup>, e *“Para uma leitura transcalar da democracia: os espaços do local e a irrupção das dinâmicas participativas”*, sob responsabilidade dos Professores Giovanni Allegretti<sup>20</sup> e Mauro Serapioni<sup>21</sup>, permitiram ter acesso a novos aportes teóricos, particularmente sobre participação social, democracia, democracia participativa, democracia deliberativa. O contato com essa produção oportunizou redimensionar o foco do estudo, com a incorporação de outros elementos dos debates no campo da sociologia política e dos estudos sobre ciência.

---

<sup>18</sup> O Estágio Doutoral foi realizado no período de abril a agosto de 2012, no âmbito do doutorado “Democracia no Século XXI”, do Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra, sob a supervisão do Professor Mauro Serapioni, com o apoio financeiro do Programa Institucional de Doutorado Sanduíche no Exterior (PDSE), da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Ministério da Ciência e Tecnologia do Brasil.

<sup>19</sup> Boaventura de Souza Santos é Professor Catedrático Jubilado da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Diretor do Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra (CES/UC), Coordenador Científico do Programa de Doutorado “Democracia no Século XXI” e do Observatório Permanente da Justiça Portuguesa e membro do Núcleo Democracia, Cidadania e Direito (DECIDe) do CES.

<sup>20</sup> Giovanni Allegretti é investigador sénior do CES/UC, integra o Núcleo “DECIDe” e atualmente é coordenador executivo do Programa de Doutorado “Democracia no Século XXI”. Suas áreas principais de pesquisa incluem a participação dos cidadãos na gestão das transformações territoriais e nos Orçamentos Participativos municipais (Europa, América Latina e África).

<sup>21</sup> Mauro Serapioni é investigador do CES/UC e membro do Núcleo de Estudos sobre Políticas Sociais, Trabalho e Desigualdades (POSTRADE). É docente nos programas doutorais ‘Democracia no Século XXI’ e ‘Governança, Conhecimento e Inovação’ do CES/UC. Já foi coordenador do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas Locais de Saúde (SILOS) da Escola de Saúde Pública do Ceará (Brasil).



A produção acadêmica dos pesquisadores do CES, particularmente dos Professores Boaventura de Souza Santos e João Arriscado Nunes<sup>22</sup>, chamou bastante a nossa atenção pelas teorias críticas sobre os estudos de ciências e alguns temas das ciências sociais, e pela clareza que demonstram a situação insustentável da produção de conhecimento nas ciências sociais. Para esses autores, é insustentável que as ciências sociais continuem a descrever e interpretar o mundo em função de teorias, de categorias e de metodologias desenvolvidas para lidar com as sociedades modernas do Norte, quando a maioria das sociedades não só apresenta características e dinâmicas históricas diferentes, como tem gerado as suas próprias formas de conhecimento das suas experiências sociais e históricas, e produzido contribuições significativas para as ciências sociais, ainda que remetidas para as margens destas (SANTOS *et al.*, 2004, p. 21).

Essa noção sobre os efeitos da produção de conhecimento a partir das epistemologias do Norte, compartilhada pelos pesquisadores do CES, possibilitou reconhecer que as teorias ali produzidas não levam em conta outras experiências do outro lado da linha abissal<sup>23</sup>, apenas valorizam e consideram as suas próprias referências, que por vezes estão afastadas dos interesses da maioria da sociedade. Essa constatação instigou a realizar um estudo que pudesse conhecer experiências participativas inauguradas pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde na realidade brasileira.

Com o foco da pesquisa mais delimitado, foram buscadas algumas concepções de democracia para situar e compreender a sua relação com as práticas democráticas que seriam analisadas. Dentre as concepções sobre democracia, Avritzer e Costa (2004) elucidam bem quando afirmam que a democracia não pode ficar restrita ao espaço institucional da política, uma vez que essa poderia ignorar todo um conjunto de práticas cotidianas. Devem, portanto, demonstrar a necessidade de uma análise mais ampla de relacionamento entre o Estado, as instituições políticas e a sociedade, mostrando que nessas intersecções habita, precisamente, o movimento de construção da democracia (AVRITZER e COSTA, 2004).

---

<sup>22</sup> Nunes *et al.* 2010; Santos, 2004; 2012.

<sup>23</sup> Ver Santos, 2007.

Se inicialmente a preocupação estava centrada nos espaços de decisão, bem como na capacidade dos sujeitos sociais influenciarem a construção das políticas, no período de Estágio Doutoral seguiu-se um passo adiante, para analisar as mudanças, continuidades e inovações nas experiências participativas em âmbito regional e local, a partir da instituição da Portaria 1.996/2007, e conhecer em que medida essas práticas contribuem para o fortalecimento da democracia participativa.

Outra importante contribuição no processo de redefinição e organização da tese foram os diálogos com Roberta Gondim<sup>24</sup>. Roberta compartilhou algumas de suas reflexões e inquietações em relação ao campo da educação na saúde e à própria política. Dentre suas preocupações, mencionou os desafios colocados ao campo da educação na saúde, especialmente depois da instituição da Portaria 1.996/2007.

De acordo com a pesquisadora, a educação permanente em saúde compõe o leque de políticas de educação na saúde, responsável pela formação e desenvolvimento de trabalhadores do SUS, e se apresenta como inovadora sob os aspectos pedagógicos, políticos, organizacionais. Mas ao mesmo tempo, devido a complexidade dos campos da gestão da educação e do trabalho em saúde muitos desafios são impostos ao processo de formulação e implementação.

Um dos desafios identificados na análise realizada por Teixeira; Oliveira; Arantes (2012) é romper com um paradigma estabelecido na área de recursos humanos na saúde até então, que separava os campos da educação e do trabalho, e dificultava o trabalho articulado das dimensões da educação e do trabalho enquanto campos indissociáveis. A convergência dos campos da Educação e do Trabalho coloca como desafios a absorção de uma visão interdisciplinar dos processos de produção e oferta do trabalho e da organização do ensino carregada de novos olhares e aberta a novas concepções.

Além dessas reflexões, as orientações das professoras que participaram da qualificação do projeto de pesquisa em 2011, favoreceram uma percepção mais

---

<sup>24</sup> Roberta Gondim é Professora e Pesquisadora da ENSP/Fiocruz, possui uma rica experiência no campo da educação na saúde, atualmente faz o Doutorado Pleno na Universidade de Coimbra, em Portugal. No período de Estágio Doutoral em Coimbra (abril a agosto de 2012), teve-se a oportunidade de conviver e compartilhar o cotidiano com a Roberta, que foi extremamente acolhedora, companheira e generosa.

alargada e aprofundada sobre a política de educação permanente em saúde e sua vinculação com o campo da educação na saúde, permitindo enxergar seu papel estratégico nos processos de formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS, e reconhecer os vários sentidos que ela apresenta, notadamente, nas dimensões, pedagógica, político, organizacional, social.

Com essas contribuições, a presente tese se insere no campo dos estudos de análise de políticas sociais, nesse caso, uma política específica no campo da educação na saúde – a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. O foco recai sobre a dimensão da participação social nos processos decisórios, em âmbito estadual e regional. Esse estudo toma como referência de análise do recente processo de implantação e implementação das instâncias responsáveis pela gestão da PNEPS, considerando seu conjunto de processos e sujeitos envolvidos.

Assim, o objetivo geral desta tese é analisar a participação social na condução da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) no estado de Minas Gerais, buscando compreender de que forma os diversos sujeitos e atores institucionais são incorporados e influenciam os processos decisórios. Os objetivos específicos voltam para: i) Conhecer o processo de construção da institucionalidade da PNEPS em âmbito estadual e regional, mapeando as instituições, instâncias, fóruns, sujeitos envolvidos no processo de condução da política, bem como os instrumentos e estratégias de implementação; ii) Identificar o lugar ocupado pela educação permanente em saúde na agenda das políticas de saúde estadual e regional; iii) Identificar os espaços de aproximações e afastamentos dos sujeitos sociais no processo de condução da PNEPS no estado de Minas Gerais; iv) Examinar a capacidade de articulação, negociação e influência dos sujeitos sociais e das instâncias de participação social no que concernem aos processos de construção da política em âmbito estadual, regional e municipal.

## **1.2. Delimitação do campo de estudo**

Considerando o problema delimitado neste estudo, fez-se a opção metodológica por uma pesquisa qualitativa, tendo em vista sua possibilidade de incorporar, segundo Minayo (2004), significados e intencionalidade inerente aos atos, às relações e às estruturas sociais, necessários à compreensão dos valores

culturais, das representações de determinados grupos sobre temas específicos e da relação entre os atores institucionais e sujeitos sociais ao longo do processo histórico.

Para alcançar os objetivos colocados neste estudo optou-se pela realização de uma pesquisa de base empírica. De acordo com Demo (2000, p. 21), a pesquisa empírica é dedicada ao tratamento da face empírica e fatural da realidade, produzindo e analisando dados os dados da realidade social. A valorização desse tipo de pesquisa é pela possibilidade que oferece de maior concretude às argumentações. O significado dos dados empíricos depende do referencial teórico, mas estes dados agregam impacto pertinente, sobretudo no sentido de facilitarem a aproximação prática (DEMO, 1994, p. 37). Esse tipo de pesquisa exige analisar os fatos do ponto de vista empírico, para confrontar a visão teórica com os dados da realidade, a partir de delineamento do modelo conceitual e também o operatório.

Como mencionado na introdução desta tese, na delimitação do campo foram considerados os resultados da avaliação da implementação da Política Nacional de Educação Permanente sob a coordenação de Viana, realizada em 2010. Esse estudo se propôs a traçar um panorama do processo de institucionalização da PNEPS nos estados brasileiros e classificou os estados conforme o estágio de regionalização da saúde e implementação da PNEPS, como pode ser visto no quadro abaixo.

**Quadro 2 - Estágios de Regionalização da Saúde e Institucionalidade da EP nos estados**

Regionalização	Institucionalidade da Educação Permanente		
	Baixa	Média	Alta
Incipiente	AM, AP, PA, RR	AC, MA	
Intermediária	RJ	AL, DF, ES, MT, PB, PE, RN, RO, TO	BA
<b>Avançada</b>		MS	CE, <b>MG</b> , SP, PR, SC, RS

Fonte: Viana *et. al*, 2010.

Para chegar a esses resultados, especialmente no quesito da Educação Permanente, os avaliadores elencaram uma série de indicadores que os estados deveriam ter para ser classificados positivamente. Dentre eles cabe destacar:

- Iniciativas de implementação da Política de Educação Permanente anteriores à Portaria 1.996/2007.
- Estruturas organizacionais das SES voltadas à Educação Permanente.
- Existência de CIES estaduais e regionais.
- Existência de Planos Estaduais e Regionais de Educação Permanente.
- Priorização da Educação Permanente na pauta de reuniões de instâncias deliberativas (no CGR, por exemplo).
- Regulamentação de alternativas legais para a execução financeira, incluindo atualização e adequação da legislação existente.
- Realização de atividades de Educação Permanente.
- Articulação das instituições formadoras através de parcerias e interações capazes de viabilizar a integração do ensino com os serviços.

Como verificado no quadro acima, o estado de Minas Gerais encontra-se em um avançado processo de regionalização da saúde e uma alta institucionalidade da PNEPS, ou seja, possui os indicativos estabelecidos pelos estudiosos. Considerada uma das pioneiras e mais avançadas unidades da federação a construir o arcabouço institucional da educação permanente em saúde (VIANA, 2008), além de contar com diferentes instâncias de gestão da PNPE implantadas nos planos estadual e regionais, a institucionalidade da educação permanente em saúde no estado de Minas Gerais é classificada no nível mais elevado.

Em que pese a averiguação do cumprimento dos indicativos delimitados pela avaliação coordenada por Viana (2010), a presente tese partiu do pressuposto de que alta institucionalidade da Educação Permanente em Saúde informada pode estar ocultando processos que assinalem para níveis e estágios mais incipientes no processo de institucionalidade da Política Nacional de Educação Permanente no referido estado.

Argumenta-se que mesmo que o processo de institucionalidade da PNEPS estivesse completo no que diz respeito à implantação de estruturas regionalizadas de gestão e formação da educação na saúde (dos quais os CGR e as CIES são sua maior expressão), a constituição dessas estruturas não é, por si só, garantidora de um processo avançado de institucionalidade da PNEPS.

Ao contrário, acredita-se que para essa afirmação é preciso um exame mais cuidadoso das dinâmicas das relações estabelecidas entre as instâncias, instituições e sujeitos, especialmente no que diz respeito ao seu papel no processo de

formulação e gestão das ações de Educação Permanente em Saúde no âmbito estadual, regional e municipal.

### **1.3. Etapas de investigação**

A escolha dos métodos e técnicas a serem utilizadas nas pesquisas deve buscar coerência em relação ao objeto de investigação, de modo a propiciar o entendimento do complexo processo interpretativo nesse tipo de pesquisa. Ao longo do processo investigativo foram realizados alguns movimentos de modo a compreender as diversas dimensões do objeto de estudo, envolvendo algumas etapas relacionadas, as quais são apresentadas neste subtópico da tese.

O primeiro movimento investigativo volta-se para a revisão da literatura sobre democracia participativa, participação social, recursos humanos na saúde, educação na saúde, bem como educação permanente em saúde. Essa revisão foi realizada com objetivo de possibilitar a construção do arcabouço teórico sobre democracia participativa e educação na saúde que compõem os dois capítulos teóricos desta tese.

No que tange o debate em torno da democracia, em especial a democracia participativa e deliberativa, o objetivo é compreender avanços e limites na sua construção, sobretudo na realidade brasileira, a fim de iluminar a compreensão de fenômenos que interferem nos padrões de relação e intervenção do Estado e da sociedade nas políticas de educação na saúde na realidade analisada.

Já a literatura sobre educação na saúde enfoca a questão da formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, desde o processo de constituição desse campo no Brasil até o período recente de construção da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. O objetivo desse momento investigativo é recuperar elementos do processo de constituição do campo da educação na saúde que apontam indícios da participação social no processo de formulação das políticas de educação na saúde.

Além da revisão da literatura, a perspectiva dessa tese exige a realização de um trabalho de campo, baseado em levantamento e análise documental e na realização de entrevistas com gestores, representantes dos conselhos de saúde e

das instituições formadoras, que integram as Comissões de Integração Ensino-Serviço, no âmbito Estadual, Macrorregional e Microrregional.

O trabalho de campo tem início com levantamento documental e da legislação referente à EPS em âmbito nacional, estadual, regional e municipal. Segundo Oliveira, 2007 *apud* Souza; Kantorski; Villar Luis (2011, p. 223), os documentos são registros escritos que proporcionam informações em prol da compreensão dos fatos e relações, ou seja, possibilitam conhecer o período histórico e social das ações e reconstruir os fatos e seus antecedentes, pois se constituem em manifestações registradas de aspectos da vida social de determinado grupo.

Nesta tese, a análise documental contempla exame de portarias, deliberações, planos de saúde (estadual e municipal), plano de educação permanente em saúde, atas das reuniões das CIES e do Conselho Estadual de Saúde durante o período de 2007 a 2012. Esse conjunto de documentos é analisado buscando conhecer os arcabouços institucionais relacionados com a política, a fim de identificar os principais elementos para a compreensão do processo de institucionalidade da PNEPS no estado de Minas Gerais, especialmente no que diz respeito aos atores, instituições e estruturas organizacionais envolvidas com a gestão da PNEPS no estado de Minas Gerais.

Nas portarias, busca-se conhecer as preferências e as decisões tomadas pelos atores institucionais. Aqui é possível identificar as áreas estratégicas prioritárias para o governo federal, bem como os recursos financeiros do Ministério da Saúde para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nos estados brasileiros.

A análise das deliberações, planos de saúde e planos de educação permanente em saúde tem como objetivo verificar como o estado de Minas Gerais se comporta na definição das prioridades, dos atores institucionais envolvidos no processo de condução e implementação da política, da alocação dos recursos financeiros, bem como das diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Minas Gerais.

Nas atas das reuniões das CIES e do Conselho Estadual de Saúde busca-se conhecer as dinâmicas de funcionamento dessas instâncias, especialmente no que

diz respeito à: representação (atores institucionais envolvidos); temas de pauta; debates; deliberações; instituições responsáveis pela execução das ações educacionais; estratégias de implementação da PNEPS e alocação dos recursos financeiros. Aqui, o foco está também na compreensão das concepções, interesses, posicionamentos dos diferentes atores que participam do processo decisório da política de educação permanente no estado de Minas Gerais.

A análise documental é articulada à realização de entrevistas semiestruturadas com gestores, representantes dos conselhos de saúde, representantes das instituições formadoras, técnicos da secretaria de saúde - no âmbito estadual, regional e municipal - envolvidos com o processo de condução da PNEPS no estado de Minas Gerais.

Considerando as perspectivas descendente e ascendente preconizadas pela nova portaria ministerial no que tange à gestão da educação permanente em saúde nos estados brasileiros, além da esfera estadual, dentre as macrorregiões<sup>25</sup> e microrregiões<sup>26</sup> que compõem as regiões de saúde do estado de Minas Gerais elegem-se a macrorregião Triângulo Sul e o município de Sacramento como lócus de investigação.

A escolha de uma região e de um município dentro do estado de Minas Gerais segue as orientações apontadas pelas professoras da banca de qualificação do projeto de doutorado, as quais sugeriram a análise do processo de gestão da PNEPS no âmbito estadual, regional e municipal, tendo em vista o desenho da política que prevê o compartilhamento da gestão nas três esferas de governo.

A delimitação dessa macrorregião e município tem como referência as inquietações compartilhadas entre a autora deste estudo e os profissionais e gestores de Sacramento sobre a condução da política de educação permanente em saúde naquela região e no estado de Minas Gerais. O contato com esses sujeitos permitiu identificar limites na implementação da PNEPS na macrorregião do Triângulo Sul, dentre eles, a não participação de representantes municipais na gestão da PNEPS. Apesar do gestor de Sacramento ter assento na CIES-

---

<sup>25</sup> O Estado de Minas Gerais possui 13 macrorregiões de saúde.

<sup>26</sup> Na época do estudo o estado possuía 75 microrregiões de saúde. Sabe-se que atualmente o estado de Minas Gerais já possui 77 microrregiões de saúde.



Microrregional, esta Comissão não está em funcionamento. Em 2011 quando foi implantada, reuniu-se poucas vezes para atender demandas pontuais da Secretaria de Estado de Saúde, como aprovação de cursos de capacitação.

Na seleção dos sujeitos do estudo, a perspectiva que orientou a escolha dos informantes foi a de contemplar uma gama de atores institucionais e sujeitos sociais envolvidos na gestão e condução da PNEPS no estado, de forma a considerar a complexidade do processo decisório em torno desta política.

No âmbito estadual, a pesquisa de campo é realizada com representantes da Secretaria de Estado de Saúde/ANSS, Conselho Estadual de Saúde e Escola de Saúde Pública (sujeitos que integram ou integraram a CIES Estadual desde sua constituição). Nos níveis regional e municipal a pesquisa de campo se concentra nos representantes da Gerência Regional de Saúde/SES, das Instituições Formadoras, da Secretaria Municipal de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde.

Para a identificação dessas instituições e sujeitos inicialmente é realizada uma entrevista exploratória com a referência técnica em educação permanente em saúde da Superintendência Regional de Saúde de Uberaba (SRS) da Secretaria de Estado de Saúde. Essa entrevista permite mapear os atores institucionais envolvidos com a política e definir os sujeitos para o estudo. Esses sujeitos são selecionados considerando a trajetória de vinculação e participação na gestão da referida política. Veja a seguir o quadro com os sujeitos que participam do estudo:

**Quadro 3 - Sujeitos do estudo**

Nível Estadual	Nível Regional/Local
03 - SES/MG 02 - Conselho Estadual de Saúde 01 - Instituição Formadora	02 - Superintendência Regional de Saúde 02 - Instituição Formadora 02 - SMS Sacramento (Gestores municipais) 01 - Conselho Municipal de Saúde <sup>27</sup>

<sup>27</sup> Apesar de representantes do Conselho Municipal de Saúde não terem assento nas Comissões Macro e Microrregionais, optou-se por realizar entrevista com um representante uma vez que a participação desse fórum está presente no desenho da política estadual.

A orientação desse recorte empírico é examinar - a partir da percepção dos entrevistados e do exame da dinâmica das relações estabelecidas nos espaços de decisão política - a capacidade de articulação, negociação e influência dos sujeitos sociais e das instâncias de participação social nos processos de construção da política em âmbito estadual, regional e municipal, tendo por parâmetro a lógica descentralizada e ascendente que embasa o desenho da PNEPS.

#### **1.4. Procedimentos de análise dos dados**

De acordo com Gomes (2005) a organização e o processamento de dados são um dos aspectos mais complexos dos estudos analíticos. Para a análise das entrevistas foram realizados os seguintes procedimentos:

1. Ordenação dos dados: esse primeiro momento é dedicado ao contato com o material empírico, envolvendo a transcrição das entrevistas, seguida de leitura geral do material transcrito e organização das diferentes dimensões contempladas nas entrevistas.
2. Classificação dos dados: nessa etapa é feita a relação entre os dados empíricos, objetivos e pressupostos da pesquisa.

A classificação dos dados consiste na leitura destes, fazendo-se os questionamentos elaborados com base no referencial teórico; devem ser feitas leitura e releituras exaustivas dos textos, identificando estruturas de relevância, ideias centrais e momentos-chave sobre o tema, confrontando o material recolhido com os pressupostos, hipóteses e categorias analíticas teoricamente construídas (MINAYO; DESLANDES, 1998 *apud* SOUZA; KANTORSKI; VILLAR LUIS, 2011, p. 225).

A etapa de classificação dos dados é composta de três etapas:

A) Leitura atenta do material coletado nas entrevistas com o intuito de identificar os atores, instituições e estruturas organizacionais envolvidas com a gestão da PNEPS no estado de Minas Gerais.

B) Construção de Matrizes de análises, a partir das falas dos sujeitos do estudo, buscando agregar os discursos por atores sobre as mesmas temáticas. Essa estratégia permite ter um panorama das questões relevantes para a pesquisa, cruzar informações qualitativas, com o intuito de proporcionar uma visualização distinta dos dados (PATTON, 2002, *apud* SOUZA; KANTORSKI; VILLAR LUIS 2011, p. 225).

C) Análise final dos dados. A partir das falas das entrevistas, dos documentos e das referências teóricas, demita-se como eixos de análise do estudo:

- Estrutura e Organização
- Dinâmica de funcionamento das CIES
- Constituição dos arcabouços institucionais
- Definição de prioridades na condução da política em âmbito estadual

A orientação desse recorte empírico é examinar - a partir da percepção dos entrevistados e da dinâmica das relações estabelecidas nos espaços de decisão política analisada por meio das atas da CIES estadual, regionais e do Conselho Estadual de Saúde - a capacidade de articulação, negociação e influência dos sujeitos sociais e das instâncias de participação social nos processos de construção da política em âmbito estadual, regional e municipal, tendo por parâmetro a lógica descentralizada e ascendente que embasa o desenho da PNEPS.

Demo (1987, p. 22) aponta os desafios para a pesquisa social, ao afirmar que as realidades históricas não são fixas e imutáveis, nem são harmônicas, equilibradas e sempre funcionais. Nessa perspectiva, a pesquisa social busca captar um processo complexo, dinâmico, contraditório, inacabado e em permanente transformação. Este estudo está pautado nessa compreensão.

## CAPÍTULO 2 – DEMOCRACIA PARTICIPATIVA

### 2.1. Algumas concepções sobre democracia participativa/ deliberativa

O presente capítulo traz algumas reflexões de estudiosos<sup>28</sup> em torno do debate sobre democracia participativa, a fim de iluminar a compreensão de fenômenos que interferem nos padrões de relação e intervenção do Estado e da sociedade nas políticas de educação na saúde na realidade analisada.

A partir de revisão bibliográfica verifica-se que o contexto das décadas de 1970 e 1980 é marcado por transformações delineadas no Estado, na sociedade civil e no terreno de suas relações, sobretudo a partir do processo de democratização e redemocratização dos países latino- americanos e do Leste europeu, estimulando o desenvolvimento e a incorporação de novos modelos teóricos de democracia que tendem a ampliar os atores e os espaços da política.

No debate sobre democracia participativa a relação entre a prática democrática e o processo deliberativo tem sido tratada de duas formas distintas. De acordo com Avritzer (2008), desde os anos 1970, tem surgido no interior da teoria democrática contemporânea uma tendência a reavaliar o peso da “argumentação” no processo deliberativo. Isso significa o questionamento da centralidade do momento decisório no processo de deliberação e a atenção ao momento da argumentação. Contudo, em que pese essas concepções, o termo deliberação, na sua origem etimológica, permite os dois significados: deliberar pode tanto significar "ponderar, refletir" quanto "decidir, resolver." (AVRITZER, 2000).

Dentre um conjunto mais amplo de proposições e modelos, a democracia participativa e sua denominada vertente deliberativa têm sido as principais referências, na medida em que, embora com trajetórias diferenciadas, compartilham um conjunto de críticas ao modelo da democracia representativa, dando primazia ao princípio da participação<sup>29</sup>.

---

<sup>28</sup> Dentre esses autores, Dagnino (2002); Lüchmann (2007).

<sup>29</sup> A participação e deliberação aparecem hoje no centro de um grande debate sobre a renovação da democracia e a experiência brasileira ganhou lugar de destaque no cenário internacional, notadamente com as experiências dos conselhos gestores e dos orçamentos participativos (AVRITZER, 2008; 2010).

Cabe destacar que nesse contexto o debate sobre participação e deliberação aparece hoje no centro de um grande debate sobre a renovação da democracia e a experiência brasileira ganhando lugar de destaque no cenário internacional, notadamente com as experiências dos conselhos gestores e dos orçamentos participativos (AVRITZER, 2008; 2010).

Observa-se que os movimentos sociais tiveram um importante papel na ampliação do espaço político, na medida em que contribuíram para a inserção de novos atores sociais até então excluídos da política. Para Carvalho (1998), a emergência dos movimentos sociais<sup>30</sup> marcou uma nova cultura política com a incorporação de novos atores e sujeitos na esfera pública, a reivindicação dos direitos sociais, expansão da cidadania e superação das concepções tradicionais de fazer política.

No caso do Brasil, durante o processo de redemocratização, movimentos comunitários passaram a questionar os limites e interesses hegemônicos da democracia representativa e reivindicar o direito a participar nas decisões em nível local. Segundo Dagnino (2002, p. 10), esses movimentos visavam promover o debate amplo no interior da sociedade civil sobre temas até então excluídos da agenda pública.

Nesse contexto, a democracia participativa surgiu como alternativa à teoria da democracia representativa, até então hegemônica<sup>31</sup>. Lüchmann (2007) argumenta que a democracia participativa reconhece a limitação imposta pela concepção e pelas práticas restritas no espaço da política, numa tentativa de ampliar os espaços da ação política para além do Estado, a partir da conformação de uma esfera pública<sup>32</sup>. Tal esforço se justifica como estratégia de não restringir o processo

---

<sup>30</sup> Cabe lembrar, conforme mostra Gohn (2011), que os movimentos sociais são ações sociais coletivas de caráter sociopolítico e cultural que viabilizam distintas formas da população se organizar e expressar suas demandas. Esses movimentos sociais, quando progressistas, como o movimento da reforma sanitária, atuam segundo uma agenda emancipatória, realizam diagnósticos sobre a realidade social e constroem proposta. Com atuação em redes, articulam ações coletivas que agem como resistência à exclusão e lutam pela inclusão social.

<sup>31</sup> Vários autores consideram esse modelo de democracia insuficiente para responder às várias questões surgidas na sociedade contemporânea, como, por exemplo, a questão das identidades das minorias e a histórica exclusão dos atores e sujeitos sociais dos processos de tomada de decisão política. Para maior aprofundamento, consulte Cohen, 2000.

<sup>32</sup> Para Avritzer (2000), a esfera pública constitui-se de um espaço para a interação face a face diferenciado do Estado, onde os indivíduos interagem uns com os outros, debatem as decisões

decisório ao momento da escolha dos representantes no período processo eleitoral, mas sim ampliar os espaços participativos e incorporar os diferentes atores institucionais nos processos de tomada de decisão.

Para essa autora (2007, p.144), os modelos participativos apresentam diferenças com relação ao modelo da democracia representativa, já que incorpora a participação da população no processo de discussão e de tomada de decisões políticas.

Na teoria de democracia participativa, a noção de deliberação pública apresentou diferenças entre o início e o final do século XX. A transição de um enfoque decisório<sup>33</sup>, para uma concepção argumentativa<sup>34</sup> estabeleceu as condições para a emergência da democracia deliberativa, segundo Silva Oliveira; Pereira; Oliveira (2010, p. 436).

Até a metade do século XX, os estudiosos da democracia participativa não acreditavam na argumentação como possibilidade de influenciar os processos de tomada de decisão. De acordo com Silva Oliveira; Pereira; Oliveira (2010, p. 437) esse posicionamento era justificado por três questões: i) a importância do debate político foi subestimada pela crença de que o pluralismo impedia o consenso social; ii) a participação popular foi considerada negativa para a gestão do Estado uma vez que reduzia a eficiência e a racionalidade de seus processos; iii) a discussão democrática foi limitada pela percepção do processo eleitoral como uma simples aferição de preferências individuais formadas previamente.

Esses mesmos autores (2010, p. 437) informam que essas concepções perderam vigor nas últimas décadas do século XX devido, principalmente, às proposições de Habermas<sup>35</sup>, que se preocupou com a formação de um espaço de interação diferenciado do Estado, no qual os indivíduos pudessem debater questões

---

tomadas pela autoridade política, debatem o conteúdo moral das diferentes relações existentes ao nível da sociedade e apresentam demandas em relação ao Estado. Os indivíduos no interior de uma esfera pública democrática discutem e deliberam sobre questões políticas e adotam estratégias para tornar a autoridade política sensível às suas deliberações.

<sup>33</sup> Nessa corrente a deliberação é compreendida como processo de tomada de decisão, ou seja, a preocupação está com a decisão.

<sup>34</sup> A democracia deliberativa se diferencia da participativa na medida em que esta última coloca como prioridade o debate e a argumentação nos processos de tomada de decisão.

<sup>35</sup> Em 'Mudança Estrutural da Esfera Pública'.

políticas e delinear estratégias capazes de tornar o poder público sensível às suas deliberações. Sendo necessária para isso a instituição de processos deliberativos capazes de promover a participação racional de cidadãos interessados ou afetados por decisões públicas (SILVA OLIVEIRA; PEREIRA; OLIVEIRA, 2010, p. 437-438).

Orientada pela construção teórica de Habermas, Lüchmann (2002, p. 19) define a democracia deliberativa como um modelo ou processo de deliberação política, caracterizado por um conjunto de pressupostos teórico-normativos que incorporam a participação da sociedade civil na regulação da vida coletiva. De acordo com essa autora, trata-se de um conceito que está fundamentalmente ancorado na ideia de que a legitimidade das decisões e ações políticas deriva da deliberação pública de coletividades, de cidadãos livres e iguais. Constitui-se, portanto, em uma alternativa crítica às teorias 'realistas' da democracia que, a exemplo do 'elitismo democrático'<sup>36</sup>, enfatizam o caráter privado e instrumental da política (LÜCHMANN, 2002, p. 19).

Apesar dos avanços no modelo de democracia deliberativa, Avritzer (2000), indaga a relação entre a esfera pública e o sistema político-administrativo, assumida pela concepção deliberativa de Habermas. Para esse autor, apesar da teoria de Habermas redefinir as bases de legitimação da ação política, esta não propôs arranjos institucionais capazes de materializar a democracia deliberativa.

O debate sobre a operacionalização desse modelo democrático conta com as contribuições de diversos autores, mas as proposições de Cohen (2000), Bohman (2000), Fung (2000) *apud* Lüchmann (2002) merecem destaque.

Para Cohen (2000, p. 24) *apud* Lüchmann (2002, p. 30), a democracia deliberativa é um processo público de discussão que pretende articular a participação ampliada e plural dos cidadãos em uma esfera pública de caráter decisório. Nessa corrente, as decisões políticas devem emergir do diálogo, das discussões e das decisões coletivas que se expressam em instituições sociais e políticas desenhadas para reconhecer o compartilhamento das decisões de forma coletiva.

---

<sup>36</sup> Nessa vertente, os eleitores não devem se ocupar com problemas políticos, mas, somente, indicar aqueles que irão propor e conduzir as soluções (MACPHERSON, 1978 *apud* LÜCHMANN, 2002).

A concepção de democracia deliberativa nessa perspectiva prevê, portanto, formas participativas mais institucionalizadas, ou mais formalizadas, tendo em vista não apenas a discussão pública entre os sujeitos, como também o poder de decisão.

Na mesma direção, Bohman (2000, p. 49) *apud* Luchmann (2002, p. 31) argumenta que o êxito de uma forma deliberativa de democracia depende da criação de condições sociais e de arranjos institucionais que propiciem o uso público da razão. Para esse estudioso, a deliberação é pública na medida em que estes arranjos permitam o diálogo livre e aberto entre cidadãos capazes de formular juízos informados e racionais em torno das formas de resolver situações problemáticas.

Fung (2000) *apud* Luchmann (2002, p. 36) também tem insistido na necessidade de se considerar a relevância dos desenhos institucionais e das possibilidades de aprimoramento das instâncias de participação e dos processos participativos por este meio. Embora não constitua uma única chave para os processos participativos, que dependem fundamentalmente da sociedade civil, as características e arranjos institucionais podem propiciar ou dificultar a amplitude e qualidade da participação e da deliberação, bem como aprimorar os mecanismos de representação no interior de tais espaços.

Nesse sentido, o desenho institucional diz muito acerca das possibilidades e limites participativos, na medida em que este não apenas deve ser capaz de oportunizar uma dinâmica participativa, que obedeça aos princípios da igualdade, da liberdade e da autonomia, como também deve operar no sentido de ampliar as oportunidades de participação e de capacitação dos cidadãos. Assim, para Luchmann (2002, p. 20), a institucionalidade de gestão participativa de caráter democrático constitui-se como um processo que potencializa a participação através de um conjunto de práticas, mecanismos, princípios e regras (formais e informais) e também oferece a oportunidade de participação a diferentes atores sociais.

Essa autora chama atenção para o fato de que enquanto processo de institucionalização de mecanismos decisórios de caráter participativo, a implementação da democracia deliberativa depende muito mais do que garantias legais. Antes, depende do formato e da dinâmica institucional, ou seja, de um conjunto de medidas (espaços de participação, atores participativos, normas,



regimentos, critérios, etc.) que possibilitam a efetivação deste ideal democrático (LUCHMANN, 2002, p. 31).

Há, portanto, que se pensar no formato institucional a partir do caráter duplo de institucionalidade, qual seja, o conjunto de normas, regras e espaços que conformam o processo deliberativo (dimensão organizativa) e a incorporação de um novo comportamento político-social (dimensão cultural) (LUCHMANN, 2002, p. 36).

No caso do Brasil, a partir da década de 1990, é inaugurada uma grande diversidade de espaços públicos, delimitados pelos Conselhos Gestores<sup>37</sup> e as experiências de Orçamento Participativo, identificados como iniciativas de gestão democrática das políticas públicas. O subtópico abaixo visa recuperar os padrões de intervenção do estado na área da saúde, de modo a identificar os avanços e limites da participação social na gestão das políticas de saúde no Brasil.

## **2.2. Democratização das políticas de saúde no Brasil**

No Brasil, a organização e a gestão das políticas públicas até a década de 1970<sup>38</sup> se desenvolveram a partir de duas características principais. De um lado, a centralização decisória no governo federal, em que aos estados e municípios cabia unicamente o papel de execução das políticas formuladas e controladas centralmente. E de outro lado, a exclusão da sociedade civil dos processos de decisão política. Nesse contexto, o processo decisório se estruturava no padrão não democrático entre Estado e sociedade civil, excluindo amplos segmentos da sociedade do acesso a bens e serviços públicos (FARAH, 2000).

Contudo, se por um lado verificou-se a ausência de participação da sociedade nos espaços de decisão política, sobretudo no momento em que o regime autoritário impedia a participação popular nos espaços públicos, de outro lado, iniciativas na base da sociedade civil surgiram, inventando novos espaços de reivindicação política. Nesse contexto, avançaram os movimentos comunitários voltados à defesa

---

<sup>37</sup> Os conselhos gestores (ou setoriais) são mecanismos de deliberação (ou seja, com poder de decisão, não apenas consultivo), criados no interior do poder executivo para a participação social. O papel dos participantes nos conselhos é deliberar juntamente com o poder público, sobre política de saúde, exercer o controle direto e regular as ações do governo (AVRITZER, 2000).

<sup>38</sup> O padrão de intervenção do Estado na área social até esse período foi compatível com o tipo de Estado vigente no contexto da ditadura militar, em que as relações assimétricas de poder do Estado em relação à sociedade foram exacerbadas.

de direitos sociais, e em particular da saúde, como o Movimento da Reforma Sanitária<sup>39</sup> e de luta pela democracia.

As precárias condições de saúde e de vida da população acentuadas nos anos 1970 levaram os movimentos de contestação em saúde a crescer em número e intensidade, de tal modo que, entre o final da década de 1970 e o início da de 1980, a sociedade, movimentos sociais, intelectuais, sindicatos e partidos políticos protagonizaram discussões e mobilização social centrada na questão da saúde.

Além desses fenômenos, no final da década de 1970, a ditadura militar já encontrava em processo de crise político-ideológica e fiscal. A fase final do regime militar foi marcada por uma crise de legitimidade do Estado perante a sociedade, que se manifestou em várias dimensões e nas diversas políticas sociais, abrindo possibilidades para algumas mudanças, e aproximações entre Estado e sociedade na gestão estatal.

Esse contexto é marcado também pelo acirramento das desigualdades sociais, precárias condições de vida da maioria da população, agravamento da crise social. A mobilização em torno dos problemas sociais no início da década de 1980 demonstra a crise de legitimidade do Estado autoritário-militarista em relação a suas políticas setoriais, entre as quais se destaca a previdência e a saúde.

Nesse cenário de contradições e crises, em que o Estado autoritário se vê confrontado com sua capacidade de manutenção do modelo ou distensão para o novo, algumas medidas são tomadas no sentido de escuta de segmentos sociais, como a criação do Conselho Nacional de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), em 1981 (BRASIL, 2006).

Instituído pelo Decreto Nº 86.329/81, como órgão do Ministério da Previdência Social, o CONASP era de representação mista, não paritária, entre Estado e sociedade, com sub-representação da classe trabalhadora. Tinha como finalidade atuar na organização e aperfeiçoamento da assistência médica e na

---

<sup>39</sup> O Movimento da Reforma Sanitária é fruto de uma construção coletiva envolvendo, principalmente, as bases universitárias – a academia, e movimentos sociais. A organização do Movimento da Reforma Sanitária transcendia a luta pelo direito à saúde, envolvendo-se nas lutas mais gerais, como a democratização do país e o fortalecimento das organizações da sociedade civil (SCOREL, 2008, p. 397).

sugestão/elaboração de critérios para a racionalização dos recursos previdenciários destinados à assistência (INAMPS). Atuou na disputa de projetos na arena das políticas públicas de saúde: o conservador privatista, que englobava o setor privado contratado; o modernizante privatista, que reunia os interesses da medicina de grupo; o estatizante, representado pelos técnicos ministeriais e pela oposição; e por fim o liberal, representado por parte dos técnicos e da medicina liberal (BRASIL, 2006, p. 42).

Nesse âmbito também foram instituídas as comissões interinstitucionais de saúde nos vários níveis federativos – Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS), Comissões Interinstitucionais Regionais de Saúde (CRIS) e Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde (CIMS) ou Comissões Interinstitucionais Locais de Saúde (CLIS) – com a participação de gestores governamentais, prestadores públicos e privados, profissionais e usuários (BRASIL, 2006, p. 43).

Embora essas experiências, de acordo com Carvalho (1995), emergissem da lógica racionalizadora da gestão do Estado, tornou-se permeável aos princípios e ações democratizantes do movimento sanitário, através de seus agentes técnicos localizados na direção da previdência, convertendo-se em um marco inaugural da institucionalização da participação. As Comissões se multiplicaram no país, num ritmo bastante rápido, abrindo espaço a novos sujeitos políticos, embora seu desenvolvimento institucional tenha sido diferenciado de acordo com a correlação de forças políticas entre os sujeitos participantes nos respectivos locais de funcionamento (BRASIL, 2006, p.43).

Um exemplo desse fenômeno foram as experiências locais prévias envolvendo departamentos de medicina preventiva das Universidades e que deram origem a experiências inovadoras, como Montes Claros, Londrina, Niterói, Campinas, e outros municípios do Brasil.

Assim, o período que antecede à promulgação da Constituição Federal de 1988 foi marcado pela ampla movimentação social em torno da luta pela saúde enquanto direito de cidadania, iniciada já no final dos anos 1970, promovida principalmente, pela sociedade civil, ativistas, intelectuais, profissionais de saúde e movimentos sociais. Esse ambiente contribuiu para o surgimento do Movimento

Sanitário que, utilizando-se dos estudos e pesquisas realizados pelos intelectuais, começou a denunciar os efeitos do modelo econômico na saúde da população, em defesa da Reforma Sanitária, caracterizando-se como um processo político de conquistas sociais em busca da saúde da população e a construção de um novo Sistema Nacional de Saúde.

O movimento sanitário, vindo de algumas experiências da década anterior, iniciou os anos 1980 propondo ocupação dos espaços institucionais e a participação na formulação e implementação de políticas de saúde, buscou transformar o conteúdo da participação social nos seguintes aspectos:

- incorporou a conotação de cidadania, que expressa a estratégia de universalização dos direitos;
- reconheceu a diversidade de interesses e projetos em disputa na sociedade, em sua relação com o Estado;
- refinou a análise e a compreensão do Estado como lócus de conflito de interesses contraditórios;
- alterou a perspectiva do movimento relacional entre Estado-sociedade, atribuindo-lhe uma possibilidade de interlocução e diálogo, em que o Estado é vislumbrado como passível de acolhimento de propostas oriundas da sociedade e esta como espaço de elaboração daquelas que configurem os interesses e reivindicações dos grupos sociais;
- contrapôs o conceito de controle social ao controle privado do Estado por segmentos sociais com maior poder de acesso (BRASIL, 2006, p. 41).

Esse movimento favoreceu a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS) em 1986, com a participação de 5.000 participantes, provenientes de um leque bastante diversificado de atores e sujeitos sociais e políticos da sociedade civil organizada (BRASIL, 2006, p. 41).

A 8ª CNS foi um marco histórico da mobilização na área de saúde, de reafirmação do princípio de participação e controle social, na direção da democratização do Estado. No tocante à participação, resultaram da 8ª CNS as seguintes diretrizes:

- a afirmação do princípio da participação das entidades representativas na formulação da política e no planejamento, gestão, execução e avaliação das ações de saúde;
- a reformulação das Ações Integradas de Saúde, de modo a possibilitar controle da sociedade organizada nas instâncias de coordenação da época (CIS, CRIS e CIMS);
- a constituição de um novo Conselho Nacional de Saúde composto por representantes de ministérios da área social; governos estaduais e municipais; entidades civis de caráter nacional, a exemplo de partidos políticos, centrais sindicais e movimentos populares. Ao conselho seriam conferidas atribuições de orientação do desenvolvimento e de avaliação do Sistema Único de Saúde, incluindo a definição de políticas, orçamento e ações;
- a formação de conselhos de saúde nos níveis municipal, regional e estadual, cuja composição deveria incluir representantes eleitos pela comunidade (usuários e prestadores de serviços) e cuja atuação deveria abranger o planejamento, a execução e a fiscalização dos programas de saúde. Também se alerta para a garantia de eleição das direções das unidades de saúde pelos seus trabalhadores, bem como por sua comunidade usuária (BRASIL, 1987, p. 17-18 *apud* BRASIL, 2006, p. 48).

As propostas discutidas e deliberadas na 8ª CNS foram incluídas na Constituição Federal de 1988, e os princípios da descentralização, participação e controle social foram estabelecidos introduzindo formas de participação direta e indireta de novos atores sociais nas decisões política. Draibe (1998) ressalta que essa nova agenda buscava, além da garantia de direitos sociais a todos, uma nova forma de gestão das políticas sociais, assumindo como papéis centrais a articulação e o envolvimento de diferentes atores sociais no processo de tomada de decisão.

Com essas diretrizes, o Estado brasileiro se propôs a modificar radicalmente o padrão centralizador característico do período ditatorial, buscando fortalecer e democratizar o planejamento e gestão das ações sociais nas diferentes esferas de governo; romper com a estrutura da administração pública hierarquizada e fragmentada; e imprimir uma gestão horizontal (CARVALHO, 1998), na medida em

que incorporam outros atores sociais/sujeitos coletivos na arena política como corresponsáveis na implementação de decisões e respostas às necessidades sociais.

Nesse caso, o Estado continua responsável pela gestão do social, ou seja, na garantia de oferta de bens e serviços de direito do cidadão; o que se alterou foi o modo de processar essa responsabilidade. A Constituição de 1988 apresenta uma nova configuração da gestão das políticas públicas, instituindo novos mecanismos nos processos de tomada de decisões, o que faz emergir um regime de ação pública descentralizada, no qual são criadas formas inovadoras de interação entre governo e sociedade, através de canais e estratégias de participação social, como se dá com os Conselhos Gestores.

A instituição dessas novas formas de interação sinalizou a emergência de novos padrões de governo, baseados na gestão democrática, centrada em três eixos fundamentais: a maior responsabilidade dos governos em relação às políticas sociais e às demandas dos seus cidadãos; o reconhecimento dos direitos sociais; e a abertura de espaços públicos para a ampla participação cívica da sociedade (SANTOS JÚNIOR, 2001, p. 228).

Com a redemocratização verifica-se, portanto, uma aproximação das relações entre Estado e movimentos sociais, organizações sociais e sociedade. Nesse contexto, a participação social assume novo status, possibilitando a configuração de uma democracia participativa, onde a responsabilidade pela formulação de políticas sociais é repartida entre Estado e Sociedade.

Essa nova agenda, fruto das lutas da sociedade pela democratização do país e do movimento da reforma sanitária, instituída a partir do final da década de 1970 e ampliada nas décadas seguintes, conferiu lugar central à participação política dos cidadãos na definição das políticas de saúde e no controle da sua implementação, redefinindo o sistema público de saúde enquanto projeto coletivo e democrático (NUNES *et al.*, 2007, p. 14).

Com a incorporação da descentralização como diretriz constitucional foram implementadas reformas importantes no formato institucional do Estado brasileiro,

contribuindo para alterar as relações entre o Estado e sociedade e o modelo centralizado de políticas públicas existente no período ditatorial, emergindo um novo desenho institucional para as políticas públicas a partir da descentralização.

Nesse novo modelo, o governo federal delegou aos estados e municípios grande parte das funções de gestão das políticas para o plano local. Com isso, abrem-se espaços para decisões políticas compartilhadas, para a gestão democrática das políticas de saúde, através da participação social e controle social<sup>40</sup> dos diferentes sujeitos.

No caso específico das políticas de saúde no Brasil, a descentralização de sua gestão teve como avanço o aprofundamento das relações entre Estado e sociedade e entre os entes federativos, mediante um intenso processo participativo que se materializou na criação de canais participativos, como os conselhos de saúde, estruturados nos três níveis de governo.

Contudo, se por um lado, os anos 1980 e 1990 foram palco de mudanças radicais na forma de conceber e operar a gestão das políticas sociais, através do processo de descentralização das políticas públicas em diversas áreas sociais (saúde, educação, assistência social, etc.), e da inserção da participação da sociedade civil, via conselhos, na sua formulação e controle, é preciso considerar, de outro lado, o contexto de reforma do Estado, sob influência do pensamento neoliberal, que estimulou o deslocamento da gestão social da esfera público-estatal para a esfera privada, com a redução da ação do Estado, compartilhamento da gestão por meio de parcerias, transferência de responsabilidades para as empresas, e privatização da área social.

O contexto político da década de 1990 trouxe para a gestão governamental brasileira propostas de gestão referidas à visão de Estado Mínimo, com políticas de ajuste fiscal, além de um grande estímulo às terceirizações. Vários autores apontam para a ocorrência, nesse período, de um reordenamento do Estado, embasado no

---

<sup>40</sup> Nunes *et al.* (2010) sintetizam o controle social como um processo em que a sociedade assume o protagonismo na cena pública. A criação de espaços públicos possibilita à sociedade civil - diversa e conflituosa - encontrar um espaço de expressão, conflito e negociação, colocando-a no centro de um processo onde as ações públicas deixam de ser da exclusiva responsabilidade do Estado, passando a derivar de configurações de atores que assumem como objetivo central a promoção da democracia.

ajuste fiscal e no desmonte das políticas de garantia de direitos, privilegiando-se a lógica do capital internacional e do monetarismo.

O governo propôs, nessa perspectiva, um conjunto de reformas constitucionais que se orientaram não só pela e para a redução do Estado como, por sua mudança estratégica, ampliando o poder das forças vinculadas ao mercado. A denominada Reforma do Estado<sup>41</sup> articulou medidas legislativas, mudanças regulatórias e ações governamentais para uma reordenação estratégica do papel do Estado, que passou de impulsionador do desenvolvimento para o de impulsionador da competitividade do capital internacional, mudando, assim, suas relações com o mercado e a sociedade. Para tanto, instaurou um novo modelo de gestão pública gerencial, transferindo patrimônio público para o mercado e assumindo uma atuação complementar. O cidadão, sujeito de direitos, passou a contribuinte-cliente, com pouca voz e nenhum voto nas agências reguladoras e pouco poder nos conselhos (BRASIL, 2006, p. 161).

Na área social, com a orientação de transformar o Estado, de burocrático a gerencial, o governo considerou atividade exclusiva do Estado apenas a previdência social básica, e impôs aos estados o mesmo esquema do ajuste federal, considerando que o desequilíbrio fiscal era provocado pelos estados e municípios. Na lógica do governo federal da época, o ajuste e a redução do Estado eram os pontos chave, inclusive para o desenvolvimento. Assim, essa política implicava, ao mesmo tempo, aumento de arrecadação e cortes nos gastos públicos, condicionando diretamente os gastos com as políticas sociais diretamente à diminuição significativa do déficit público (FALEIROS, 2003, p. 289).

Mas, se por um lado, o contexto da década de 1990 representou um período de contração do Estado, especialmente na área social, por outro lado, a política de saúde recém-reformulada seguiu produzindo avanços no seu processo de implantação, depois de promulgada a Lei 8.080, de 1990, oferecendo-se como um campo de luta para a convivência entre os projetos políticos em disputa.

---

<sup>41</sup> Em 1995 teve início no Brasil a Reforma da Gestão Pública ou reforma gerencial do Estado com a publicação do Plano Diretor da Reforma do Estado. Essa reforma foi coordenada pelo ministro do governo Fernando Henrique Cardoso, Luiz Carlos Bresser-Pereira, no Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE). A partir de 2008 a gestão passou para o Ministério do Planejamento e Gestão, ao mesmo tempo em que estados e municípios passavam também a fazer suas próprias reformas (Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/rgp.asp>).



Ao longo da década de 1990 verifica-se também o avanço do processo de descentralização político-administrativa e a municipalização das políticas públicas, o que levou à transformação e ao fortalecimento das instituições democráticas no país<sup>42</sup>. Tratou-se de um processo que ensejava mudanças na organização e funcionamento dos governos locais, incorporadas de forma diferenciada segundo as diretrizes adotadas e o grau de institucionalização dos canais de gestão democrática e dos instrumentos redistributivos da renda e riqueza produzidas nas cidades brasileiras (ARRETCHE, 2000).

A criação dos Conselhos e Conferências de Saúde, com a Lei Federal n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990<sup>43</sup> representou a tentativa de viabilizar uma arquitetura institucional que garantisse o projeto de democratização do Estado. A formalização dessas instâncias consistiu num esforço em assegurar a existência de espaços de representação dos segmentos que compõem o SUS, com caráter permanente e deliberativo, dotados de prerrogativas de formulação de estratégias, acompanhamento e fiscalização da execução das políticas de saúde (GUIZARDI, 2008, p. 78).

Contudo, tal como o direito à saúde não se define estritamente por sua explicitação constitucional, também a descentralização e a participação política não dependem apenas da existência formal de tais instâncias para ser efetiva na gestão das políticas públicas de saúde como será visto a seguir.

### **2.3. Limites para consolidação da democracia participativa no Brasil**

A implementação de um modelo de gestão participativa e descentralizada no Brasil tem enfrentado grandes dificuldades como evidenciam alguns estudiosos.

---

<sup>42</sup> A descentralização no caso brasileiro foi associada à democratização, fato histórico nem sempre frequente, pois, a associação descentralização - democracia não é automática. A própria institucionalização das democracias avançadas na Europa se deu em contextos de Estados centralizados. Um bom exemplo é a emergência dos Estados Providência pós-segunda guerra.

<sup>43</sup> A Lei nº 8.142/90 “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde” e garante o sistema participativo de baixo para cima com duas instâncias colegiadas: I – a conferência de saúde e II – o conselho de saúde. As conferências nacionais de saúde devem ser realizadas a cada quatro anos, podendo, ainda, ser convocadas conforme as necessidades. Os conselhos de saúde são organizados em cada esfera de governo e a representação dos usuários é paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos. Além disso, a lei estabelece diretrizes para os fundos de saúde (BRASIL, 2006, p. 112).

Guizardi (2008) Luchmann (2002) relacionam essas dificuldades à existência da combinação de elementos perversos e constrangedores na sociedade brasileira, tais como desigualdades sociais; culturas autoritárias, clientelistas e patrimonialistas; burocracia dos aparatos institucionais; além da tradição centralizadora e autoritária que sempre marcou o Estado brasileiro e embutiu, nas agências governamentais, um padrão de gestão completamente independente da sociedade e atrelado ora aos ditames da burocracia, ora aos interesses dos detentores do poder.

Além desses fatores, Tatagiba (2002, p. 79) chama atenção para o fato de que a dinâmica interna desses fóruns de deliberação foi marcada por relações verticalizadas, com forte viés autoritário, uma vez que houve resistência das estruturas governamentais em aceitar o padrão partilhado de gestão, fazendo-o aparecer como um mecanismo dificultador do processo decisório. Como bem salienta a autora em estudo acerca das experiências dos Conselhos Gestores no Brasil, os encontros entre Estado/sociedade nos Conselhos têm sido afetados negativamente por uma grande recusa do Estado em partilhar o poder de decisão. Ou seja, os governos têm resistido, de forma mais ou menos acentuada, dependendo da natureza do governo e do seu projeto político, às novas formas de fiscalização, controle e participação da sociedade civil no processo de produção das políticas públicas (idem, 2002, p. 79).

Esses fenômenos chamam a atenção para os limites da legislação na condução de processos de mudança, principalmente quando as práticas a serem transformadas são informadas por interesses localizados no interior das estruturas de dominação da sociedade. A dinâmica de funcionamento dos Conselhos Gestores, sua organização interna e a instituição de suas relações dependem, além das condições sócio-históricas, interação entre os sujeitos que os compõem. E a efetividade de seu desempenho está vinculada à correlação de forças antagônicas presentes no processo de ação e interação entre os sujeitos representantes dos diversos segmentos da sociedade.

Estudos sobre os Conselhos de Saúde (GERSCHMAN, 2004; GOHN, 2000; GUIZARDI, 2008; LABRA, 2005; MOREIRA, ESCOREL, 2009) constataram que a institucionalização, na conjuntura de expansão dos conselhos, não é tão uniforme como se poderia pressupor a partir de uma norma comum. Depende não só da

política nacional, mas dos arranjos políticos estaduais e municipais. Esses estudos apresentam os diferentes níveis e/ou padrões democratizantes da sociedade brasileira, ressaltando as contradições e os diferentes resultados, de acordo com as diferentes esferas de poder e de correlações de forças, sejam políticas, econômicas e/ou sociais (LUCHMANN, 2002, p. 34).

Para Santos e Avritzer (2009, p. 74), as práticas de democracia participativas não estão imunes ao perigo da perversão e de descaracterização. Apesar de visar ampliar o cânone político<sup>44</sup>, e com isso ampliar o espaço público e os debates e demandas sociais, podem associar-se a interesses e atores hegemônicos para, com base nelas, legitimar a exclusão social e a repressão da diferença.

Sobre essa questão Guizardi (2008, p. 14) apresenta os resultados dos estudos de Wenhausen e Cardoso (2007) referente ao processo decisório nos conselhos gestores de saúde, que identificam limitações à participação social, particularmente no tocante à formulação da agenda. De acordo com esse estudo, o Estado em grande parte exerce o controle sobre a agenda dos conselhos, e acaba por determinar e definir os assuntos considerados “relevantes” e “pertinentes”.

Ribeiro e Andrade (2003, p. 353) *apud* Guizardi (2008, p. 17) salientam que a desigualdade política que demarca a atuação dos atores que representam interesses específicos nos espaços dos conselhos de saúde indica que o entendimento da desigualdade na distribuição de recursos relativos à cultura política é fundamental para a compreensão de fenômenos políticos contemporâneos.

Apesar dos esforços de dar voz aos distintos grupos da sociedade civil, a concepção da sociedade civil que emerge como sendo constituída por uma heterogeneidade de entidades organizadas, juntamente com os mecanismos de representatividade criados pelos Conselhos de Saúde, parece conduzir à exclusão de todo um conjunto de grupos sem capacidade de organização; e dos quais se destacam populações mais vulneráveis. A capacidade de organização e de reivindicação surge como essencial para o reconhecimento dos atores políticos e, deste modo, para a sua inclusão no espaço de participação dos Conselhos de

---

<sup>44</sup> As experiências democráticas analisadas por Santos e Avritzer (2009) resgatam tradições democráticas locais a princípio ignoradas pelas formas de democracia hegemônica.

Saúde. Este é, aliás, um dos mais sérios desafios à ampliação da democracia sanitária no Brasil, conforme apontam Nunes *et al.*, (2010, p. 15).

Apesar dos limites e desafios colocados ao processo de consolidação da democracia participativa sejam frequentemente reportadas aos espaços dos conselhos, alguns autores não remetem apenas a eles. Ao contrário, Moroni, (2005) *apud* Guizardi, (2008, p. 19) remonta a necessidade de enfrentar alguns desafios tais como a reconstrução do desenho da participação; o resgate do papel político dos conselhos e da atribuição de mobilização social das conferências; o respeito e a expressão da multiplicidade dos sujeitos políticos; o reconhecimento de outras formas de organização; e o debate sobre a reforma do Estado.

Esse cenário sinaliza a necessidade de discutir as possibilidades de participação política existentes no SUS, especialmente quando se atenta para o processo de constituição de novos espaços, como as Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) que serão analisadas nessa tese, que recolocam uma série de questões, em especial as que indagam sobre os caminhos possíveis e os obstáculos a serem enfrentados na construção dessa participação.

O que está em causa é compreender até que ponto a inclusão de diferentes sujeitos e atores sociais se traduz na sua real participação nos processos de tomada de decisão e, em que medida, as demandas, necessidades e saberes são incorporados e contribuem para a definição dos processos de tomada de decisão em saúde. E nesse sentido, o estudo de experiências concretas permite retirar aprendizados acerca das possibilidades e limites da efetivação dos princípios democráticos. Nessa tese, o foco recai sobre a dimensão da participação social na condução da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no estado de Minas Gerais, tomando como referência as Comissões de Integração Ensino Serviço e os Colegiados de Gestão Regionalizada instituídos no âmbito estadual e regional a partir da Portaria 1.996/2007.

Para subsidiar a compreensão dessa política, as primeiras seções do próximo capítulo serão dedicadas à apresentação de um breve panorama da conformação da área da educação na saúde no Brasil até a instituição do SUS, e as duas últimas

seções à conformação da área de educação na saúde a partir do governo Lula e da instituição da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

## CAPÍTULO 3 - POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE<sup>45</sup>

### 3.1. A conformação da área de Educação na Saúde no Brasil

A formação e desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde ganhou atenção na agenda pública brasileira nas duas últimas décadas. Esse fato tem sua fundamentação em vários processos sociais, dentre eles, as mudanças no modelo de atenção à saúde realizadas a partir da Constituição Federal de 1988 e das legislações instituídas nos anos seguintes, a ampliação da cobertura de serviços assistenciais de saúde, a ampliação do número de trabalhadores no SUS, especialmente no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), além da maior responsabilidade das esferas de governo estaduais e municipais pela implementação das políticas sociais.

Analisando esse contexto, Motta (1998, p. 14) afirma que a partir da instituição do SUS, a área de desenvolvimento de recursos humanos, especialmente os processos formativos da graduação e de desenvolvimento da força de trabalho em saúde, passaram a ter maior visibilidade, tanto por sua importância, quanto pela necessidade de novos aportes teóricos. Para o autor, a necessidade de um novo modelo assistencial, evidenciada pelo novo sistema, coloca a área como um valor estratégico dessa reorganização.

Revisitando alguns estudiosos na área de Recursos Humanos (PAIM, 1994; NUNES, 1998; MOTTA, 1998; NUNES, 2007; BRAVIN, 2008<sup>46</sup>) verifica-se que embora o campo tenha ganhado relevância nesses últimos anos, as discussões e reivindicações sobre a qualificação dos trabalhadores na área da saúde não são recentes, mas são parte de diversas discussões e debates desde antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A noção de Recursos Humanos em Saúde ganha espaço nas décadas de 1940 e 1950, quando o Estado brasileiro passa a necessitar de profissionais

---

<sup>45</sup> Nesse estudo será usado o termo educação na saúde para designar as ações e estratégias educacionais realizadas pelos governos federal, estadual e municipal, para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde.

<sup>46</sup> Para a elaboração desse capítulo utiliza-se a dissertação de mestrado desse autor, tendo em vista a importância desse estudo para a compreensão do processo de formulação da PNEPS, já que em sua pesquisa de campo foi realizada por meio de entrevistas com atores-chave que participaram do processo de formulação da PNEPS. Ver Bravin, 2008.

capazes de intervir no campo e nas cidades para desenvolver as ações coletivas de saúde, visando superar as baixas condições de saúde que ameaçavam a reprodução da força de trabalho (BRAVIN, 2008, p. 37).

Nesse contexto são realizadas as duas primeiras Conferências de Saúde, nos anos de 1941 e 1950, cujas propostas se restringiam, no âmbito do desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, a orientações para o fortalecimento da educação superior, centrada no ensino médico, com sugestões para o processo de formação desses profissionais, também contemplando a visão sanitária clássica, ideologicamente associada às campanhas sanitárias (MOTTA, 1998, p. 29).

A partir da década de 1960, tendo em vista as primeiras proposições de municipalização da gestão e execução dos serviços de saúde, bem como a necessidade de reorientação do desenho tecnoassistencial implantado no setor, verificou-se que as proposições para a área de desenvolvimento de pessoal convergiam para o aspecto da formação e aproveitamento de pessoal técnico (MOTTA, 1998, p. 30).

Embora tivessem propostas específicas para a formação superior em saúde, nessa época as ações do governo com objetivo de reorientar a formação e regular o setor praticamente não existiam. As demandas das esferas de governo para os processos de educação na saúde eram respondidas de forma pontual, com algumas ações de capacitações, realizadas de forma fragmentada e desarticulada das necessidades de formação. As ações vinculadas ao desenvolvimento de programas específicos foram realizadas separadamente conforme categoria profissional, por nível de formação ou por grupos restritos (MOTTA, 1998, p. 30).

As ações de educação na saúde eram formuladas em âmbito federal, com apoio esporádico de organizações internacionais, como a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Os estados, municípios e sociedade eram excluídos dos processos decisórios.

Vale lembrar que nesse contexto, marcado pela ditadura militar, a orientação política foi direcionada para uma perspectiva de (re) centralização da administração governamental em âmbito federal<sup>47</sup>, afetando vários setores, dentre eles a saúde.

Dentre as repercussões para as políticas públicas de saúde, Abrucio (2005) verificou o surgimento e o rápido crescimento de um setor empresarial de serviços médicos, constituído por proprietários de empresas médicas, centradas na lógica e não necessariamente na saúde ou na cura de sua clientela; a proliferação de faculdades particulares de medicina; o desenvolvimento de um ensino médico desvinculado da realidade sanitária da população, voltado para a especialização e a sofisticação tecnológica, dependente das indústrias de equipamentos e insumos médico-hospitalares; o aprofundamento das iniquidades de acesso e disponibilidade de serviços de saúde entre o interior e os grandes centros urbanos; uma relação autoritária, mercantilizada e tecnicada entre médico e paciente e entre serviços de saúde e população (ABRUCIO, 2005, p. 39).

Na trajetória de formação e desenvolvimento da área de recursos humanos em saúde verificou-se que a década de 1970<sup>48</sup> foi um momento de implementação das reformas do Estado, em que a preparação de recursos humanos ganhou maior centralidade, e as instituições de ensino passaram por uma reorganização de caráter pedagógico, de forma a incorporar as inovações da gestão do setor público que estavam sendo postas, conforme informa Nunes, 1998.

Nesse contexto evidenciou-se um movimento mais estruturado de institucionalização da área de Recursos Humanos, ainda influenciado pela Organização Pan-Americana de Saúde. Diversas iniciativas de educação continuada ganharam espaço, expressando-se em programas estratégicos vinculados às ações governamentais, como o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde

---

<sup>47</sup> A proposta de municipalização foi durante os anos do governo Jango, com destaque para a Conferência Nacional de Saúde de 1963, processo interrompido pelo Golpe Militar.

<sup>48</sup> Cabe lembrar que esse contexto é marcado pelo acirramento das desigualdades sociais, precárias condições de vida da maioria da população, agravamento da crise social, que se inicia um movimento de luta e reivindicações dos trabalhadores, intelectuais, movimentos sociais e organizações não governamentais por melhores condições de vida.



(PPREPS), o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), Ações Integradas de Saúde (AIS)<sup>49</sup>.

Com a criação do PPREPS<sup>50</sup>, as políticas de recursos humanos assumiram um papel de destaque no âmbito do Ministério da Saúde. O programa visava a reformulação das práticas de gestão e capacitação de recursos humanos até então desenvolvidas de forma dispersa pelas Secretarias Estaduais de Saúde e pela Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP), tanto no que se refere à formação de pessoal auxiliar, como à formação de pessoal de nível superior (NUNES, 2007).

Os cursos e assessorias que se organizavam no desdobramento das ações de implantação do PPREPS, do PIASS e do Programa de Cursos Descentralizados<sup>51</sup> também incorporaram, ao longo de sua trajetória, o movimento em defesa da municipalização que emergiu do contexto de reformas e de contestação política das décadas de 1970 e 1980<sup>52</sup> (NUNES, 1998).

O PIASS e PPREPS nasceram no âmbito do Acordo Interministerial e foram implantados de forma articulada entre si, na segunda metade da década de 1970. Esses programas envolviam principalmente equipes do Ministério da Saúde e da OPAS, em esforço de cooperação com as Secretarias Estaduais de Saúde dos Estados, principalmente as de Minas Gerais, Bahia e Alagoas (NUNES, 1998).

Nesse período ocorre também a difusão da proposta de medicina comunitária com o apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da OPAS. Essa iniciativa propunha alcançar a cobertura de áreas pouco desenvolvidas e da população

---

<sup>49</sup> O PPREPS foi instituído a partir de 1975 como uma iniciativa de cooperação entre o governo brasileiro e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS), envolvendo os Ministérios da Saúde e da Educação e Cultura, entre outras agências e esferas de governo (PIRES-ALVES; PAIVA; HOCHMAN, 2008). O PIASS foi um programa interministerial coordenado pelo Ministério da Saúde, constituído pelo Decreto-Presidencial de nº 78.307, de 24 de agosto de 1976 (BRASIL, 1976). As AIS foram implementadas em 1983. Esses projetos constituíram estratégias importantes para o processo de descentralização da saúde.

<sup>50</sup> Esse projeto foi elaborado com intuito de apoiar as Secretarias de Estado da Saúde na organização de suas estruturas e na formação de seus quadros.

<sup>51</sup> Esse projeto, coordenado pela ENSP/Fiocruz, teve grande importância no contexto de descentralização das ações e estratégias educacionais no país.

<sup>52</sup> Cabe destacar nesse contexto, as das iniciativas envolvendo os Departamentos de Medicina Preventiva e que deram origem a experiências pioneiras como Londrina, Niterói, Montes Claros, dentre outras.

descoberta por meio de técnicas de medicina simplificada, como o da medicina comunitária, além da utilização da mão de obra local e da participação da comunidade (ABRUCIO, 2005).

A implantação da carreira de sanitaria foi defendida e aprovada na VI Conferência Nacional de Saúde realizada em 1977, além da proposta de programas de aperfeiçoamento de nível médio, a intensificação de programas docente-assistenciais, em todos os níveis da rede de prestação de serviços de saúde (JAEGER, 2006; MOTTA, 1998 *apud* BRAVIN, 2008, p. 40).

Esses movimentos resultaram na constituição, nos anos 1980, de grupos de trabalho nos países das Américas, com o objetivo de desenvolver novas abordagens em face do problema de capacitação profissional para a área da saúde. Nesse contexto, o Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde da OPAS assumiu o papel de dinamizar esses esforços visando contribuir para a transformação das práticas de saúde nos serviços, a partir da modificação nas práticas educativas (BRASIL, 2009).

Esse momento foi marcado também, pela necessidade de viabilizar ações de implantação dos Institutos de Ciências e de recriação dos Departamentos no interior das Universidades, exigindo respostas dos grupos universitários até então conformados numa outra organização departamental (NUNES, 2007).

No fim da década de 1970, o país contava com 13.133 estabelecimentos de saúde, passando para 18.489, em 1980, e para 67.612, em 2002, com a incorporação de mais de 2 milhões de empregos. No que diz respeito à expansão de empregos de saúde na esfera municipal, em 1984, cerca de 40% dos empregos públicos estavam na esfera federal, 39% na estadual e 18% na municipal; em 1992, a distribuição de empregos públicos havia se alterado com apenas 15,5% de empregos federais, 42,9% estaduais e 41,7% municipais (BRASIL, 2011, p. 22).

Entretanto, em que pese a expansão no setor saúde, esse avanço não foi acompanhado de aumento significativo nos gastos com remuneração do trabalho. Ao contrário, pode-se observar o rebaixamento de salários com consequências para

os profissionais de nível superior na multiplicidade de vínculos e para os de nível médio e elementar o congelamento relativo dos salários (BRASIL, 2011).

Além dessa constante expansão, foram características e tendências dos recursos humanos, associadas ao padrão de organização do setor saúde no Brasil nesse contexto:

- i) a incorporação de trabalhadores de nível médio, em especial os atendentes.
- ii) a larga expansão do aparelho formador de nível superior, no segmento privado: entre 1970 e 1980, o número de formados em medicina passou de 45.113 para 101.793 e grande parte do corpo médico formado no período teve como referência a medicina especializada, tecnicada, privatizante, distante do quadro social de saúde no Brasil.
- iii) a construção da assistência médica privada nas figuras do médico e do atendente (mão de obra sem especialização e com níveis salariais mais baixos).
- iv) a multiplicidade de empregos, especialmente para o profissional médico, combinando empregos em estabelecimentos públicos e privados com a medicina liberal.
- v) o aumento de empregos no setor privado, em decorrência da política assistencial implementada no período.
- vi) o prolongamento da jornada de trabalho dos profissionais de nível superior em decorrência dos múltiplos vínculos e da baixa remuneração (BRASIL, 2011, p. 21).

### **3.2. A área de Gestão da Educação na Saúde no contexto do SUS**

O processo de incorporação da formação e do desenvolvimento dos profissionais da saúde na agenda política brasileira, nos diversos níveis de gestão do sistema de saúde no Brasil, pode ser percebido a partir das duas primeiras Conferências Nacionais de Recursos Humanos na Saúde, realizadas em 1986 e 1993.

Esses fóruns representaram o marco para a definição das propostas relativas às políticas de preparação e gestão de recursos humanos para a saúde, na medida em que elencam como estratégias:

- i) a integração entre as instituições formadoras de recursos humanos e instituições prestadoras de serviços de saúde;
- ii) a redefinição das competências do governo, nos três níveis de gestão, na formação e qualificação de RH;
- iii) a criação e sistematização de programas de educação continuada de forma descentralizada e institucional;
- iv) o desenvolvimento de programas de capacitação para os trabalhadores de saúde e a qualificação dos gerentes dos serviços de saúde (BRASIL, 1994).

Essas conferências contribuíram para a criação de uma agenda específica sobre o tema, a partir de análises dos principais aspectos identificados na implantação do SUS. Tais aspectos foram, em grande parte, relacionados às reivindicações dos trabalhadores da saúde, considerando-se a reorganização de suas práticas profissionais e de suas bases jurídico-legais. Entre essas questões destacaram-se a falta de incentivos para a qualificação profissional, a visão burocrática da área de recursos humanos, a baixa remuneração dos trabalhadores, as desfavoráveis condições de trabalho e a ausência de uma política de recursos humanos que contemple um plano de cargos, carreira e salários (JAEGER, 2006 *apud* BRAVIN, 2008, p. 40).

No relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde<sup>53</sup> verificaram-se propostas de diretrizes para a qualificação da força de trabalho em saúde, como a capacitação permanente dos recursos humanos, a formação dos profissionais de saúde, integrada ao sistema regionalizado e hierarquizado de atenção à saúde (CECCIM, ARMANI, ROCHA, 2002, p. 375).

---

<sup>53</sup> A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi um importante marco no processo de reforma sanitária, desencadeado na Constituição Federal de 1988. Com ampla participação dos segmentos da sociedade civil, a 8ª CNS contou com a presença de mais de 4.000 participantes para discutir temas como, a reformulação do sistema nacional de saúde, a saúde como direito de cidadania, o financiamento do setor, a criação de novas bases institucionais de participação social (ESCOREL, 2008). Com a 8ª CNS fica evidente que as transformações do sistema de saúde brasileiro ultrapassam a reforma administrativa e financeira, ampliando o conceito de saúde.

A partir da década de 1990, pautado no processo de implantação do SUS, foi possível verificar um movimento em que as demandas no campo da educação passaram a compor um plano de governo, voltado para a descentralização e aprofundamento da regionalização, otimização de recursos, corresponsabilidade e resolutividade dos serviços.

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 200, atribuiu ao SUS a responsabilidade de ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde (BRASIL, 1988), e a Lei Orgânica da Saúde (8.080/1990), art. 15, definiu a atribuição comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios a participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde (BRASIL, 1990).

No processo de consolidação do SUS, três grandes movimentos apresentaram-se como sustentação para as propostas e as estratégias de viabilização das políticas de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, os quais valem a pena destacar (BRASIL, 2002, p. 7).

O primeiro movimento dizia respeito ao processo de reorganização das funções e da busca por uma maior capacidade regulatória e gestora do Sistema nos diferentes níveis de gestão do SUS. Esse movimento se traduziu, no âmbito federal, pela criação das agências reguladoras, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Agência Nacional de Saúde Complementar, e pela reestruturação organizacional do Ministério da Saúde. No âmbito estadual, redefiniu o papel das Secretarias Estaduais de Saúde em sua função de gerenciar e promover a equidade do sistema neste nível de gestão, assumindo o papel regulador e de prestação de cooperação técnica aos municípios, em detrimento da função executora na prestação de serviços. No âmbito municipal, teve lugar a expansão da função executora dos municípios, associada à busca de novas modalidades gerenciais dos serviços e relações de parcerias (BRASIL, 2002, p. 7).

Complementar ao anterior, o segundo movimento dizia respeito ao processo de regionalização pactuada, iniciado pela Norma Operacional da Assistência (NOAS), em 2001, que, além de transferir responsabilidade para os níveis

municipais, buscava racionalidade ao Sistema e viabilidade aos componentes de equidade e integralidade no atendimento à população (BRASIL, 2002, p. 7).

O terceiro movimento relacionava-se à implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) como estratégia de reorientação da Atenção Básica e do modelo de atenção à saúde no país. Esse contexto colocava novos desafios e problemas, exigindo do trabalhador novas competências para trabalhar na assistência, na atuação individual, no trabalho em equipe, para o trabalho com os indivíduos, com as famílias, com a comunidade e para o planejamento do trabalho (CAMPOS, 2006 *apud* BRASIL, 2002, p. 8).

Além desses movimentos, a diversidade das ações desenvolvidas pelos setores da saúde, por cada Secretaria do Ministério da Saúde, assim como cada setor das Secretarias Estaduais e mesmo das secretarias municipais de para lidar com preparação de pessoal, gerava por vezes dispersão e pulverização de recursos em detrimento de ações mais estratégicas e articuladas.

Outro fenômeno que interfere nesse processo refere à precarização das relações de trabalho dos profissionais inseridos no SUS, principalmente em âmbito estadual e municipal. A fragilidade dos vínculos empregatícios, normalmente formalizados via cooperativa, bem como a baixa remuneração dos profissionais colabora para a rotatividade dos trabalhadores nos serviços assistenciais.

Esses movimentos demonstraram os desafios que estavam envolvidos no campo da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, colocando demandas específicas, tanto para as ações de formação e qualificação, quanto de gestão do trabalho e de regulação de recursos humanos, e evidenciando os parâmetros que conformavam o cenário para o qual devem ser propostas as Políticas de Educação na área da Saúde (BRASIL, 2002, p. 9).

Apesar dos enormes desafios propostos ao campo com a criação do SUS, a década de 1990 foi marcada por uma expressiva produção na área de ensino da saúde, quando muitos projetos forneceram as bases para a formulação de novas políticas na área de educação na saúde. Esse movimento fez com que o campo

ganhasse visibilidade, com amplo destaque para o fortalecimento do SUS e em sua formação técnica e pós-graduada.

Dentre as principais iniciativas realizadas nesse período vale a pena destacar:

- i) a concepção e estruturação da Rede Observatório de Recursos Humanos, com uma linha de cooperação nacional e internacional;
- ii) o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE);
- iii) a Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos (CADRHU);
- iv) a estruturação de Grupos de Pesquisa e de Pós-Graduações dedicados aos temas do Trabalho e Educação, vinculados às Universidades e Escolas de Saúde Pública, em diferentes pontos do país;
- v) a oferta de cursos internacionais voltados para a formação de quadros brasileiros e latino americanos de recursos humanos, vinculados às áreas estratégicas das Universidades e Ministérios da Saúde desses países;
- vi) a “Década de Recursos Humanos”, patrocinada pela OMS;
- vii) a participação nos Congressos da ABRASCO com oficinas, cursos e mesas redondas, nas Conferências Nacionais de Saúde e de Recursos Humanos e Gestão do Trabalho, integrando painéis e relatorias,
- viii) a participação regular na CIRH do Conselho Nacional de Saúde, dentre outras ações relevantes (ABRASCO, 2009).

Outras contribuições importantes que também merecem destaque nesse contexto são: o Programa de Desenvolvimento Gerencial de Unidades de Saúde (GERUS<sup>54</sup>); o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS<sup>55</sup>); o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Graduação em

---

<sup>54</sup> O Projeto GERUS foi elaborado como atividade de cooperação técnica entre o Ministério da Saúde e a Opas. A reformulação dos paradigmas administrativos constituiu o referencial que orientou a elaboração do projeto GERUS.

<sup>55</sup> O Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde foi instituído por meio do Decreto nº 3.745, de 5 de fevereiro de 2001 com o objetivo de incentivar a alocação de profissionais de saúde, de nível superior, em municípios de comprovada carência de recursos médico-sanitários.

Medicina (PROMED<sup>56</sup>), assim como iniciativas de capacitações específicas vinculadas ao Programa de Reforço a Reorganização do Sistema Único de Saúde (REFORSUS<sup>57</sup>).

O PROESF foi outra iniciativa voltada para o fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família e da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) realizada nesse período. A sua implementação se deu em 1996 por meio de publicação de edital de convocação para os Estados para a apresentação de projetos de desenvolvimento de recursos humanos. No âmbito dessa iniciativa foram criados inicialmente 11 Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família (Polos-PSF). No final do ano 2000, havia um total de 20 Polos em funcionamento no Brasil (VIANA, 2008).

Os Polos-PSF foram concebidos como instâncias de articulação interinstitucional e intersetorial envolvendo instituições de ensino superior, gestores e secretarias estaduais e municipais de saúde, objetivando a formação e a educação permanente de Recursos Humanos para a implementação da estratégia de Saúde da Família (VILASBÔAS, GIL e CERVEIRA, 2005 *apud* VIANA, 2008, p. 41).

O processo decisório que concretizou o projeto iniciado pelo Ministério da Saúde, por meio do Departamento da Atenção Básica da Secretaria de Políticas e Avaliação de Saúde, contou com a articulação de secretarias estaduais e municipais de Saúde e com instituições de ensino superior e médio nos âmbitos estadual e local da federação. Os conselhos e comissões corresponsáveis pelo controle social foram mobilizados para análise e aprovação das propostas, que deveriam cumprir pré-requisitos indicativos de integração institucional; experiência acumulada na área; capacidade de inovação e de aprimoramento da capacidade resolutiva. A exigência de integração institucional dos órgãos de ensino e serviço deu ênfase a um processo

---

<sup>56</sup> O PROMED foi criado em 2001 pelos Ministérios da Educação e da Saúde com objetivo principal de reorientar os produtos da escola médica – profissionais formados, conhecimentos gerados e serviços prestados –, com ênfase nas mudanças no modelo de atenção à saúde, em especial aquelas voltadas para o fortalecimento da atenção básica.

<sup>57</sup> O Projeto REFORSUS é uma iniciativa do Ministério da Saúde com financiamento do BID e Banco Mundial, que tem como objetivos promover a qualidade da assistência, dos insumos e da gestão da rede de serviços de saúde, reduzindo custos e utilizando forma mais eficaz os recursos públicos; aumentar o grau de responsabilidade técnica e gerencial dos órgãos gestores e prestadores de serviços; e promover a equidade, por meio de apoio a programas que contribuam para a superação dos principais problemas de saúde da população (<http://www.datasus.gov.br>).



de articulação, conduzido pelas instituições proponentes, com consequente inclusão das secretarias estaduais e municipais de Saúde e aprovação do projeto na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) (VIANA, 2008, p. 40).

A dimensão referente à experiência e capacidade de inovação enfatizou o conhecimento em educação permanente, uso de metodologia educacional adequada à formação de equipes multiprofissionais, detalhes sobre o perfil dos egressos e metas de impacto nos programas de graduação e pós-graduação (residência, internato e estágios curriculares). Coube à abordagem metodológica contemplar o treinamento em serviço, induzindo assim a integração entre docência e pesquisa (VIANA, 2008).

As instituições deveriam planejar ações conjuntas de acordo com necessidades locais regionais dos serviços, levando em conta a expansão das equipes, as necessidades de saúde da população, dos gestores e dos profissionais de saúde, de modo a fortalecer a educação permanente das equipes e os conteúdos da atenção básica, promovendo inovações do ensino de graduação e pós-graduação lato sensu (BRASIL, 2002).

As atividades dos Polos-PSF contemplaram cursos introdutórios para as equipes de PSF, assim como cursos de atualização e aperfeiçoamento em áreas temáticas planejadas segundo as necessidades locais regionais, abrangendo conteúdos relacionados com atenção integral em diferentes etapas do ciclo de vida (Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância/AIDPI, saúde materno-infantil, saúde da mulher) capacitação de Agentes Comunitários de Saúde; Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB); capacitações em áreas temáticas prioritárias; capacitação de instrutores/facilitadores e gestores para os cursos em Saúde da Família (VIANA, 2008, p. 42).

Os Polos-PSF foram financiados com recursos provenientes do Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (REFORSUS) mediante apresentação de um plano de trabalho pactuado e aprovado pelas instâncias estaduais perfazendo um total de R\$ 22.873.615,85, assim distribuídos: biênio 1997-1998 – R\$ 5.426.814,61; biênio 1999-2000 – R\$ 6.672.000,00; e biênio 2001-2002 – R\$ 10.738.801,85 (VIANA, 2008, p. 42).

O Polo da região macrocentro, com sede em Belo Horizonte, esteve vinculado diretamente à Federação dos Hospitais do Estado de Minas Gerais (FHEMIG/SES) e teve sede no Hospital Psiquiátrico Instituto Raul Soares. O antigo Polo-PSF continuou na Faculdade de Medicina da UFMG enquanto Núcleo Interdisciplinar de Educação Permanente em Saúde (NIEPS). Nessa condição, coexistiu com os PEPS, mantendo espaço de articulação e cooperação da instituição com a nova política adotada pelo Ministério da Saúde (VIANA, 2008, p. 45).

No campo da educação na saúde, verificam-se também o surgimento e desenvolvimento de conceitos alcançados por grupos incorporados às Universidades, em todas as regiões do Brasil, renovando a produção sobre o ensino médico e de outras profissões da saúde, além de avançar na criação de cursos de pós-graduação *Stricto Sensu*. Todas essas iniciativas foram embasadas em pensamentos críticos incorporados por profissionais da área, ampliando a capacidade formativa e de formulação de conhecimento no campo (ABRASCO, 2009).

Além dessas ações e estratégias, a área também tem um crescimento importante na estruturação de fóruns e espaços de negociação e pactuação entre os gestores do sistema, usuários e trabalhadores no sentido de identificar necessidades e construir as linhas de ação prioritárias. A participação e o fomento ao funcionamento dos fóruns já constituídos, como por exemplo, na Comissão de Recursos Humanos do Conselho Nacional de Saúde, na Câmara Técnica de Recursos Humanos do Conass (Conselho Nacional dos Secretários de Saúde), na Câmara Técnica de Recursos Humanos do Conasems (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde), bem como na estruturação de um novo espaço integrador e definidor de políticas como o Grupo de Trabalho Permanente de Recursos Humanos, com composição Tripartite, no âmbito do Ministério da Saúde são exemplos dessas iniciativas.

Apesar de se iniciar o debate sobre formação de recursos humanos no arcabouço jurídico da saúde desde a Constituição Federal de 1988, e dos esforços das instâncias governamentais, instituições e fóruns, demonstrados por meio de fortes projetos no campo da formação, as diretrizes apontadas nessas instâncias não entraram efetivamente na agenda política como prioridade na organização dos

serviços no SUS e não se institucionalizaram como políticas, fragilizando seus resultados em relação às políticas e às práticas de saúde ao invés de fortalecer o campo.

Dentre os fatores importantes que comprometeram a construção de uma política para o setor Teixeira, Gondim, Arantes (2012) destacam:

- i) Mecanismos tradicionais de financiamento, em particular do Ministério da Saúde, com processos de capacitação centralizados e verticalizados, através de convênios com Estados ou Instituições formadoras.
- ii) Compreensão reduzida da área de educação na saúde como “recursos humanos em saúde”, com a separação entre os campos do trabalho e da educação.
- iii) Realização de ações pontuais de qualificação para o trabalho, na forma de capacitações programáticas, pulverizadas em diferentes secretarias do Ministério da Saúde, sob responsabilidade da Coordenação Geral de Políticas de Recursos Humanos em Saúde (CGPRH) do Ministério da Saúde.

Visando romper com o paradigma até então concebido na área de formação e desenvolvimento de recursos humanos na saúde, bem como, com os enormes desafios colocados ao setor, em 2003 foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES<sup>58</sup>), como resultado de um movimento de convergência dos campos da Educação e do Trabalho e absorção de uma visão interdisciplinar dos processos de produção e oferta do trabalho e da organização do ensino (TEIXEIRA, GONDIM, ARANTES, 2012).

Cabe destacar que esse período é marcado por uma conjuntura favorável a mudanças nas estruturas do governo federal. Com a chegada do Governo Lula foram introduzidas pautas na agenda governamental que deveriam induzir uma renovação das práticas institucionais na área da saúde, bem como na educação na saúde.

---

<sup>58</sup> Instituída pelo Decreto nº 4726/2003.

Com a criação da SGTES, como parte de uma reforma do Ministério da Saúde, a área da Gestão do Trabalho e da Educação na saúde foi estruturada em dois departamentos - Departamento de Gestão da Educação em Saúde (DEGES) e o Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS). Com essa nova estrutura a SGTES passa a ser responsável pelas ações de planejamento, coordenação e apoio às atividades relacionadas ao trabalho e à educação na área de saúde, bem como na organização da gestão da educação e do trabalho em saúde, na formulação de critérios para as negociações e no estabelecimento de parcerias entre gestores do SUS e ainda, no ordenamento de responsabilidades entre as três esferas de governo (TEIXEIRA, GONDIM, ARANTES, 2012).

O Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) fica responsável pela definição e desenvolvimento de políticas direcionadas à formação de trabalhadores da saúde, tanto no nível superior como no nível técnico-profissional. Cabe ao Departamento coordenar a implantação da Política de Educação Permanente para os trabalhadores do SUS e planejar, acompanhar e avaliar estas ações que envolviam as três esferas do governo, na perspectiva do fortalecimento do Sistema de Saúde.

Ao DEGES compete, segundo o Decreto nº 4.726 de 09 de junho de 2003:

- I - participar da proposição e do acompanhamento da educação dos profissionais de saúde, da Política Nacional de Educação Permanente no SUS e no Ministério da Saúde;
- II - buscar a integração dos setores de saúde e educação para o fortalecimento das instituições formadoras no interesse do SUS e a adequação da formação profissional às necessidades da saúde;
- III - promover o desenvolvimento da rede de escolas do governo vinculadas ao Ministério da Saúde e às Secretarias Estaduais e às Municipais de Saúde e de redes colaborativas de Educação em Saúde Coletiva;
- IV - colaborar com a ampliação da escolaridade básica dos trabalhadores da área de saúde que não dispõem de ensino fundamental, educação especial e qualificação profissional básica, prioritariamente nas áreas essenciais ao funcionamento do SUS;
- V - propor e buscar mecanismos de acreditação de escolas e programas educacionais, bem como mecanismos de certificação de competências que favoreçam a integração entre a gestão, a

formação, o controle social e o ensino, tendo em vista o atendimento às demandas educacionais do SUS;

VI - estabelecer políticas para que a rede de serviços do SUS seja adequada à condição de campo de ensino para a formação de profissionais de saúde, bem como processos formativos na rede de serviços do SUS para todas as categorias profissionais; e

VII - estabelecer políticas e processos para o desenvolvimento profissional em programas institucionais, multiprofissionais e de caráter interdisciplinar, tendo em vista a atenção integral à saúde (BRASIL, 2003).

Ao criar essa nova estrutura, o Ministério da Saúde lança uma agenda própria para o campo e informa sobre uma concepção da formação e desenvolvimento para o trabalho, que busca romper com um dado paradigma da área de recursos humanos na saúde até então concebido, cuja separação dos dois campos dificultava o trabalho articulado das dimensões da educação e do trabalho enquanto campos indissociáveis (TEIXEIRA, GONDIM, ARANTES, 2012).

Nesse contexto, o país vive um momento político favorável para uma maior escuta aos movimentos sociais e maior atenção aos espaços instituídos de deliberação democrática, além da valorização de novas ideias para a gestão de políticas setoriais (BRAVIN, 2008).

Na área da gestão da educação na saúde esse fenômeno pode ser percebido pelos esforços de interlocução e encaminhamentos estabelecidos pelo DEGES por meio de trabalho intersetorial, envolvendo os Ministérios da Educação, de Ciência e Tecnologia, das Comunicações, além das demais Secretarias do Ministério da Saúde, e ainda com o Conselho Nacional de Saúde (CNS), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos do Conselho Nacional de Saúde, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), as instituições envolvidas com processos formativos financiados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).

### 3.3. A Política de Educação Permanente em Saúde no contexto nacional

Segundo Ceccim; Ferla (2006, p. 107) a educação permanente em saúde precisa ser entendida, ao mesmo tempo, como uma ‘prática de ensino-aprendizagem’ e como uma ‘política de educação na saúde’. Ainda que essas duas dimensões sejam indissociáveis, no presente trabalho tem como foco a dimensão da educação permanente enquanto política de educação na saúde.

Dentro desta perspectiva, seu marco inicial na realidade brasileira é a elaboração do documento “*Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: caminho para a educação permanente em saúde*”, de 2004 e, em seguida, da Portaria GM/MS nº. 198/2004, que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

Além de eleger a dimensão da educação permanente em saúde como orientadora da produção de espaços participativos e das ações em saúde, o eixo organizativo dessa política foi composto pela gestão participativa e descentralizada. Essas duas dimensões foram tomadas como núcleo central da proposta e passaram a contar como dispositivos estratégicos para a transformação das práticas de formação, de atenção, de gestão, de formulação de políticas, de participação e de controle social na saúde, na medida em que agregam novos atores à formulação de ações de educação na saúde e propõem uma nova abordagem político-pedagógica para a questão da formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde (BRAVIN, 2008, p. 67).

Nesse sentido, para os formuladores da política, a educação permanente em saúde não expressava somente uma opção didático-pedagógica, expressava também uma opção político-pedagógica. Ou seja, a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para a saúde passaram a ter como referência as seguintes diretrizes:

- i) a articulação entre ensino e trabalho;
- ii) a vinculação entre formação, gestão setorial, atenção à saúde e participação social;
- iii) a construção da rede do SUS como espaço de educação profissional;

iv) o reconhecimento de bases locais regionais como unidades políticas-territoriais onde estruturas de ensino e de serviços devem se encontrar em 'co-operação' para a formulação de estratégias para o ensino, assim como para o crescimento da gestão setorial, a qualificação da organização da atenção em linhas de cuidado, o fortalecimento do controle social e o investimento na intersetorialidade (CECCIM, R.; FERLA, A., 2006, p. 107-111).

Como estratégia de implementação da política em âmbito regional nessa nova perspectiva, foram criados os Polos de Educação Permanente em Saúde<sup>59</sup>. Esses colegiados ficam responsáveis por conduzir processos de capacitação, educação continuada, formação e especialização dos profissionais de saúde da família, bem como identificar necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e construir estratégias e processos que contribuam para a qualificação da atenção e da gestão em saúde e o fortalecimento do controle social. A constituição desses Polos pressupõe a articulação entre Estado, Municípios e Centros Formadores, promovendo um movimento de aproximação ensino-serviço no setor saúde (BRAVIN, 2008). Além disso, previa a criação de diferentes instâncias de organização nos PEPS, tais como: Colegiado de Gestão, Conselho Gestor, Secretaria Executiva e Comitês Temáticos.

Com a Portaria GM/MS nº. 198/2004 os municípios passam a contar com um Polo de Educação Permanente de referência, cabendo à Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no âmbito estadual, pactuar regiões de abrangência, e à Secretaria Estadual de Saúde (SES) coordenar o processo em seu território (BRASIL, 2004b). Com isso, a Portaria buscou resgatar a atribuição de cada ente federado na gestão da política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores, bem como contribuir para a construção ascendente e descendente da política, a partir da participação do nível local, regional e nacional nesse processo. Um exemplo disso pode ser visto na decisão de descentralizar parte dos recursos financeiros federais destinados à

---

<sup>59</sup> Os Polos de Educação Permanente em Saúde funcionam como colegiados de gestão responsáveis pela condução da política de educação permanente em âmbito estadual, e contam com a participação de representantes de gestores, trabalhadores, movimentos sociais, controle social, estudantes e instituições formadoras.

gestão do trabalho e da educação na saúde para os fundos estaduais e municipais de saúde.

Em relação às alocações de recursos financeiros do governo federal para a área de educação na saúde, verifica-se a aplicação de um montante de 40 milhões em 2004, e uma ampliação significativa para 100 milhões em 2005. Contudo, os recursos foram disponibilizados somente nos dois primeiros anos da política, não havendo novos repasses para os anos seguintes (BRASIL, 2004a).

**Tabela 1- Repasses financeiros MS (2005 – 2010<sup>60</sup>)**

Ano	Programa de Governo	Orçamento atual	Valor liquidado	Valor pago	% de rec. liquidados	% de rec. pagos
2005	1311 - Educação Permanente e Qualificação Profissional no Sistema Único de Saúde	274.192.500,00	240.015.458,75	199.992.145,74	87,54 %	72,94 %
	1318 - Gestão do Trabalho no Sistema Único de Saúde	3.800.000,00	3.800.000,00	3.790.880,97	100%	99,76%
2006	1311 - Educação Permanente e Qualificação Profissional no Sistema Único de Saúde	346.322.350,00	329.142.650,36	218.345.049,73	95,04 %	63,05 %
	1318 - Gestão do Trabalho no Sistema Único de Saúde	4.600.000,00	4.600.000,00	4.600.000,00	100%	100%
2007	1311 - Educação Permanente e Qualificação Profissional no Sistema Único de Saúde	394.887.650,00	191.958.292,56	190.329.602,29	48,61 %	48,20 %
	1318 - Gestão do Trabalho no Sistema Único de Saúde	4.600.000,00	4.600.000,00	4.600.000,00	100%	100%
2008	1436 - Aperfeiçoamento do Trabalho e da Educação na	332.010.754,00	78.574.129,64	48.197.043,12	23,67 %	14,52 %

<sup>60</sup> Não foi incluído o montante de repasses financeiros referente ao ano de 2012, pois até a finalização desse estudo (marco temporal dezembro de 2012) o Ministério da Saúde não havia publicado a Portaria que aprova o repasse de recursos financeiros federais para os estados para implementação da PNEPS.



	Saúde					
2009	1436 - Aperfeiçoamento do Trabalho e da Educação na Saúde	355.816.718,00	332.418.950,64	177.132.126,88	93,42 %	49,78 %
2010	1436 - Aperfeiçoamento do Trabalho e da Educação na Saúde	400.683.273,00	121.415.671,45	115.590.225,26	30,30 %	28,85 %

Fonte: TEIXEIRA, 2008.

A expansão dos recursos financeiros destinados à área educação na saúde, além das ações e estratégias desenvolvidas nesse período, expressaram as mudanças introduzidas no campo a partir da Portaria 198/2004.

Na trajetória de implementação da Política de Educação Permanente, é possível observar a realização de algumas iniciativas nacionais, como cursos, oficinas e seminários focados em cinco áreas principais: Educação Permanente e Estruturação dos Polos de Educação Permanente em Saúde; Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família; Gestão; Controle Social. Dentre outras estratégias adotadas nesse período, destacam-se a Formação de Ativadores de Processos de Mudança na graduação das profissões da saúde por meio de curso de especialização, bem como o AprenderSUS<sup>61</sup> (TEIXEIRA, GONDIM, ARANTES, 2012).

Com essas ações e diretrizes, a gestão federal busca romper com a lógica da compra de produtos e pagamento por procedimentos educacionais e comprometer os diferentes atores com o desenvolvimento institucional para o campo, especialmente gestores e formadores (BRAVIN, 2008, p. 67). Verifica-se, nesse período, a ampliação do público-alvo das atividades de capacitação dos Polos, não mais voltados exclusivamente para os profissionais da Estratégia de Saúde da Família, mas passando a abranger todos os demais integrantes do sistema de saúde.

Contudo, em que pese esses avanços, Teixeira, Oliveira e Arantes (2012, p. 215) chamam atenção para as contribuições de Guizardi e Cavalcanti (2009) quando

---

<sup>61</sup> O AprenderSUS consistia em um conjunto de estratégias para fortalecer a cooperação entre instituições de educação superior e o sistema de saúde.

evidenciam que apesar de a Portaria nº. 198/2004 ter como diretriz a educação permanente em saúde e recolocar o plano da formulação e gestão da política em espaços potencialmente democráticos, o DEGES/MS continuou reproduzindo um modelo de política centralizado no âmbito federal. Esse fenômeno pode ser confirmado na medida em que o DEGES continuou responsável pela aprovação final dos projetos sob sua responsabilidade e os projetos formulados ainda continuavam distantes das diretrizes da educação permanente em saúde.

Nesse modelo, o desenvolvimento das ações educativas para os profissionais de saúde, ou para a mudança nas graduações de saúde, é estimulado por meio da publicação de editais que determinavam formas, conteúdos, duração e público-alvo para as ações. Esse formato é viabilizado por meio da apresentação de propostas pelas instituições de ensino ao Ministério da Saúde e, quando aprovada, o financiamento para a execução da proposta ocorria por meio de contratos e convênios (BRAVIN, 2008, p. 69).

Ainda que esse modelo permitisse a ampliação e adesão dos governos subnacionais e entidades formadoras à proposta, havia um distanciamento da gestão das ações desenvolvidas pelo governo federal com os demais níveis de gestão do sistema, uma baixa participação na definição das necessidades educativas e planejamento das ações, além da centralização de recursos financeiros no nível central e repasse mediante a apresentação de projetos.

Diante desse contexto, a nova gestão que assumiu o departamento de educação na saúde da SGTES em 2007, encomendou uma avaliação sobre o processo de implementação da PNEPS ao Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). Nessa mesma época o CONASS (2006) também realizou um estudo dessa natureza e chegou a conclusões semelhantes ao estudo realizado por Viana (2008). Esses estudos evidenciaram problemas na efetivação dos marcos da PNEPS nos moldes propostos quando de sua formulação, com observações relevantes ao processo decisório do Ministério da Saúde. De acordo Vianna (2008), mesmo que as ações/projetos fossem pactuadas nas arenas instituídas como espaços democráticos de gestão da política, as diretrizes nacionais não só orientavam a formulação dos projetos, mas colocavam sua aprovação sob certos condicionantes, cuja avaliação era centralizada

no Ministério da Saúde. Além disso, havia uma baixa capacidade de formulação de políticas por parte dos atores locais e de áreas técnicas específicas, com estratégias de interlocução e valorização de determinados atores, como por exemplo, com algumas instituições formadoras.

Com base nesses estudos a Portaria 198/2004 foi substituída pela nova Portaria nº. 1.996/2007 – e atualmente em vigor. Essa legislação dispõe sobre novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), buscando adequá-la às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde e definindo como pilares a regionalização, a criação dos espaços de debate e deliberação, a observância dos princípios da educação permanente na elaboração dos planos estaduais.

No documento do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (BRASIL, 2006), onde estão disponibilizados os termos do acordo firmado entre os gestores do SUS para a execução do SUS (que envolve mudanças na forma de habilitação, regionalização e integração das várias formas de repasse de recursos federais), a área ocupa um capítulo especial. Nele se destaca o papel do Ministério da Saúde na formulação de diretrizes de Nacionais para a gestão do trabalho e marca o papel promotor de cooperação técnica para a gestão do trabalho e da educação no SUS, gerando compromissos com as demais instâncias do sistema para a criação ou fortalecimento de estruturas de gestão do trabalho (TEIXEIRA, 2008).

A diretriz da regionalização foi priorizada, com foco no protagonismo dos gestores locais e regionais do SUS, a partir da criação da figura das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES), que já eram previstas pela Lei Orgânica de 1990, como instância de definição de prioridades e formulação de propostas educativas, e dos Colegiados de Gestão Regional. Essas instâncias passaram a serem responsáveis pela elaboração de Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde, articulados ao Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde.

Os estados e municípios também passaram a ser responsáveis pela condução da PNEPS, e diversos atores também foram incorporados no processo, como as Escolas Técnicas do SUS (ETSUS), Escolas de Saúde Pública (ESP),

Secretarias de Estado da Saúde, compreendendo a coordenação estadual da Educação Permanente em Saúde e áreas técnicas, Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS), Instituições de Ensino Superior (IES) e Conselhos de Saúde.

Para Viana *et al.* (2010), com a instituição da nova Portaria houve maior direcionamento ao protagonismo dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), como estratégia para adequar as diretrizes operacionais às bases do Pacto pela Saúde. O Colegiado de Gestão Regional (CGR) é a grande novidade introduzida pelo Pacto e uma instância de cogestão (estados e municípios) de abrangência regional com potencial para realizar a regionalização da saúde.

Nesse novo modelo, ações de Educação na Saúde passam a compor o Pacto de Gestão, o Pacto pela Saúde, colocando a responsabilidade pelas ações de educação na saúde na agenda da gestão do SUS. Com a nova Portaria todo o processo e o fluxo de formulação das ações de educação permanente passam regularmente por dentro das instâncias de gestão do SUS.

A PEPS se apresenta com uma nova direcionalidade em relação às estratégias anteriores, na medida em que:

- i) coloca ênfase na descentralização (nos processos de pactuação, na execução e financiamento dessa política);
- ii) tem no seu desenho uma gestão participativa para as decisões e ações da educação na saúde;
- iii) busca o fortalecimento do papel da instância estadual na gestão, coordenação e acompanhamento da política bem como da instância municipal;
- iv) tem como foco as especificidades e necessidades locais e regionais;
- v) busca o fortalecimento dos compromissos presentes no Pacto pela Saúde 2006;
- vi) agrega o planejamento e o plano de Educação Permanente em Saúde aos instrumentos já existentes de planejamento do SUS (planos de saúde, relatório de gestão, etc.);

vii) assegura a participação do controle social na construção das diretrizes para a política, nas diferentes esferas de gestão do SUS, até o controle da sua execução.

No que diz respeito ao financiamento, a Portaria 1.996/2007 introduz alterações no financiamento, nos critérios de alocação e estabelece mecanismos de transferências de recursos para as ações de educação permanente. Com a perspectiva da regionalização, o financiamento e as transferências fundo a fundo sofreram alterações. Os recursos para as ações são definidos no Pacto de Gestão do SUS, através do Bloco de Financiamento da Gestão, o que significou avanços, já que o Ministério da Saúde passou a fazer repasses regulares de recursos na modalidade fundo a fundo para estados, não mais a partir da apresentação de projetos isolados de cursos e capacitações, como anteriormente, mas a partir de um plano de educação permanente em saúde.

Nesse novo formato, os gestores passam a contar com o financiamento federal regular e automático para a Educação na Saúde, por meio do Bloco de Financiamento da Gestão com repasse Fundo a Fundo enquanto a condução da política passou a ficar a cargo dos Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES).

Com isso, o Ministério da Saúde altera a forma de relacionar com os estados e municípios, ou seja, deixa de analisar projeto por projeto, como era feito anteriormente, por meio dos Polos de Educação Permanente. Define repasses de recursos financeiros, mediante a elaboração dos planos de educação permanente, seja no âmbito estadual, regional ou municipal e a incorporação das ações e estratégias de educação na saúde nos Termos de Compromisso de estados e municípios.

Dessa forma, os recursos financeiros para a implementação da política deixam de estar centralizados no Ministério da Saúde e passam a ser transferidos de forma regular e automática, por meio de repasses do Fundo Nacional de Saúde aos respectivos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, conforme resultado do processo de pactuação estadual nas CIBs.

O montante de recursos financeiros aplicados no ano de 2007, repassados mediante a apresentação dos Planos Estaduais de Educação Permanente em Saúde para a implementação das novas diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e o desenvolvimento de ações de formação e qualificação dos trabalhadores do SUS pode ser visto na Tabela 2.

**Tabela 2 - Repasses financeiros MS - Implementação da PNEPS nos estados**

Ano	Portaria	Programas de Trabalho	Repasso MS p/ Estados
2007	1996	1. Apoio ao Desenvolvimento da Graduação e Pós-Graduação Stricto/Latu Sensu em áreas estratégicas do SUS	35.000.000,00
2007	1996	2. Formação de Profissionais Técnicos de Saúde e Fortalecimento das Escolas Técnicas/Centros Formadores	50.000.000,00
2008	2813	1. Apoio ao Desenvolvimento da Graduação e Pós-Graduação Stricto/Latu Sensu em áreas estratégicas do SUS	35.000.000,00
2008	2813	2. Formação de Profissionais Técnicos de Saúde e Fortalecimento das Escolas Técnicas/Centros Formadores	50.000.000,00
2009	2953	1. Apoio ao Desenvolvimento da Graduação e Pós-Graduação Stricto/Latu Sensu em áreas estratégicas do SUS	35.000.000,00
2009	2953	2. Formação de Profissionais Técnicos de Saúde e Fortalecimento das Escolas Técnicas/Centros Formadores	50.000.000,00
2010	4033	1. Apoio ao Desenvolvimento da Graduação e Pós-Graduação Stricto/Latu Sensu em áreas estratégicas do SUS	0,00
2010	4033	2. Formação de Profissionais Técnicos de Saúde e Fortalecimento das Escolas Técnicas/Centros Formadores	30.000.000,00
2011	2200	1. Apoio ao Desenvolvimento da Graduação e Pós-Graduação Stricto/Latu Sensu em áreas estratégicas do SUS	35.000.000,00
2011	2200	2. Formação de Profissionais Técnicos de Saúde e Fortalecimento das Escolas Técnicas/Centros Formadores	50.000.000,00
			370.000.000,00

Fonte: Elaboração própria, a partir das Portarias MS que aprovam os recursos financeiros para implementação da PNEPS (BRASIL, 2007; 2008; 2009; 2010; 2011).

Os recursos destinados aos estados são repassados pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) mediante as Deliberações das CIBs que encaminham à CIT, para homologação. Após a homologação pela CIT, o Ministério da Saúde publica as Portarias SGTES instruindo o repasse do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos respectivos Fundos Estaduais de Saúde, conforme Resoluções/Deliberações das CIBs (BRASIL, 2008).

Os recursos da educação profissional foram direcionados quase na sua totalidade para execução de ações educacionais dentro das Escolas Técnicas do SUS (ETSUS), nas seguintes áreas: Técnico em Radiologia, Técnico em Vigilância em Saúde, Técnico em Enfermagem, Técnico em Enfermagem para a Área Indígena, Técnico em Higiene Dental, Complementação do Auxiliar para Técnico de Enfermagem, Informação em Saúde, Gestão, Patologia Clínica, e Citologia, Especialização na área de Atenção Básica para apoio à Estratégia Saúde da Família e na de Saúde do Idoso, além de outras capacitações de curta duração presentes nos planos apresentados. E os recursos da educação permanente foram direcionados quase na sua totalidade para execução de ações educacionais através das Escolas de Saúde Pública e Centros Formadores das Secretarias e Universidades, com base nas áreas prioritárias do ministério da Saúde, como as áreas de saúde mental, vigilância em saúde, redes de urgência e emergência, dentre outras (BRASIL, 2005a).

A política de formação e desenvolvimento do trabalho em saúde também faz parte de outra agenda prioritária do governo federal. Na estratégia Mais Saúde 2008-2011, Eixo 4 – Força de Trabalho em Saúde foi previsto um recurso financeiro no valor de R\$ 814.059.475,53. Esses recursos foram voltados para prover acesso ao Tele-Saúde; estabelecer uma ação integrada com o Ministério da Defesa para suprir a deficiência de médicos, odontólogos e outros profissionais de saúde; qualificar e adequar a formação profissional em saúde com a colaboração de Equipes de Saúde da Família; promover a especialização dos profissionais de nível superior das Equipes de Saúde da Família (ESF) por meio da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS); capacitar profissionais de nível médio em áreas técnicas estratégicas para a Saúde por meio do PROFAPS; implementar Programa Nacional de Qualificação de Gestores e Gerentes do SUS; implantar a Escola de Governo em

Saúde (EGS) no DF e recompor a força de trabalho do Ministério da Saúde (TEIXEIRA, GONDIM, ARANTES, 2012, p. 218).

Para o acompanhamento da implementação das ações e estratégias realizadas e induzidas pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde, este se propôs a criar uma metodologia de acompanhamento junto com os estados, CIBs e CIES, com a oferta de apoio técnico para a execução desta política nas respectivas bases territoriais. Esse processo tem como base os seguintes marcadores-chave:

- i) definição da regionalização para a Educação na Saúde, seguindo os mesmos princípios da regionalização apresentada no Pacto pela Saúde;
- ii) instituição dos Colegiados de Gestão Regional e das Comissões de Integração Ensino-Serviço;
- iii) elaboração dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde;
- iv) termo de Compromisso de Gestão Estadual e Municipal;
- v) relatórios Estaduais de Gestão (VIANA, 2008).

Com base nesses marcadores, em 2009, o DEGES/SGTES/MS organizou a pesquisa “Programa de Monitoramento e Avaliação da implementação da Política Nacional de Educação Permanente” e “Plano de Monitoramento”, que elaborou um relatório sobre a evolução da educação em saúde no Brasil e a partir do monitoramento e avaliação, trouxe formas de realizar os ajustes necessários, com certo grau de autonomia, fazendo com que a educação permanente entrasse na agenda da gestão do SUS.

Os relatórios do Ministério da Saúde e os resultados de estudos vêm apontando que, se de um lado, há facilidade no repasse de recursos federal aos fundos estaduais e municipais, de outro, a execução dos gastos por parte de estados e municípios tem esbarrado nas legislações e procedimentos para a execução dos recursos e na pouca experiência de servidores públicos nas áreas meio. Para Viana *et al.* (2010), a ampla relação de dificuldades pode ser organizada em três blocos: a legislação dos estados; a inexperiência de elevado número de



secretarias estaduais, incluindo os recursos humanos; a recusa de municípios ao recebimento de recursos em virtude de receio com a prestação de contas.

Em apresentação realizada na Oficina de Educação Permanente promovida pela SGTES no final de 2012, a diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Mônica Sampaio, também apontou alguns desafios postos ao processo de implementação da Política de Educação Permanente em Saúde. Dentre eles destaca:

- i) a desarticulação das políticas de educação permanente com as demais políticas de educação na saúde;
- ii) a não implantação das diretrizes da educação permanente no cotidiano dos serviços;
- iii) a baixa execução dos recursos por parte dos estados e escolas técnicas e de saúde pública;
- iv) a institucionalização x burocratização dos espaços de pactuação.

Segundo a Secretária da SGTES, diante desses desafios faz-se necessário refletir sobre como os planos de Educação Permanente em Saúde estão sendo concebidos; analisar o envolvimento dos atores neste processo, analisar o monitoramento e a execução do plano, bem como sua burocratização (SAMPAIO, 2012).

### **3.4. Ações e Estratégias do Ministério da Saúde para a Área de Gestão da Educação na Saúde<sup>62</sup>**

Além de assumir o papel de propor e implementar uma política de educação para o SUS, o DEGES passou a reunir diversos programas e projetos de cunho educacional, anteriormente dispersos em outras secretarias ministeriais, passando a compor dois segmentos: formação profissional de nível superior em saúde e formação profissional de nível técnico em saúde.

---

<sup>62</sup> As informações utilizadas neste tópico foram obtidas junto ao Ministério da Saúde, através do Portal: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

Cabe salientar que o objetivo desse trabalho não é o de abordar as ações e estratégias desenvolvidas pelo governo federal nessa área e sim analisar a implementação da PNEPS em âmbito estadual, regional e local. No entanto, dada sua importância para o campo da educação na saúde, será apresentada a seguir algumas das principais ações e estratégias empreendidas pelo Ministério da Saúde nesse campo.

### **3.4.1. Formação profissional de nível superior em saúde**

Buscando o aperfeiçoamento profissional e a educação permanente dos trabalhadores da saúde no nível superior o DEGES, por meio da Coordenação-Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde, atua desenvolvendo as seguintes ações e estratégias de educação:

- i) Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde);
- ii) Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde);
- iii) Residência Multiprofissional em Saúde;
- iv) Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS);
- v) Rede Observatório de Recursos Humanos de Saúde;
- vi) Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB).

Na Educação Superior, o Pró-Saúde é um programa de reorientação da formação profissional em saúde, que propõe mudanças na graduação no sentido da implementação das diretrizes de uma integração ensino-serviço, da diversificação dos cenários de aprendizagem e o serviço como indutor do processo de mudança dentro da graduação. Foi instituído pela SGTES, em parceria com a Secretaria de Educação Superior (SESU) e com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), do Ministério da Educação (MEC), e com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). A construção do Pró-Saúde contou também com a participação de representantes do CONASEMS, OPAS, CFM, CFO, COFEN, ABEM, ABENO, ABEn, ABO e das IES que fazem parte do Promed.

Os projetos são desenvolvidos por Instituições de Educação Superior (IES), públicas ou privadas sem fins lucrativos, em parceria com Secretarias Municipais ou Estaduais de Saúde selecionadas pelos editais do Programa.

Outra iniciativa também na graduação é o PET-Saúde que visa favorecer o processo de integração ensino-serviço por meio da oferta de bolsas em projetos articulados entre as universidades e serviços para tutores, preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde, sendo uma das estratégias do Pró-Saúde.

O PET-Saúde tem como fio condutor a integração ensino-serviço-comunidade, e é uma parceria entre a SGTES, Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), ambas do Ministério da Saúde e a Secretaria de Educação Superior (SESU), do Ministério da Educação.

São objetivos do PET Saúde:

- i) Facilitar o processo de integração ensino-serviço;
- ii) Institucionalizar as atividades pedagógicas dos profissionais do serviço;
- iii) Valorizar esta atividade pedagógica;
- iv) Promover a capacitação docente dos profissionais do serviço;
- v) Estimular a inserção das necessidades do serviço como fonte de produção de conhecimento e pesquisa na universidade;
- vi) Estimular o ingresso de profissionais do serviço na carreira docente.

Esses programas são centralizados no Ministério da Saúde, que por meio de edital, aprova os projetos elaborados pelas instituições de ensino em parceria com as prefeituras municipais.

No final de 2011, a SGTES decidiu fazer um edital conjunto Pró-Saúde e PET-Saúde, considerando o planejamento da saúde segundo as regiões e as redes de atenção à saúde. O edital incentivou apresentação de propostas que contemplassem as políticas e prioridades do Ministério da Saúde como: Rede Cegonha; Rede de Urgência e Emergência; Rede de Atenção Psicossocial; Ações

de Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Colo de Útero e Mama; Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis; considerando, sempre, as necessidades loco-regionais definidas de forma articulada entre instituições de ensino e secretarias municipais/estaduais de saúde.

O Programa Nacional de Tele-Saúde tem como objetivo integrar as equipes de saúde da família das diversas regiões do país com os centros universitários de referência, para melhorar a qualidade dos serviços prestados em atenção primária, através das seguintes ações:

- i) Teleconsultoria: consulta registrada e realizada entre trabalhadores, profissionais e gestores da área de saúde, com o fim de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho, podendo online e off-line;
- ii) Telediagnóstico: serviço autônomo para realizar serviços de apoio ao diagnóstico através de distância e temporal;
- iii) Segunda Opinião Formativa: resposta sistematizada, construída com base em revisão bibliográfica; Tele-educação: conferências, aulas e cursos, ministrados por meio da utilização das tecnologias de informação e comunicação.

Essas ações são realizadas mediante ao encaminhamento de perguntas e solicitação de laudos pelos profissionais e trabalhadores do SUS para os núcleos técnico-científicos, e respondidos pela equipe de especialistas.

A implantação do Programa Nacional de Tele-Saúde é desenvolvida a partir de uma ação intersetorial coordenada pelo Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), com a participação, do Ministério da Educação, por meio das Secretarias de Educação Superior (SESu) e de Educação à Distância (SEED), Casa Civil, da Organização Pan-Americana da Saúde, dos Ministérios da Ciência e Tecnologia, da Defesa e Ministério das Comunicações, além de várias universidades públicas e entidades como a BIREME, o Conselho Federal de Medicina e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

O Ministério da Saúde é responsável ainda pela Universidade Aberta do SUS, apresentada como uma estratégia de trabalho conjunto das instituições acadêmicas com os serviços de saúde, para o funcionamento de uma rede colaborativa de instituições acadêmicas, serviços de saúde e gestão do SUS, destinada a atender as necessidades de formação e educação permanente do SUS. Essa rede funciona por meio do intercâmbio de experiências, compartilhamento de material instrucional, cooperação para desenvolvimento e implementação de novas tecnologias educacionais em saúde, rede compartilhada de apoio presencial ao processo de aprendizagem em serviço e intercâmbio de informações acadêmicas dos alunos para certificação educacional compartilhada.

O desenvolvimento dessa ação ocorre mediante a apresentação das propostas à SGTES e submissão ao Conselho Consultivo do UNA-SUS. A apresentação pode ser feita por um membro do Conselho Consultivo, MS, MEC, IES, SMS, SES, CONASS, CONASEMS e outras instituições. Para a proposta aprovada é elaborado o Termo de Referência pelo Colegiado Institucional, e selecionada a IES que elaborará e executará o Plano da Ação Educacional e o Plano de Trabalho do Projeto, em conjunto com a SGTES e a Secretaria Executiva do UNA-SUS.

Tem-se também o sistema UNA-SUS, constituído por três elementos: Rede UNA-SUS (composta por instituições públicas de educação superior, credenciadas pelo Ministério da Educação para a oferta de educação a distância e conveniadas com o ministério da Saúde), Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (acervo público de materiais, tecnologias e experiências educacionais, construído de forma colaborativa, de acesso livre pela rede mundial de computadores) e Plataforma Arouca (base de dados nacional, integrada ao sistema nacional de informação do SUS, contendo o registro histórico dos trabalhadores do SUS, seus certificados educacionais e experiência profissional).

Na pós-graduação, o Programa Nacional de Bolsas de Residências multiprofissionais e em área profissional da saúde foi criado a partir da promulgação da Lei nº 11.129 de 2005 e visa consolidar a Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde em campos de atuação estratégicos para o SUS, por meio do financiamento de bolsas destinadas aos profissionais de saúde interessados em se

especializar nessa modalidade de ensino e em regiões prioritárias do País, definidos em comum acordo com os gestores de saúde.

As residências são orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais, e abrangem as profissões da área da saúde, a saber: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional, conforme estabelece a Resolução CNS nº 287/1998.

A responsabilidade na concessão de bolsas para residentes é do Ministério da Saúde que, por meio de Edital específico para seleção de propostas para concessão de bolsas para residentes em programas de residência multiprofissional e em área profissional da saúde, seleciona os projetos aprovados.

Outra iniciativa recente do Ministério da Saúde é o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB) instituído por meio da Portaria Interministerial nº 2.087/2011, que oferece incentivos aos médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas que optarem por atuar nas equipes de Saúde da Família e outras estratégias de organização da atenção básica, contemplando também equipes que desenvolvem a atenção à saúde das populações ribeirinhas, quilombolas, assentadas e indígenas. Dentro dessa iniciativa, há também a previsão de Cursos de Especialização com foco na atenção básica, sob responsabilidade das Universidades públicas participantes do Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS).

O programa tem como objetivo oferecer acesso à supervisão à distância e presencial, medida que busca qualificar e valorizar o trabalho realizado pelas equipes de atenção básica, ofertando condições de trabalho, tanto físicas quanto financeiras, e formação em serviço, no intuito de que esses trabalhadores sintam-se valorizados e tenham satisfação em realizar a atenção básica.

A Rede Observatório de Recursos Humanos de Saúde é uma iniciativa do Ministério da Saúde, em conjunto com o Programa de Cooperação Técnica da Representação da Opas/OMS no Brasil, coordenada pela Diretoria de Programa da

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde. No Brasil, a Rede compõe um conjunto de instituições de ensino, notadamente os Núcleos de Saúde Coletiva dos Centros Formadores.

O Observatório tem como objetivo produzir estudos e pesquisas sobre a área de recursos humanos, visando contribuir para melhor formulação, acompanhamento e avaliação de políticas e programas setoriais dessa área. As instituições que sediam o Observatório recebem recursos financeiros do Ministério da Saúde, com apoio da Opas, a partir de projetos aprovados em edital específico.

### **3.4.2. Formação profissional de nível técnico em saúde<sup>63</sup>**

Nas últimas décadas, o Ministério da Saúde tem priorizado a formação dos trabalhadores de nível técnico, por considerar componente importante para a efetivação da política nacional de saúde, uma vez que esses profissionais desempenham um papel de destaque no fortalecimento e desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde.

Nesse contexto, a oferta de cursos tem sido ampliada em áreas consideradas prioritárias, como análise clínicas, citopatologia, enfermagem, hemoterapia, órteses e prótese, prótese dentária, radiologia, saúde bucal, vigilância em saúde.

Dentre esses cursos, o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae<sup>64</sup>) foi concebido, como já mencionado, no final dos anos 1990 pelo Ministério da Saúde, tendo em vista a existência de uma grande quantidade de trabalhadores inseridos nos serviços de saúde, realizando ações próprias da enfermagem, sem a habilitação técnica profissional necessária para o exercício dessas ações.

A estrutura organizacional do projeto contempla uma gestão centralizada no Ministério da Saúde e executada de forma descentralizada em estados e municípios, utilizando a maioria das escolas técnicas públicas e privadas do país, as instituições

---

<sup>63</sup> As informações desta seção foram obtidas no site do Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e nos relatórios, folders elaborados por esta Secretaria.

<sup>64</sup> O Profae tem como objetivo promover a melhoria da qualidade da atenção à saúde, por meio da redução do déficit de pessoal dos auxiliares em enfermagem qualificado e do apoio e fortalecimento às instâncias de formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS.

de ensino superior com capacidade de apoiar os docentes de educação técnica, as Secretarias Estaduais de Educação (SE) e de Saúde (SES), entre outros.

Outro programa proposto pela SGTES de grande envergadura é o Programa de Profissionalização dos Trabalhadores de Nível Médio da Área da Saúde (Profaps), que tem como objetivo formar e qualificar trabalhadores de nível médio em algumas áreas técnicas para a saúde, com destaque para os cursos técnicos em análises clínicas; cipaologia; enfermagem; equipamentos biomédicos; hemoterapia; órteses e próteses; prótese dentária; radiologia; saúde bucal e vigilância em saúde.

A execução técnica-pedagógica dos cursos de formação de trabalhadores é, prioritariamente, de responsabilidade das Escolas Técnicas do SUS, Escolas de Saúde Pública e Centros Formadores vinculados aos gestores estaduais e municipais de saúde, mediante convênio celebrado com o Fundo Estadual de Saúde. Na tabela abaixo é possível verificar os repasses financeiros do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais para implementação do PROFAPS.

Os repasses financeiros do Ministério da Saúde para os estados destinados ao desenvolvimento de ações na área de formação de profissionais técnicos de saúde foram garantidos de forma regular e automática durante o período de 2009 a 2011, conforme pode ser visto na tabela abaixo.

**Tabela 3 - Recursos Financeiros PROFAPS (2009 – 2011) <sup>65</sup>**

Ano	Portaria	Programas de Trabalho	Repasses MS p/ Estados
2009	3189	Formação de Profissionais Técnicos de Saúde e Fortalecimento das Escolas Técnicas/Centros Formadores do SUS	5.000.000,00
2010	1626	Formação de Profissionais Técnicos de Saúde e Fortalecimento das Escolas Técnicas/Centros Formadores do SUS	60.000.000,00
2011	1307	Formação de Profissionais Técnicos de Saúde e Fortalecimento das Escolas Técnicas/Centros Formadores do SUS	3.000.000,00
2011	1307		60.000.000,00
TOTAL			128.000.000,00

Fonte: Elaboração própria para este estudo, a partir das Portarias do MS referente aos repasses financeiros para os estados.

<sup>65</sup> Nesse estudo trabalhou-se com dados até 2011, último ano de edição da Portaria ministerial que destina recursos financeiros para os estados.



Para concluir este capítulo vale a pena destacar que a Portaria MS 1.996/2007 promoveu avanços no desenho da política, especialmente no que diz respeito ao compromisso dos diversos atores institucionais com a gestão dos recursos e das ações de educação na saúde.

Uma vez resgatada a trajetória do campo da Educação na Saúde no Brasil e identificadas as principais características da atual política de educação permanente adotada pelo Ministério da Saúde, o próximo capítulo será dedicado ao exame da experiência de Minas Gerais no processo de condução da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

## CAPÍTULO 4 – A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA CONDUÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO ESTADO DE MINAS GERAIS: A EXPERIÊNCIA DA MACRORREGIÃO TRIÂNGULO SUL

Como discutido no capítulo anterior, a Portaria MS 1.996/2007 traz como uma das inovações para o campo da educação na saúde a introdução de arranjos participativos<sup>66</sup> na gestão da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), com a instituição dos Colegiados de Gestão Regionalizada (CGR) e das Comissões de Integração Ensino Serviço (CIES). Essa participação se traduz na montagem de um conjunto de aparatos institucionais em diferentes níveis de gestão – estadual e regional – com incorporação de diferentes atores e sujeitos sociais e cujas atribuições remetem à deliberação, condução, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas.

Nesse cenário, as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) assumem papel protagonista na gestão da PNEPS, sendo responsáveis por planejar a formação e a educação permanente dos trabalhadores em saúde, recuperando a responsabilidade pelo planejamento da formação dos trabalhadores do SUS no seu âmbito de gestão. No estado de Minas Gerais, a gestão da PNEPS fica a cargo da Secretaria de Estado de Saúde<sup>67</sup>, por intermédio da Assessoria de Normalização dos Serviços de Saúde.

Com participação da SES na condução da política, a gestão no âmbito estadual também conta com 01 Comissão de Integração Ensino Serviço (CIES), composta por representantes da SES-MG, da Secretaria Estadual de Educação (SEE), das instituições formadoras, do COSEMS<sup>68</sup> e do Conselho Estadual de Saúde. O conjunto de instituições responsáveis pela gestão estadual da PNEPS em

---

<sup>66</sup> Nesse estudo a participação social é entendida como capacidade dos atores institucionais e sujeitos sociais nortear e influenciarem os processos decisórios.

<sup>67</sup> Na estrutura organizacional da SES-MG, são previstas seis assessorias, diretamente vinculadas ao gabinete do secretário, são elas: Assessoria Jurídica; Assessoria de Comunicação Social; Assessoria de Gestão Estratégica e Inovação; Assessoria Técnica; **Assessoria de Normalização de Serviços de Saúde**; Assessoria de Gestão em Tecnologia da Informação. Também vinculada ao Gabinete encontra-se a Auditoria Setorial. Além das assessorias, a SES/MG organiza-se em cinco subsecretarias que, por sua vez, se subdividem em doze superintendências (MINAS GERAIS, 2011).

<sup>68</sup> O COSEMS foi fundado em Minas Gerais em abril de 1991, com a finalidade de fazer a mediação entre os secretários municipais de saúde e as esferas estadual e federal, representando os interesses municipais na implantação de políticas de saúde.

Minas Gerais é ainda completado pela CIB-SUS/MG<sup>69</sup>, composta por representantes da gestão estadual e municipal da saúde.

Além desse conjunto de instituições e instâncias responsáveis pela condução da PNEPS no âmbito estadual, a gestão compartilhada dessa política no nível regional conta ainda com a participação de:

- 28 estruturas regionais denominadas de Gerências<sup>70</sup> Regionais de Saúde (GRS<sup>71</sup>), que constituem um braço técnico-administrativo da SES, incluindo aí o apoio técnico para as ações da PNPES no âmbito regional. Na Macrorregião do Triângulo Sul, o setor responsável pela educação permanente é o Núcleo de Gestão Microrregional.
- 13 CIES macrorregionais e 75 microrregionais, as quais seguem a divisão de regiões de saúde previstas no Plano Diretor de Regionalização (PDR<sup>72</sup>) e nas resoluções da SES/MG.

Nas macrorregionais, as CIES são compostas por representantes das instituições formadoras - de nível médio, superior e técnico -, das GRS/ SES-MG de sua área de abrangência, da SEE e do Colegiado dos Conselhos Municipais de Saúde do estado<sup>73</sup>. No caso das CIES microrregionais, a composição é dada pela participação de representantes das secretarias municipais de saúde e da GRS/ SES-MG.

---

<sup>69</sup> A CIB-SUS-MG é considerada instância colegiada formada por gestores estaduais e municipais, representados pela SES e pelo COSEMS. Constitui-se como um foro de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS/MG. Na gestão da PNEPS a CIB-MG é responsável pela pactuação dessa política entre Estado e Municípios.

<sup>70</sup> As Gerências também são denominadas de Superintendências.

<sup>71</sup> Dado o grande número de municípios no estado de MG (em 2012, o total de municípios do estado chegava a 853), a SES conta com 28 GRS para o apoio técnico administrativo em âmbito regional, e estão localizadas nos seguintes municípios: Alfenas, Barbacena, Belo Horizonte, Coronel Fabriciano, Diamantina, Divinópolis, Governador Valadares, Itabira, Ituiutaba, Januária, Juiz de Fora, Leopoldina, Manhumirim, Montes Claros, Passos, Patos de Minas, Pedra Azul, Pirapora, Ponte Nova, Pouso Alegre, São João del Rei, Sete Lagoas, Teófilo Otoni, Ubá, **Uberaba**, Uberlândia, Unaí e Varginha.

<sup>72</sup> O PDR tem como objetivo garantir o acesso dos cidadãos a todos os níveis do sistema de saúde, a partir do atendimento o mais próximo possível de sua residência, conforme sejam as ações e os serviços necessários à solução de seus problemas de saúde, em qualquer nível de atenção. Vale destacar que o estado de MG foi um dos pioneiros no processo de regionalização do SUS, elaborando um PDR antes mesmo de sua regulamentação em nível nacional (MINAS GERAIS, 2008).

<sup>73</sup> Cabe destacar que na Macrorregião Triângulo Sul (região sanitária de saúde escolhida para esse estudo) o Colegiado de Conselhos Municipais de Saúde está em constituição, conforme entrevista concedida pelo Conselheiro Estadual de Saúde, em abril de 2013.

Tal como previsto no desenho da PNEPS, a gestão no âmbito regional em Minas Gerais se completa com os Colegiados de Gestão Regionalizada (CGR<sup>74</sup>), tanto em nível macro quanto microrregional.

Na perspectiva da regionalização da saúde a grande inovação introduzida pela Portaria 399/2006 que instituiu o Pacto pela Saúde, consiste na criação de espaços regionais de planejamento e gestão que tomam forma nos Colegiados de Gestão Regional (CGR) – dos quais participam todos os gestores dos territórios abrangidos pelas regiões de saúde (VIANA, 2008).

No estado de Minas Gerais a divisão desses Colegiados segue a mesma lógica das CIES regionais e estão de acordo com o previsto no PDR, totalizando 13 CGR macrorregionais e 75 microrregionais. Os CGR são compostos por representantes da GRS/SES-MG e das secretarias municipais de saúde.

**Quadro 4 - Gestão da PNEPS no estado de Minas Gerais**

Âmbito Estadual	Âmbito Regional
01 CIES Estadual – possui representação do Conselho de Saúde, COSEMS, Secretaria de Estado de Saúde, Secretaria Estadual de Educação, Escola de Saúde Pública, Escola Técnica de Saúde Pública.	13 CIES macrorregionais - possui representação da Secretaria de Estado de Saúde, Secretaria Estadual de Educação, Secretarias Municipais de Saúde, Instituições Formadoras (nível superior e técnico).
01 CIB Estadual – possui representação das Secretarias de Estado e Municipais de Saúde.	75 CIES microrregionais - possui representação das Secretarias de Saúde (estadual e municipal).
	13 CGR macrorregionais - possui representação das Secretarias de Saúde (estadual e municipal).
	75 CGR microrregionais - possui representação das Secretarias de Saúde (estadual e municipal).

Para alcançar o objetivo principal do presente estudo – que é examinar a participação social na gestão da PNPES no âmbito estadual e regional – tomou-se

<sup>74</sup> Cabe destacar que em Minas Gerais não houve a criação dos Colegiados de Gestão Regionalizada. Estes passaram a ser vinculados às CIBs – Estadual – Macrorregional e Microrregional. Em âmbito regional as CIBs passaram a ser denominadas em 2012 como Comissões Intergestores Regionais (CIR) e Comissões Intergestores Regionais Ampliadas (CIRA).

os dois fóruns de gestão da política – os CIES e os CGR – em nível estadual e regional, como foco da análise.

Sob essa perspectiva, esse capítulo se concentrará na análise da dinâmica da participação social no processo de condução da política de educação permanente no estado de Minas Gerais a partir de 2007, especialmente na Macrorregião Triângulo Sul<sup>75</sup>. Essa Macrorregião é constituída por 27 municípios e a condução da PNEPS nesse território envolve os gestores municipais de saúde, referências técnicas da GRS de Uberaba, representantes da gestão estadual de educação, representantes de instituições formadoras – nível médio, técnico e superior.

Cabe destacar que apesar de a representação do Conselho Municipal de Saúde na gestão da política no nível regional estar prevista no desenho da PNEPS estadual, o Conselho de Saúde ainda não participa desse processo na macrorregião analisada nesse estudo. De acordo com os discursos dos sujeitos entrevistados, essa ausência se deve ao fato de os Colegiados dos Conselhos Municipais de Saúde ainda não estarem implantados nessa região.

Para alcançar seu objetivo, o presente capítulo encontra-se estruturado em quatro grandes seções. A primeira seção volta-se para a compreensão do cenário atual da regionalização da saúde no estado de Minas Gerais. A segunda seção analisa o processo de institucionalidade da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no estado de Minas Gerais, envolvendo as instituições responsáveis pela gestão da PNEPS em Minas Gerais, em âmbito estadual e regional. A terceira seção dedica-se à análise das dinâmicas e modos de operacionalização da participação na gestão da PNEPS no estado de Minas Gerais, a partir da instituição das CIES no nível estadual, macro e microrregional, da elaboração dos Planos Estadual de Educação Permanente em Saúde, bem como da definição de prioridades na condução da Política Nacional de Educação Permanente no estado de Minas Gerais.

Para finalizar esse capítulo, serão apresentadas, na última seção, as ações e estratégias de educação permanente em saúde priorizadas e desenvolvidas pela

---

<sup>75</sup> De acordo com dados obtidos junto à GRS de Uberaba essa macrorregião tem uma população total estimada em 645.381 habitantes.

Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, bem como a experiência da Secretaria Municipal de Saúde de Sacramento no que diz respeito às ações de educação na saúde. O intuito desta última seção é dar visibilidade às ações de educação permanente em saúde que o estado de Minas Gerais e o município de Sacramento vêm desenvolvendo com recursos do tesouro estadual, mas que não dialogam com as ações e estratégias implementadas pelo governo federal.

#### 4.1. A regionalização da saúde no estado de Minas Gerais: um breve panorama

Uma característica a ressaltar no estado de Minas Gerais é a grande quantidade de municípios existentes. De acordo com dados disponíveis no Censo Demográfico de 2012 (IBGE), o estado possui 853 municípios, que somam uma população de 19.855.332 habitantes<sup>76</sup>. Como pode ser observada na tabela abaixo, a maioria desses municípios possui população menor do que 10 mil habitantes, o que nos leva a indagar de que forma essa realidade interfere (ou não) na dinâmica de gestão da PNEPS no âmbito estadual.

**Tabela 4 - Número de Municípios X Número de Habitantes no estado de MG**

Número de Municípios	Percentual	Número de habitantes
491	57,56%	< 10.000
184		10.000 e 20.000
113		20.000 e 50.000
39		50.000 e 100.000
26	3,05%	> 100.000
Total = 853		19.855.332

Fonte: Plano Estadual de Saúde 2008-2011, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

Para alcançar sua missão institucional<sup>77</sup> e diante da extensão territorial e quantidade de municípios do estado, a SES/MG conta com 28 Gerências Regionais

<sup>76</sup> De acordo com o Censo IBGE (2012) Minas Gerais é o segundo país mais populoso do Brasil, atrás apenas do estado de São Paulo.

<sup>77</sup> A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) tem como finalidade formular, regular e fomentar as políticas de saúde pública no Estado de Minas Gerais, atuando em cooperação com os demais entes federados na prevenção, promoção, preservação e recuperação da saúde da população (MINAS GERAIS, 2008).

de Saúde (GRS<sup>78</sup>), que funcionam com um braço importante da SES no âmbito regional, em termos de sua aproximação e apoio aos municípios.

O processo de regionalização<sup>79</sup> do sistema de saúde pública no estado de Minas Gerais, induzido pela legislação federal – em especial a Norma Operacional de Saúde (NOAS-2001/2002<sup>80</sup>) – foi inaugurado nos anos 2000, por meio do Plano de Desenvolvimento Regionalizado (PDR<sup>81</sup>).

Segundo Viana (2008, p.7) o processo de regionalização deveria contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde (não necessariamente restritos à abrangência municipal) de forma a garantir o acesso dos cidadãos às ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis.

O Plano de Desenvolvimento Regionalizado foi responsável pela divisão do estado em 13 macrorregiões sanitárias (figura 1) e 75<sup>82</sup> microrregiões sanitárias (figura 2).

---

<sup>78</sup> Atualmente denominadas de Superintendências Regionais de Saúde (SRS).

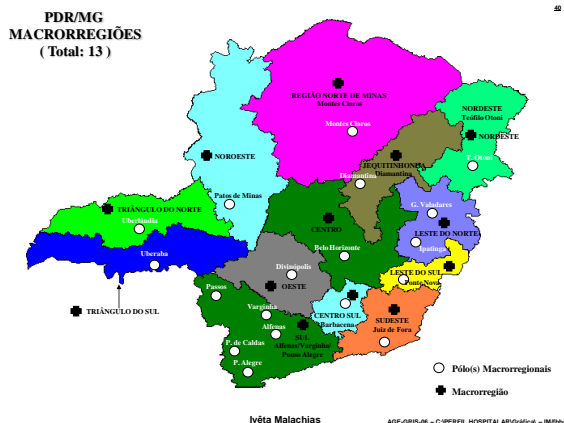
<sup>79</sup> Segundo Viana (2008, p.7) o processo de regionalização deveria contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde (não necessariamente restritos à abrangência municipal) de forma a garantir o acesso dos cidadãos às ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis.

<sup>80</sup> Como destaca Viana (2008, p.7), com a NOAS, a regionalização assume papel protagônico no processo de descentralização, objetivando a integração entre os sistemas municipais e atribuindo a coordenação ao gestor estadual. Um dos pontos de destaque reside no processo de elaboração do Plano Diretor da Regionalização (PDR), coordenado pelo gestor estadual, com a participação dos municípios.

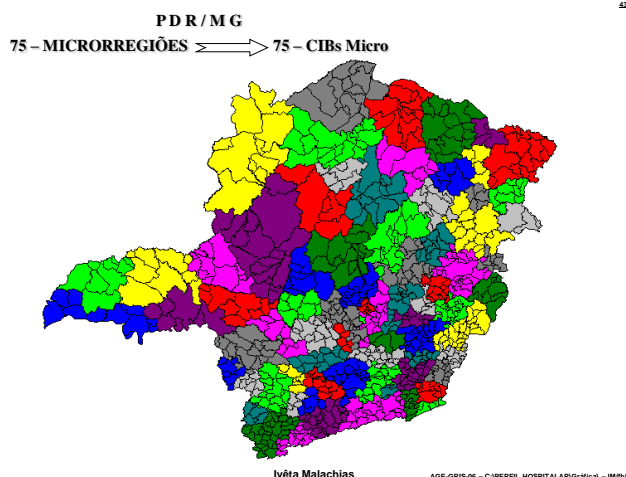
<sup>81</sup> Esse Plano passou por ajustes em 2003 para adequar às exigências das Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS 2001 e 2002). O PDR 2003-2006 prioriza as Redes Assistenciais Viva Vida; Urgência e Emergência, bem como a expansão da Atenção Primária e PSF e fortalecimento da capacidade de Gestão Microrregional/Controle Social, com a criação das Comissões Intergestores Bipartites Microrregionais (SES/MG, 2008).

<sup>82</sup> No período de realização dessa pesquisa tomou-se conhecimento que as microrregiões de saúde passaram de 75 para 77.

**Figura 1 - Macrorregiões Sanitárias**



**Figura 2 - Microrregiões Sanitárias**



Cabe destacar que o posterior processo de implantação das CIES regionais se beneficiou, em alguma medida, da existência dessa estrutura prévia, haja vista que essas Comissões seguem o formato organizacional previsto no PDR.

A apresentação de como o estado de MG está organizado do ponto de vista da descentralização técnico-administrativo (com as 28 Gerências Regionais de Saúde e da divisão das regiões sanitárias, com as 75 microrregiões e 13 macrorregiões) permitirá compreender a estrutura organizativa assumida no processo de gestão da PNEPS em Minas Gerais, como será visto na seção a seguir.



## **4.2. O processo de institucionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no estado de Minas Gerais**

No estado de Minas Gerais, as ações de educação na saúde possuem longa tradição. A reconstrução histórica de tais ações já seria, por si só, um tema de pesquisa, sendo objeto de diversos estudos<sup>83</sup> que buscam relacionar a educação na saúde às diferentes conjunturas históricas que marcaram a política de saúde brasileira. No entanto, a presente tese tem como recorte temporal o período iniciado em 2007 (ano de publicação da Portaria 1.996<sup>84</sup>) até dezembro de 2012.

A escolha desse recorte, como já mencionado na metodologia da presente tese, tem relação com a proposta inovadora da PNPEs no que diz respeito à criação de espaços participativos de gestão dessa política em âmbito estadual e regional, bem como a incorporação de diversos sujeitos sociais nos processos decisórios.

Em conformidade com o previsto na Portaria 1.996/2007, o órgão responsável pela PNEPS no estado de MG é a Secretaria de Estado da Saúde. Com a publicação dessa Portaria, a política na SES ficou inicialmente a cargo da Gerência de Educação Permanente, vinculada à Assessoria de Gestão Estratégica.

Um aspecto a salientar é que antes da publicação da Portaria 1.996/2007, a atuação das SES na condução da PNPEs era pouco relevante. Em Minas Gerais, isso não foi de outra forma. De acordo com Viana (2008), o Polo de Educação Permanente<sup>85</sup> – então a principal estrutura institucional da EPS tal como previsto na Portaria 198/2004 – apesar de ser constituído por representantes dos conselhos de saúde, da gestão estadual, das instituições formadoras, dos trabalhadores e usuários do SUS, contava, no estado mineiro, com um grupo reduzido de instituições. Esses polos eram basicamente compostos por instituições de ensino superior e médio, no âmbito estadual e regional, com a participação do Conselho

---

<sup>83</sup> Existe uma profícua literatura que trata da educação na saúde no estado de Minas Gerais em diferentes momentos históricos. No entanto, seu enfoque foge aos objetivos dessa tese. Dentro dessa literatura o Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon) tem acumulado experiências nessa área. Ver: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/index.php>

<sup>84</sup> Essa Portaria foi responsável pela reformulação da primeira versão da política, instituída no ano de 2004, por meio da Portaria 198/2004, conforme já tratado no capítulo anterior.

<sup>85</sup> A abordagem a respeito dos Polos-EPS não foi aprofundada nesse trabalho, uma vez que foge ao recorte temporal do estudo. Apenas aqui gostaríamos de trazer alguns elementos que podem ter interferido na implantação da PNEPS no estado de Minas Gerais. Sobre os Polos-EPS consultar Viana, 2008.

Estadual de Saúde para análise e aprovação das propostas, a partir de pré-requisitos estabelecidos nos editais publicados pelo Ministério da Saúde.

Assim, com a reformulação do desenho da PNPES em 2007, a SES-MG passou a assumir importante papel da condução da gestão da Política em seu âmbito de atuação. Durante o período em que a política de educação permanente esteve sob o comando da Assessoria de Gestão Estratégica (2007-2009), uma série de mecanismos e instrumentos foram criados para auxiliar na condução dessa política no âmbito estadual e regional. Vale destacar que é nesse período que se elabora o primeiro Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde, como será visto adiante.

Em 2009, com a mudança na estrutura organizacional da SES, a Política de Educação Permanente em Saúde passou a integrar a Gerência de Ações Educacionais em Saúde, vinculada à Superintendência de Gestão de Pessoas e Educação em Saúde da Secretaria de Estado de Saúde. Essa Gerência centralizou as ações da Gerência de Recursos Humanos, responsável pela qualificação dos servidores da SES, e a Gerência de Educação Permanente, responsável pela qualificação dos trabalhadores do SUS, passando a se chamar Gerência de Ações Educacionais em Saúde. Segundo representantes da SES, a vinculação da Política à Superintendência de Desenvolvimento e Gestão de Pessoas significou um rebaixamento de status dentro da estrutura organizacional da SES, uma vez que as Superintendências não estão vinculadas diretamente ao Gabinete do Secretário de Saúde, demonstrando a baixa prioridade que a Política de Educação Permanente em Saúde assumia no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais na época. A Gerência de Ações Educacionais em Saúde contava com uma equipe composta por uma coordenadora e quatro técnicos.

No início de 2011, a gestão da PNPES pela SES passou por novas alterações organizacionais. Ao observar a estrutura organizacional da secretaria em dezembro de 2012, é possível verificar que esta passou por importantes alterações, visando adequar aos objetivos definidos no Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI) reeditado em 2011<sup>86</sup>. Nesse processo de mudanças, a área institucional

---

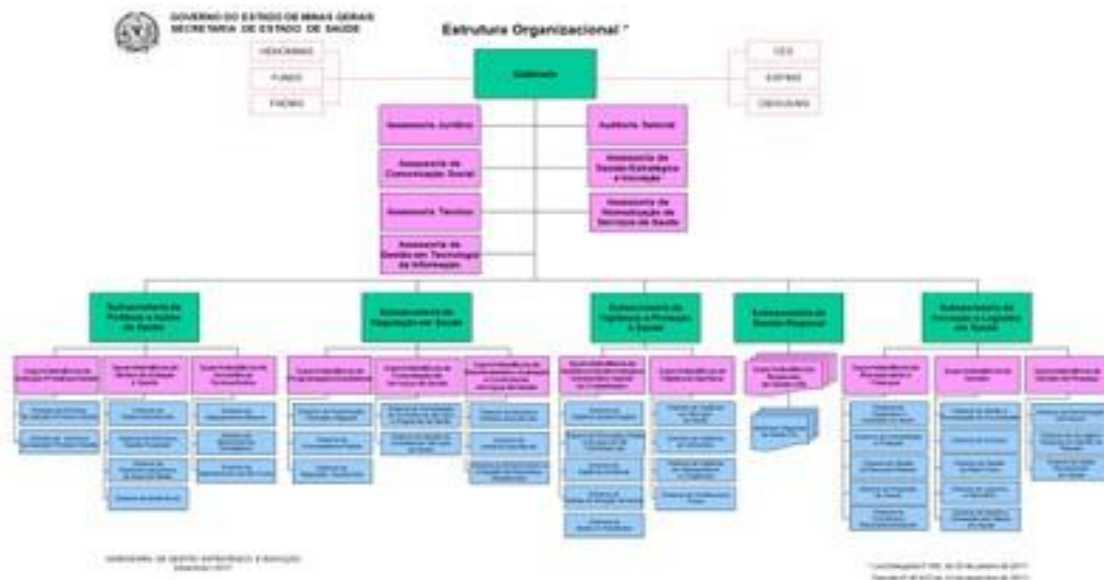
<sup>86</sup> Nessa nova versão do PMDI (2011-2030) são propostas mudanças para a inversão do modelo de saúde fragmentado e hegemônico para um sistema integrado de serviços. Esse plano apresenta um

responsável pela gestão da PNPEs no âmbito da SES – até então vinculadas à Superintendência de Gestão de Pessoas da SES/MG – passou a ser assumida pela Assessoria de Normalização das Ações de Saúde, o que lhe confere maior status na estrutura organizacional<sup>87</sup>.

As mudanças na estrutura organizacional da SES/MG em 2011, promovida pelo Decreto 45.812, também envolveram a equipe responsável pela condução da Política de Educação Permanente em Saúde. Com esse Decreto, a PNEPS passou a integrar o conjunto de estratégias da Assessoria de Normalização em Saúde.

A figura a seguir mostra a estrutura organizacional da SES-MG em vigor desde 2011. Como pode ser observada na figura 3, a Assessoria responsável pela PNPEs no âmbito estadual está no primeiro escalão da SES – com status de subsecretaria – diretamente vinculada ao gabinete do secretário estadual de saúde.

**Figura 3 - Estrutura Organizacional da SES-MG (2012)**



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG).

novo formato de organização das estratégias e ações, fundamentado na estruturação de redes temáticas de atuação governamental. Nesse processo a SES/MG tem a função de coordenar a implantação das Redes de Atenção à Saúde, com prioridade para a Atenção Primária (MINAS GERAIS, 2011).

<sup>87</sup> Esse aspecto será mais bem detalhado posteriormente.

De acordo com a entrevista realizada com os representantes da SES que participaram da implementação da PNEPS em âmbito estadual desde 2007, a decisão em torno da vinculação institucional da PNPES no âmbito da SES-MG foi tomada em virtude da necessidade de colocar a política em um nível mais estratégico da Secretaria, ou seja, mais próximo das decisões, como é o caso das Assessorias que são vinculadas diretamente ao Gabinete do Secretário de Saúde. Nessa direção, a mudança organizacional representou elevação de status e maior reconhecimento da importância da PNPES no âmbito da SES.

Há que se considerar, no entanto, o fato de que o gestor responsável pela Assessoria de Normalização dos Serviços de Saúde desde a reforma administrativa da SES possui larga experiência no processo de formulação do PDR e do PEP<sup>88</sup> no estado, o que contribuiu para que a PNPES fosse incorporada à estrutura organizacional da ANSS. O trecho do depoimento de um dos entrevistados é ilustrativo dessa perspectiva.

“A gente percebia que a educação permanente como estava, na Gerência de Ações Educacionais em Saúde, estava longe do nível estratégico da secretaria. As assessorias tem status de subsecretarias, então ela é mais vinculada ao gabinete. Então a gente entendia que a educação permanente tinha que passar por uma discussão, tinha que subir hierarquicamente para conseguir apoio mesmo, conseguir fazer as atividades com mais tranquilidade. E aí com isso também, a gente tem uma pessoa que é o atual responsável pela ANSS, que já tinha uma experiência muito grande com educação permanente, mas não com a política em si, mas, por exemplo, o Programa de Educação Permanente para os médicos da ESF. Esse programa foi concebido na época e conduzido por ele também, junto com o coordenador do PEP. Ele também ajudou a desenhar as linhas guias de saúde, o Plano Diretor da Atenção Primária. Então ele tem uma experiência com outros programas, então ele já tinha uma visão desse processo, uma visão de descentralização, de planejamento junto com os municípios e de conhecimento da saúde. Então a gente achou que era mais interessante naquele momento, tirar isso da nossa diretoria e passar para a ANSS conduzir, porque nessa área também está a política de humanização e outras ações que eram muito próximas” (Representante 1 da SES).

---

<sup>88</sup> Como será discutido posteriormente, o PEP é considerada, pela SES-MG, a principal estratégia de educação permanente em saúde desenvolvida pelo governo estadual.

Nesse sentido, podemos supor que a migração da PNEPS para a ANSS foi uma opção estratégica, em função da larga experiência do responsável pela Assessoria na condução do processo de regionalização.

Para além desse processo, é preciso considerar que, em 2011, a PNEPS no estado de MG não contava ainda com as CIES macro e microrregionais implantadas. Nesse momento, havia uma pressão por parte do Ministério da Saúde no sentido de vincular o repasse dos recursos federais para a EPS à existência dessas estruturas regionalizadas. A ascensão da PNPES na estrutura organizativa da SES-MG e sua vinculação a um gestor com larga experiência no processo de regionalização da saúde no estado contribuem, assim, para fazer avançar a implantação das CIES regionais, de forma a atender as exigências ministeriais para repasse dos recursos.

De acordo com o Decreto 45.812/2012<sup>89</sup> (capítulo VII, art. 11), a Assessoria de Normalização de Serviços de Saúde tem por finalidade orientar as unidades da SES em relação às seguintes competências:

- I – formular e apoiar ações de normalização de atenção à saúde, através de instrumentos de gestão da clínica, da modelagem das redes de atenção à saúde, de mapeamento de processos, identificar a necessidade de levantamento de evidências científicas, estabelecendo parcerias para esta finalidade e coordenar este processo;
- II – auxiliar a elaboração, a implantação e o monitoramento das ações que permeiam a rede de atenção à saúde;
- III – propor ações de humanização da atenção à saúde; e
- IV – formular e apoiar a implantação de políticas de melhoria da qualidade da atenção à saúde.

Como pode ser depreendido da observação dessas competências, ainda que a PNPES esteja vinculada à Assessoria de Normalização – e como tal, é veiculada

---

<sup>89</sup> Curioso, que apesar da ANSS/SES ser responsável pela condução da PNEPS no âmbito estadual, de acordo com esse Decreto, as ações educacionais à distância realizadas pelas SES/MG com recursos financeiros do Tesouro Estadual são de competências do Gabinete da Secretaria de Estado de Saúde, conforme pode ser observado . “Art. 5º - VI - O Gabinete tem por finalidade garantir assessoramento direto ao Secretário da SES, ao Secretário Adjunto e aos Subsecretários em assuntos políticos e administrativos, competindo-lhe: estruturar, desenvolver, executar, acompanhar e avaliar as ações educacionais à distância, direta ou indiretamente, em especial as que utilizam o Canal e Portal Minas Saúde, incluindo o Ambiente Virtual de Aprendizagem” (MINAS GERAIS, 2011). Essa questão será abordada mais adiante.

como uma de suas prioridades – ela não é mencionada no elenco de atribuições da área, em que pese o Decreto ter sido promulgado após a incorporação da PNEPS pela Assessoria.

Desde o início dessa mudança na estrutura organizacional, a ANSS possui uma equipe composta por dois técnicos e um coordenador, responsáveis não apenas pelas ações de educação permanente em saúde - estadual e federal – como também pelas ações de humanização em saúde, qualidade e normalização das ações de saúde.

Tendo em vista a complexidade da estrutura de gestão da PNEPS e as demais ações sob responsabilidade dessa equipe, chama atenção o reduzido número de profissionais encarregados da condução e acompanhamento da política no âmbito estadual e regional.

#### **4.2.1. Instituições responsáveis pela gestão da PNEPS em Minas Gerais – âmbito estadual**

A gestão e a operacionalização da PNEPS são permeadas por uma diversidade de instituições, instâncias, fóruns e sujeitos sociais em âmbito estadual e regional, o que confere grande complexidade a esse processo. No estado de Minas Gerais, é possível observar uma gama ampla de atores envolvidos no processo de gestão da PNEPS. Além da SES-MG, integram a estrutura de gestão da PNEPS estadual o Conselho Estadual de Saúde (CES), o Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), a Escola de Saúde Pública e a Secretaria de Estado de Educação (SEE). Como será discutido posteriormente, estas instâncias possuem representação na CIES Estadual. Ainda no âmbito da gestão estadual, a CIB-SUS/MG compõe a estrutura gestora da PNEPS.

A partir de agora será apresentada esse conjunto de instituições que compõem, junto com a SES-MG, a estrutura de gestão da PNEPS no âmbito estadual.

##### **4.2.1.1. Comissão de Integração Ensino Serviço (CIES Estadual)**

A CIES Estadual foi instituída em Minas Gerais em 2009, por meio da Deliberação CIB-SUS/MG nº 575, visando a atender as orientações da Portaria MS

1.996/2007<sup>90</sup> referente à implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Apesar de sua instituição no ano de 2009, até 2011 a CIES Estadual não estava em funcionamento. Vale destacar que a implantação das CIES é uma exigência do Ministério da Saúde para o repasse dos recursos financeiros federais para a EPS, e como se viu nas atas das reuniões do Conselho Estadual de Saúde, bem como nas entrevistas realizadas com os sujeitos que participam da condução estadual da política, a decisão da SES/MG em instituir esse fórum visa garantir que os recursos financeiros da Portaria ministerial sejam repassados ao Fundo Estadual de Saúde.

Até a implantação da CIES estadual, as atribuições que seriam dessa instância eram desempenhadas pelo Fórum Estadual de Formação e Educação Permanente do SUS/MG<sup>91</sup> (SES-MG, 2008). Esse Fórum foi instituído em 2003 com a publicação da Deliberação CIB-SUS-MG nº 039 e contava com a representação de gestores Estaduais de Saúde, gestores Estaduais de Educação, instituições formadoras e controle social. Com a perspectiva de formular a Política de Formação e Qualificação da Gestão do Trabalho para o SUS/MG, esse Fórum<sup>92</sup> antecede a própria implantação da PNEPS em sua primeira versão (Portaria 198/2004), assumindo as funções posteriormente previstas para os Polos de Educação Permanente<sup>93</sup>. Como pode ser observado, apesar de sua composição abrangente, estudo como de Viana, 2008, aponta que esse espaço ficou reduzido às instituições formadoras e seu papel foi esvaziado, na medida em que esse fórum se dedicava à aprovação de projetos.

De acordo com o regimento da CIES Estadual, participam desse espaço 02 representantes de gestores estaduais de saúde, 02 representantes de gestores estaduais de educação, 02 representantes de instituições de ensino - Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP/MG) e Escola Técnica da Universidade

---

<sup>90</sup> Cabe lembrar, que apesar dessa Portaria instituir as CIES, estas já estão previstas desde a instituição da Lei 8.080/1990, porém ainda não estavam implantadas.

<sup>91</sup> Com a instituição da CIES Estadual por meio da Deliberação 575/2009 foi revogada a Deliberação CIB-SUS/MG nº 039/2003 que criou os Fóruns de Educação Permanente em Saúde.

<sup>92</sup> Nesse sentido, a experiência mineira pode ser vista como pioneira, uma vez que quando a Portaria 198/2004, que estabelece a criação dos Polos de EPS, o Fórum já desempenhava as atribuições previstas na referida legislação e, desse modo, é a versão mineira dessas instâncias.

<sup>93</sup> Em Minas Gerais, a Secretaria de Estado da Saúde estabeleceu diretrizes organizacionais para implementação do programa, levando à criação do Fórum de Educação Permanente com 13 Polos regionais sob sua coordenação.

Estadual de Montes Claros (UNIMONTES) - 02 representantes do Conselho Estadual de Saúde (CES/MG) e 01 representante de cada CIES Macrorregional (em um total de 13).

De acordo com a Deliberação 575, em seu art. 5º, as Comissões Permanentes de Integração Ensino Serviço (CIES) são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde, previstas no artigo 14 da lei 8080/90 e na NOB/RH-SUS. Suas competências são assim distribuídas:

- i) propor as diretrizes para a Política de Educação Permanente e da Gestão do Trabalho para o SUS/MG, contemplando a atenção à saúde, a rede de serviços, a gestão, a formação educacional e o fortalecimento do controle social;
- ii) estimular e compartilhar iniciativas inovadoras de formação e qualificação da gestão do trabalho;
- iii) fomentar a cooperação entre as instituições participantes visando garantir a eficiência e a eficácia das ações, potencializando a descentralização;
- iv) estimular a interação entre gestores de saúde, gestores da educação, instituições formadoras e instâncias de controle social, facilitando a integração ensino/serviço;
- v) incentivar o processo de revisão curricular na educação profissional e no ensino superior visando a adequação às necessidades do SUS;
- vi) analisar e emitir parecer sobre os PAREPS apresentados pelas CIBs Macrorregionais, considerando as necessidades regionais e as Políticas do SUS;
- vii) consolidar os PAREPS em um Plano de Ação Estadual de Educação Permanente;
- viii) avaliar, estimular o desenvolvimento e acompanhar os resultados das ações das CIES, propondo alterações quando necessário;
- ix) estimular que o tema Controle Social perpassasse os cursos a serem desenvolvidos no âmbito do Estado de Minas Gerais;



- x) responder pela Comissão Estadual de Acompanhamento do Pró-Saúde ou por comissões relativas à formação e educação em saúde, que tenham vinculação à aprovação da CIB-SUS/MG e CES; e
- xi) contribuir com o acompanhamento, monitoramento e avaliação da implementação da Política de Formação e Desenvolvimento no âmbito do SUS/MG e das ações e estratégias relativas à educação na saúde, constantes do Plano Estadual de Saúde.

O processo de escolha dos representantes dessas instituições e instâncias para conduzir a política no âmbito estadual se deu por meio de indicação, obedecendo ao critério de afinidade com a temática. Assim, essas instituições tiveram autonomia no processo de escolha de seus representantes. A SES/MG apenas sugeriu que os representantes fossem pessoas que, preferencialmente, tivessem aproximação com a discussão da formação e qualificação dos trabalhadores da saúde.

#### **4.2.1.2. Conselho Estadual de Saúde**

O Conselho Estadual de Saúde (CES/MG)<sup>94</sup> tem como função deliberar sobre a Política Estadual de Saúde, sobre diretrizes a serem observadas para elaboração do Plano Estadual de Saúde, na Programação Anual de Saúde e no Relatório Anual de Gestão, além de acompanhar os aspectos financeiros e econômicos do SUS, dentre eles a Lei de Diretrizes Orçamentárias e acompanhar e controlar a implantação e operação do SUS/MG, bem como a sua prestação de contas.

O CES/MG, como instrumento de controle social, exerce as funções de fiscalização, regulação e gerenciamento das ações de saúde, além de promover a capacitação de conselheiros de saúde, conforme destacado no Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde<sup>95</sup>. No que tange a implementação da PNEPS, com a Portaria 1.996 os Conselhos Estaduais de Saúde também compõem o rol de instituições e instâncias responsáveis pela gestão da política.

---

<sup>94</sup> Em Minas Gerais, O Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais foi criado em 1991 por meio do Decreto Estadual de nº 32.568.

<sup>95</sup> Esse plano foi aprovado por meio da Deliberação CIB-SUS/MG nº 575/2009.

A representação do controle social em âmbito estadual é garantida com duas vagas na CIES Estadual, atualmente ocupadas por dois conselheiros representantes do seguimento dos trabalhadores.

#### **4.2.1.3. Colegiado de Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS/MG)**

O Colegiado de Secretários Municipais de Saúde tem a finalidade de fazer a mediação entre os secretários municipais de saúde e as esferas estaduais, representando os interesses municipais na implantação de políticas de saúde.

No âmbito da gestão da PNEPS no estado de Minas Gerais, essa instância tem garantida a representação por meio de duas vagas na Comissão de Integração Ensino Serviço. A escolha desses representantes é realizada em reuniões do COSEMS, a partir do anúncio da disponibilização das vagas e do perfil dos representantes (de preferência que tenham afinidade com a temática).

Além da participação na gestão da política no âmbito estadual esse colegiado também participa na condução de ações educacionais para os trabalhadores do SUS, concorrendo com as instituições formadoras do estado.

#### **4.2.1.4. Comissão Intergestores Bipartite (CIB-MG)**

A CIB-MG, instância colegiada formada por gestores municipais e estadual, representados pelo COSEMS e pela SES, constitui-se foro de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS do estado de Minas Gerais.

A CIB/SUS/MG é composta de forma paritária por sete dirigentes da SES/MG e sete representantes do COSEMS/MG. O representante do Ministério da Saúde é convidado permanente da Comissão em Minas Gerais tendo direito a voz. Somente os titulares ou seus suplentes, na ausência dos titulares, têm direito a participação nos consensos das decisões. É facultado o uso da palavra às pessoas não integrantes da CIB quando autorizado.

Na gestão da PNEPS a CIB-MG é responsável pela pactuação dessa política entre estado e municípios. Isso significa de acordo com a Portaria 1.996/2007 que,

as decisões devem ocorrer nesse espaço. Ou seja, as decisões que cabem pactuação, resultam em deliberações homologadas pela CIB Estadual.

Apesar desse papel desempenhado pela CIB-MG, no estado de Minas Gerais as decisões que dizem respeito a área de educação na saúde são tomadas no âmbito da CIES Estadual, e apenas encaminhadas para a CIB-MG para homologação. Ou seja, a Comissão Bipartite acata as decisões tomadas pelos sujeitos que compõe a CIES Estadual. Assim, as decisões que envolvem as estratégias e ações de educação permanente em saúde são deliberadas (nos dois sentidos – discussão e decisão) no espaço da CIES.

#### **4.2.1.5. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais**

A Escola de Saúde Pública de Minas Gerais<sup>96</sup> criada em 1946 tem como finalidade planejar, coordenar, executar e avaliar as atividades relacionadas ao ensino, à educação, à pesquisa e ao desenvolvimento institucional e de recursos humanos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, em relação às seguintes competências:

- i) desenvolver programa de formação e educação permanente<sup>97</sup> dos agentes com atuação no âmbito de saúde, de extensão e pesquisas sobre temas relevantes em saúde pública;
- ii) estabelecer articulação e intercâmbio com órgãos e entidades nacionais e internacionais, públicas e privadas, visando ao fortalecimento e ao aperfeiçoamento da ESP-MG na área de saúde;
- iii) desenvolver estudos e pesquisas voltados à identificação de riscos e agravos em saúde pública;
- iv) desenvolver estudos relativos ao perfil e às políticas de valorização do servidor da área de saúde;

---

<sup>96</sup> Dentro do organograma da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) a Escola de Saúde Pública é subordinada administrativamente à SES MG e desde 2007 possui autonomia administrativa, orçamentária e financeira.

<sup>97</sup> De acordo com o Projeto Político Pedagógico elaborado pela ENSP em 2012, a Educação Permanente em Saúde basear-se-á, preferencialmente, na aprendizagem significativa, na possibilidade de transformar as práticas profissionais, considerando os conhecimentos e as experiências prévias, e será feita a partir da problematização dos processos de trabalho. As necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores estarão pautadas nas necessidades de saúde das pessoas e populações.

- v) programar, coordenar, executar e avaliar as atividades relativas ao acervo bibliográfico da Secretaria de Estado de Saúde e das entidades a ela vinculadas;
- vi) exercer atividades correlatas. (MINAS GERAIS, 2012, p.14).

A Superintendência de Educação (SEDU), parte integrante da estrutura organizacional<sup>98</sup> da ESP tem por finalidade contribuir para a formulação e implementação das políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à Educação Permanente dos atores com atuação no âmbito do SUS, prioritariamente no Estado de Minas Gerais, por meio das seguintes competências:

- i) planejar, elaborar, coordenar, supervisionar e executar ações educacionais para o desenvolvimento do SUS;
- ii) propor, em articulação com a SES, ações de Educação em Saúde;
- iii) articular, junto à SES e outras instituições públicas estaduais, municipais e federais, estratégias educacionais para o desenvolvimento de ações educativas para o desenvolvimento dos trabalhadores do SUS;
- iv) atuar, junto à Superintendência de Pesquisa, no monitoramento e avaliação das ações educacionais da ESP-MG e no desenvolvimento de atividades relacionadas à pesquisas na área de educação e saúde;
- v) representar, juntamente com a Diretoria-Geral, a ESP-MG na RETSUS e na Rede de Escolas de Governo e Centros Formadores em Saúde Pública;
- vi) desenvolver e aplicar projetos de educação à distância para o SUS;
- vii) formular e propor as diretrizes que norteiam as ações educacionais em consonância com o Projeto Político Pedagógico.

Nessa Superintendência ocorre o planejamento pedagógico dos processos educativos, a elaboração de materiais didáticos, bem como a execução e acompanhamento das ações. São ofertados cursos nos três níveis educacionais (cursos livres, técnicos e de pós-graduação), que podem ser disponibilizados na modalidade de ensino presencial ou à distância.

---

<sup>98</sup> De acordo com o Decreto Estadual nº 45.731/2011 a ESP/MG possui a seguinte estrutura organizacional: I – Unidade Colegiada: Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão; II – Direção Superior: a) Diretor-Geral; b) Vice Diretor Geral; III – Unidades Administrativas: a) Assessoria Jurídica; b) Auditoria Setorial; c) Assessoria de Comunicação Social; d) Superintendência de Planejamento, Gestão e Finanças: 1. Diretoria de Contabilidade e Finanças; 2. Diretoria de Logística e Manutenção; 3. Diretoria de Recursos Humanos; e 4. Diretoria de Planejamento e Modernização Institucional; e) Superintendência de Educação: 1. Diretoria de Educação Técnica; 2. Diretoria de Educação Permanente; e 3. Diretoria de Pós-Graduação; f) Superintendência de Pesquisa: 1. Diretoria de Pesquisa e Extensão; 2. Diretoria de Fomento à Pesquisa.

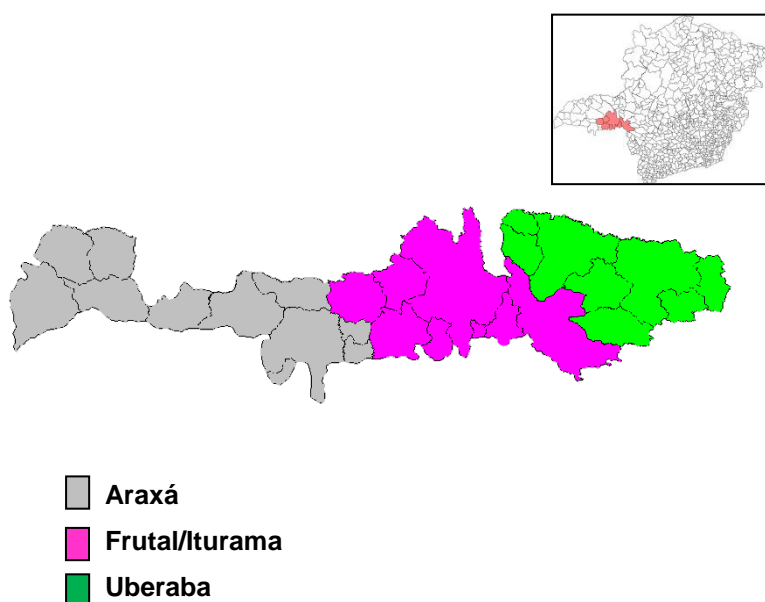
A ESP é considerada pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais a principal referência para o desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde no Estado, incluindo a condução e o desenvolvimento das ações educacionais da PNEPS.

#### **4.2.2. Instituições responsáveis pela gestão da PNEPS em Minas Gerais – âmbito regional**

##### **4.2.2.1. Gerência Regional de Saúde**

A Gerência Regional de Saúde com sede em Uberaba integra a Macrorregião Triângulo Sul. Esse território sanitário é composto por 27 municípios, sendo eles: Água Comprida, Araxá, Campo Florido, Campos Altos, Carneirinho, Comendador Gomes, Conceição das Alagoas, Conquista, Delta, Fronteira, Frutal, Ibiá, Itapagipe, Iturama, Limeira do Oeste, Pedrinópolis, Perdizes, Pirajuba, Planura, Pratinha, Sacramento, Santa Juliana, São Francisco de Sales, Tapira, Uberaba, União de Minas, Veríssimo. Esses municípios são distribuídos em três microrregiões, como pode ser visualizado na figura abaixo.

**Figura 4 - Macrorregião Triângulo Sul**



**Figura 5 - Microrregião Uberaba**



A área responsável pela condução da PNEPS dentro da GRS é o Núcleo de Gestão de Pessoas, que além de acompanhar as ações de educação na saúde, cuida dos instrumentos normativos e de gestão das políticas de saúde dos municípios da área de abrangência.

#### **4.2.2.2. Comissões de Educação Permanente em Saúde Macrorregião (CIES-Macro)**

Seguindo o desenho do PRD implantado no estado de Minas Gerais a partir dos anos 2000, bem como as orientações da nova PNEPS no que diz respeito às instâncias de condução da política no âmbito estadual, em 2009 foram constituídas 13 CIES Macrorregionais e 75 CTMPES, compondo macrorregiões que integram as treze regiões de Saúde e os sessenta e cinco Colegiados de Gestão Regional (CGR), que integra a CIB/Macro e Micro:

De acordo com a Resolução da SES/MG, Nº 3155 de 2012, a CIES Macrorregião é composta por - 02 representantes da Secretaria de Estado de Saúde de Minas; 02 representantes dos Colegiados Microrregionais dos Conselhos Municipais de Saúde da área de abrangência da Macrorregião; 02 representantes das Secretarias Municipais de Saúde; 02 representantes das Instituições formadoras de nível técnico e nível superior na área de saúde que executam atividades educacionais na Macrorregião e 2 representantes de instituição formadora de nível superior por Macrorregião; 02 representantes da Secretaria de Estado de Educação de Minas Gerais.

De acordo com as legislações estaduais, essas Comissões têm como competências no processo de condução da política de educação permanente em saúde:

- I. Articular com as Comissões Técnicas Microrregionais de Educação Permanente em Saúde de sua área de abrangência;
- II. Apoiar e cooperar tecnicamente para a construção dos Planos de Ação Microrregionais de Educação Permanente em Saúde – PAMEPS da sua área de abrangência;
- III. Analisar e consolidar os Planos de Ação Microrregionais de Educação Permanente em Saúde – PAMEPS em um único Plano de Ação Macrorregional de Educação Permanente em Saúde – PAREPS;
- IV. Articular com as Instituições de Ensino buscando identificar possíveis executoras para as ações educacionais a partir dos Planos propostos, propondo, de maneira coordenada, estratégias de intervenção no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores, à luz dos conceitos e princípios da educação permanente em saúde, ampliando a capacidade pedagógica em toda a rede de saúde e educação;
- V. Encaminhar a proposta de PAREPS para pactuação pela CIB Micro;
- VI. Monitorar, avaliar e acompanhar as ações educacionais executadas, encaminhando relatórios para a CIES Estadual;
- VII. Responder pelas atribuições da Comissão de Gestão e Acompanhamento Local, referida pelo Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde;
- VIII. Promover o trabalho articulado entre as várias esferas de gestão e as instituições formadoras, trabalhando dentro das diretrizes do Plano Estadual de Saúde.

#### **4.2.2.3. Colegiado de Gestão Regional (CGR)**

O CGR é instância de pactuação permanente e co-gestão formado por gestores de saúde do conjunto dos municípios de uma determinada região de saúde e por representantes do gestor estadual, que definiram as prioridades, as responsabilidades de cada ente e o apoio para o processo de planejamento local. Esse colegiado é uma inovação do Pacto pela Saúde que visa promover a

articulação entre os municípios e o estado, na Região de Saúde na qual está inserido.

Em Minas Gerais, os Colegiados de Gestão Regional<sup>99</sup> são compreendidos como parte integrante da CIB regional. Ou seja, as atribuições desses colegiados são desempenhadas pela CIB microrregional e macrorregional<sup>100</sup> como forma de garantir a inclusão das demandas dos diferentes interesses regionais e a organização territorial.

Os titulares da CIB Macrorregião do Triângulo do Sul são os Gestores das cidades polo de micro e seus suplentes (também Gestores) escolhidos na própria microrregião, aprovados em CIB, e no mínimo três representantes do Estado.

As reuniões da CIB acontecem mensalmente e contam também com a participação de técnicos de diversas áreas de atuação como atenção à saúde, promoção à saúde, vigilância em saúde, recursos humanos e outras. A representação dos municípios na comissão da CIB regional tem sido preferencialmente exercida pelo secretário municipal de saúde, na sede da macrorregião e microrregião. A pauta é definida pela GRS, sendo acatadas as sugestões de pauta dos gestores municipais pela Secretaria Executiva da CIB.

Do ponto de vista formal (a partir da Portaria e Deliberação) ao assumir a condução regional da política de educação permanente em saúde o CGR opera como instância deliberativa, responsável pela elaboração dos Planos de Ação Regionais de Educação Permanente (PAREPS), pactuação e definição de projetos a serem implementados no campo da formação e qualificação da força de trabalho para a saúde.

Em Minas Gerais esse papel ainda não vem sendo exercido pela CIB Micro de Uberaba e pela CIB Macrorregional do Triângulo Sul. Vale a pena destacar que a discussão sobre a política de educação permanente em saúde não entrou na pauta das reuniões das CIB's Microrregionais. Durante o período analisado – 2007 a 2012

---

<sup>99</sup> A deliberação CIB-SUS/MG Nº 377, de 20 de setembro de 2007 reconheceu o quantitativo das CIBs microrregionais, como sendo equivalentes aos Colegiados de Gestão Regional.

<sup>100</sup> As CIB Micro e Macrorregionais foram criadas por meio da Resolução CIB-SUS/MG de 17 de maio de 2004.



– somente em X reuniões da CIB Macrorregional do Triângulo Sul o debate sobre a política entrou na pauta.

#### **4.2.2.4. Comissões Técnicas Microrregionais de Educação Permanente em Saúde (CTMPES)**

De acordo com as orientações da Portaria 1.996/2007 os Estados devem implantar e implementar Comissões de Integração Ensino-Serviço em nível regional e local. Essas instâncias são responsáveis pela construção e condução da PNEPS em âmbito Macro e Micro, com competência de:

- I. Assessorar a CIB Microrregional nos assuntos referentes à Educação Permanente;
- II. Elaborar proposta do Plano de Ação Microrregional de Educação Permanente em Saúde – PAMPES, que deverá ser parte integrante do Plano Microrregional de Saúde e coerente com a Portaria GM/MS 3.332 de 28 de dezembro de 2006;
- III. Priorizar ações que estejam em consonância com as políticas pactuadas na CIB-SUS/MG e que favoreçam o alcance dos diversos objetivos pactuados para os níveis municipais e microrregional;
- IV. 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;
- V. Acompanhar e avaliar os Termos de Compromisso de Gestão Municipais no que se refere às responsabilidades de educação na saúde;
- VI. Acompanhar os Planos de Ação Microrregional e Macrorregional de Educação Permanente em Saúde – PAMEPS e PAREPS; e
- VII. Encaminhar a proposta do PAMEPS para pactuação pela CIB Microrregional.

#### **4.2.2.5. Colegiados dos Conselhos Municipais de Saúde**

A participação do controle social na condução da PNEPS também é garantida em âmbito regional e conta com a representação de membros dos Colegiados dos Conselhos Municipais de Saúde. A implantação desses colegiados está prevista no

Decreto Nº 7.508 de 2011<sup>101</sup>. No estado de Minas Gerais esses colegiados serão implantados nas 76 microrregiões criadas com a implantação do Plano Diretor de Regionalização (PDR).

De acordo com informações<sup>102</sup> do Vice-presidente do Conselho Estadual de Saúde, a implantação dessas instâncias na Macrorregião do Triângulo Sul já foi iniciada em 2013, e nos próximos meses esse Colegiado fará a indicação dos representantes conselhos de saúde para a participação na condução da política nacional de educação permanente em saúde no nível regional.

Vale destacar que em razão desses colegiados ainda não estarem instituídos em grande parte das Macrorregiões do estado de Minas Gerais, incluindo aí a Macrorregião do Triângulo Sul, o Conselho Estadual de Saúde editou uma deliberação (CES-MG Nº 005/2010) autorizando as CIES Macrorregionais iniciarem as atividades sem a participação dos membros dos colegiados de conselhos municipais de saúde.

#### **4.3. Dinâmicas e modos de operacionalização da participação na gestão da PNEPS no estado de Minas Gerais**

Na primeira seção desse capítulo destacou-se que a Portaria MS 1.996/2007 trouxe, dentre suas inovações, a introdução de espaços participativos, consolidados nos Colegiados de Gestão Regionalizada e nas Comissões de Integração Ensino Serviço, no âmbito estadual e regional.

Essas instâncias foram criadas com a perspectiva de alargar os espaços decisórios na gestão das políticas de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, a partir da inclusão de diferentes atores e sujeitos sociais, que, em alguma medida, se relacionam com as políticas públicas de saúde e cujas atribuições remetem à deliberação, condução, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas. Dentre esses atores estão os Conselhos Estadual e Municipal de Saúde, as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, as Secretarias Estadual de Educação e as instituições formadoras de nível técnico e superior.

---

<sup>101</sup> Esse Decreto regulamenta a Lei no 8.080/1990 e dispõe 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.

<sup>102</sup> Essas informações foram coletadas em entrevista realizada com o conselheiro do CES em abril de 2013.

O objetivo dessa seção é analisar a participação dos diversos atores institucionais na dinâmica de implantação e implementação das CIES Estadual, CIES Macrorregionais e CIES Microrregionais, bem como na construção dos instrumentos de planejamento da política no âmbito estadual e regional e na definição de prioridades. Com esse objetivo em vista, procura-se identificar em que medida a institucionalização dessas instâncias tem contribuído para a constituição de espaços democráticos, bem como para o fortalecimento da democracia participativa e deliberativa, como defendem alguns autores<sup>103</sup>.

#### **4.3.1. A instituição das CIES no nível estadual, macro e microrregional**

Conforme preconizado na Portaria MS 1.996/2007, a condução da PNEPS no estado de Minas Gerais se dá por meio dos Colegiados de Gestão Regional<sup>104</sup> e das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. Essas instâncias são responsáveis pela gestão, acompanhamento e avaliação das ações de educação permanente em saúde nos seus respectivos territórios.

O processo de implantação dessas Comissões no estado de MG tem como marco o ano de 2009, quando foi aprovada a Deliberação CIB-SUS/MG Nº 575. Esse documento define as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Minas Gerais e institui a CIES Estadual, 13 CIES Macrorregionais e 75 Comissões Técnicas Microrregionais de Educação Permanente.

A definição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço no estado de Minas Gerais buscou seguir as mesmas diretrizes informadas pela Portaria 1.996/2007. Como se pode observar no quadro a seguir, a composição e representação são garantidas mediante a participação das seguintes instituições e instâncias:

---

<sup>103</sup> De acordo com alguns autores (GUIZARDI, 2008; LUCHMANN, 2002) a institucionalização de espaços participativos contribui para o fortalecimento da democracia participativa e deliberativa, como trabalhado no segundo capítulo dessa tese.

<sup>104</sup> Cabe destacar, que no estado de MG, o CGR foi substituído pelas CIB Micro e Macrorregionais. Por se tratar de uma instância já constituída no estado antes mesmo da Portaria 1.996, quando da implantação do PDR, não trataremos aqui do seu processo de construção.

**Quadro 5 - Composição CIES Estadual**

Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais	2 representantes
COSEMS	2 representantes
Escola de Saúde Pública de Minas Gerais	1 representante
Instituições formadoras na área de saúde	1 nível técnico 1 nível superior
Secretaria de Estado de Educação de Minas Gerais	2 representantes
Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais	2 representantes
CIES Macrorregionais	1 de cada CIES Macrorregional

Fonte: Deliberação CIB-SUS/MG nº 575 de 2009.

Contudo, cabe destacar, que apesar de a Portaria federal sugerir a inclusão de representantes dos trabalhadores do SUS,<sup>105</sup> no estado de Minas Gerais esse segmento não está diretamente incorporado ao conjunto de atores e sujeitos sociais responsáveis pela gestão estadual da política. Sua representação é garantida apenas por meio da participação do segmento dos trabalhadores como representante do Conselho Estadual de Saúde na CIES estadual.

Outra questão observada na constituição da CIES no estado mineiro é a não garantia da participação de representantes das CIES macrorregionais na composição estadual, apesar de ratificado no Artigo 13 da referida deliberação CIB-SUS. Através da análise documental, foi constatada a ausência de um movimento da SES em direção à institucionalização da participação das CIES macrorregionais. A ausência da instância regional na composição da CIES estadual pode indicar, em alguma medida, a falta de entrosamento e de coordenação do nível estadual com as macrorregiões do estado no processo de condução da PNEPS.

A minuta dessa deliberação - que estabeleceu as CIES no estado de Minas - foi elaborada pela SES/MG com a participação ativa de representantes da Escola de Saúde Pública e do COSEMS, este último, por meio de reunião da CIB/MG para legitimação do processo. É importante destacar que apesar de os representantes da SES em entrevista informarem que o Conselho Estadual de Saúde participou

<sup>105</sup> Conforme artigo 5º da Portaria 1.996/2007 as CIES deverão ser compostas por: 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, grifo nosso).

ativamente das reuniões na SES para construção desse documento, verificou-se que aquela instância não esteve presente durante o processo de construção das diretrizes para a implementação da PNEPS no estado de Minas Gerais. A análise documental permite afirmar que sua participação incidiu após a aprovação da deliberação na CIB estadual, como se viu nas atas das reuniões do CES. A partir de revisão dessas atas verificou-se que somente após publicação da Deliberação estadual, ou seja, quando o texto já estava pronto e pactuado na CIB, é que o Conselho constituiu uma Comissão, com representantes do Conselho Estadual de Saúde, para analisar e propor ajustes ao documento. Com o texto reformulado, o Conselho Estadual de Saúde então publicou a Deliberação CES/MG nº 002/2010 aprovando as diretrizes que instituem as CIES no estado mineiro.

Apesar de instituída no ano de 2009, as atribuições da CIES no estado de Minas Gerais foram exercidas pelo Fórum Estadual de Educação Permanente em Saúde<sup>106</sup> até o ano de 2010, como informado no I Plano Estadual de EPS, bem como nas atas do CES<sup>107</sup>. Esse Fórum era composto por gestores estaduais de saúde, gestores estaduais de educação, instituições formadoras e controle social que se reuniam uma vez por ano mediante convocação da SES.

A partir de revisão dos documentos levantados junto à Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais verificou-se que a CIES Estadual teve a sua primeira<sup>108</sup> reunião realizada em junho de 2010<sup>109</sup>, sendo realizadas 07 reuniões durante esse ano. Nesse período, a SES/MG desenvolveu um conjunto de ações voltadas para a elaboração de instrumentos normativos que orientassem a conformação da estrutura, competências e procedimentos da Comissão Estadual. Dentre esses documentos destaca-se o Regimento Interno da CIES editado por meio da Resolução nº 2579 de 24 de novembro de 2010. Esse processo serviu para nortear

---

<sup>106</sup> Cabe lembrar, conforme mencionado na seção anterior, que esse Fórum foi criado em 2003 e serviu como espaço de articulação entre gestores, instituições formadoras e controle social no processo de formulação da PNEPS em sua primeira versão, em 2004.

<sup>107</sup> O I Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do estado de Minas Gerais foi pactuado na Deliberação CIB-SUS/MG nº 501 de 03 de dezembro de 2008.

<sup>108</sup> Cabe destacar, que durante o nosso trabalho de campo não tivemos acesso às atas das reuniões da CIES durante o ano de 2010. Essas informações foram colhidas em outros documentos disponibilizados pela SES/ANSS, como apresentação em PowerPoint feita pela SES quando do seminário de planejamento, bem como das entrevistas.

<sup>109</sup> Cabe destacar, que nesse período, a PNEPS estava sob responsabilidade da Gerência de Ações Educacionais em Saúde, ligada à Superintendência de Desenvolvimento e Gestão de Pessoas.

as ações e estratégias que seriam desempenhadas pelas instâncias co-gestoras nos anos seguintes.

Como já informado anteriormente, a partir de 2011 a PNEPS passou a ser vinculada à Assessoria de Normalização dos Serviços de Saúde, sendo realizada a primeira reunião da CIES nesse novo setor em abril daquele ano. A partir dessa primeira reunião, os encontros entre os representantes dessa Comissão passaram a ser mensais, a partir de pauta previamente definida pela Secretaria Executiva da CIES<sup>110</sup>.

Desde a vinculação da PNEPS à ANSS até dezembro de 2012,<sup>111</sup> foram realizadas 09 reuniões no ano de 2011 e 05 em 2012. Essas reuniões ocorreram na sede da Secretaria de Estado de Saúde e contaram com a participação de representantes da SES/MG, COSEMS, SEE/MG, Escola de Saúde Pública, Conselho Estadual de Saúde, além de instituições convidadas, principalmente de diferentes setores da própria SES, de Secretarias Municipais de Saúde e de instituições formadoras.

Ao analisar as atas das reuniões da CIES, foi possível identificar, de um lado, uma expressiva presença dos atores institucionais nesses espaços, o que demonstra seu reconhecimento pelos sujeitos envolvidos e confere legitimidade à própria CIES, nos termos de Luchmann (2002). Contudo, cabe indagar aqui, em que medida essa participação está relacionada aos interesses imediatos na aprovação de determinados assuntos em pauta, notadamente a oferta de certos cursos de capacitação, seguindo a tendência anterior dos Polos de Educação Permanente<sup>112</sup>, ou se, de fato, vincula-se a decisões de interesse coletivo. Sobre esse assunto será debruçado mais adiante.

Por outro lado, chama atenção a participação de representantes do Conselho Estadual de Saúde em apenas duas reuniões da CIES durante o ano de 2011 e duas no ano seguinte. A justificativa para essa baixa presença encontra-se nas atas de reuniões do CES: quando perguntado sobre o andamento da CIES, o

---

<sup>110</sup> A Secretaria Executiva da CIES é assumida por um dos membros da SES/ANSS.

<sup>111</sup> O ano de 2012 é o término do marco temporal do nosso estudo.

<sup>112</sup> De acordo com Viana, 2008 a experiência dos Polos de Educação Permanente em Saúde ficou reduzida à aprovação de cursos de capacitação ofertados pelas instituições de ensino participante.

representante do controle social nessa instância informou que não estava participando em razão da coincidência de datas com as reuniões do próprio Conselho. O que parece inapropriado é o fato de que o calendário de reuniões desses dois importantes espaços tende a ser definido por seus partícipes, com clara condução da Secretaria Estadual de Saúde. Ao fazer coincidir as datas, acaba-se por comprometer a participação de representantes do Conselho Estadual de Saúde, o que nos leva a questionar a importância dada à participação do Conselho na CIES.

As reuniões da CIES estadual foram realizadas durante o período de abril de 2011 a junho de 2012. A partir dessa data, as reuniões dessa instância foram suspensas. Nas entrevistas realizadas com diferentes atores e na análise documental verificou-se que essa interrupção se deu em razão de solicitação do Conselho Estadual de Saúde, através de documento encaminhado ao Secretário de Estado de Saúde. O representante do CES justificou essa solicitação pela necessidade de estabelecer um planejamento para a Política de Educação Permanente no estado de Minas Gerais. Para além desse argumento, a análise aponta para discordâncias por parte do Conselho em relação à condução da dinâmica das reuniões da CIES. O trecho abaixo, extraído de uma das atas das reuniões do Conselho, confirma essa perspectiva.

[...] Por mais de uma vez nós já respondemos [à SES] que não vamos mais participar de reunião [da CIES] para aprovação de projetos para instituição de saúde. A CIES não é para trabalhar nessa política de cursos e sim de uma política Estadual de Educação Permanente em Saúde. Por mais que a gente insista nisso, a Secretaria insiste em manter a reunião da CIES neste sentido, em vez de a gente construir um Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde no SUS. Do mesmo modo, a criação das CIES macro e microrregional (...) Para que a gente não cometa o mesmo erro que cometeu quando cuidava dessa política através dos Polos de Educação Permanente no SUS. [...] (Representante do CES 1).

Interessante observar sobre esse aspecto, que, apesar de o Conselho Estadual não participar regularmente das reuniões da CIES estadual, este exerce forte influência sobre esse espaço, uma vez que, como pode ser visto, essa instância foi responsável por vetar a continuidade das reuniões dessa Comissão.

A preocupação do Conselho Estadual com o processo de planejamento de uma Política de Educação Permanente em Saúde para o estado de Minas Gerais também se estendeu à implantação das CIES macro e microrregionais.

A esse respeito cabe resgatar que o processo de implantação das CIES macrorregionais e as das Comissões Técnicas Microrregionais de Educação Permanentes em Saúde (CTMEPS) foi conduzido pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gérias, por intermédio da CIES Estadual, a partir de dois momentos distintos.

O primeiro momento foi em 2009, quando do processo de construção da deliberação CIB-SUS/MG 575, que definiu as diretrizes para a implementação da PNEPS em Minas Gerais. Essa deliberação previa a instauração das 13 CIES macrorregionais e das 75 Comissões Técnicas Microrregionais, com suas atribuições e composição. Apesar da sua previsão, esse movimento não avançou na direção de efetivação das CIES no âmbito regional. Na avaliação de representantes da SES entrevistados, essa demora foi necessária para o amadurecimento do processo de institucionalização dessas Comissões, na medida em que a nova conformação da PNPEs prevê um conjunto de instituições em diferentes níveis de abrangência, exigindo a definição de atribuições e competências e o efetivo papel coordenador da SES nesse processo recém deflagrado. Essa avaliação pode ser evidenciada no depoimento a seguir.

*“[...] A gente começou a perceber que a operacionalização da PNEPS envolvia um conjunto de instituições, e o papel de cada uma delas ainda estava muito confuso. Então a gente não conseguia ter segurança pra começar a mobilizar todo mundo para funcionar como CIES, porque a gente percebia que na prática a operacionalização ainda estava muito tumultuada. A SES não conseguia ver operacionalização tão fácil daquilo que estava sendo proposto. Nisso a gente perdeu um tempo aí, porque a gente não implementou as CIES tão imediatamente, porque a gente achava que não era a forma correta. A Secretaria optou por aguardar um pouco mais, antes de mobilizar todos os atores por algo que ela achava que não ia conseguir implementar”. (Representante da SES, 2).*

Em 2011, com as mudanças na estrutura da SES e a vinculação da PNEPS à Assessoria de Normalização dos Serviços de Saúde, teve início o segundo momento que buscou avançar na institucionalização das Comissões regionais e na elaboração dos Planos de Educação Permanente de forma ascendente. Esse segundo



momento foi caracterizado pela realização de oficinas, denominadas de “Oficinas de Planejamento Estratégico para implementação da PNEPS no estado de Minas Gerais”, coordenadas pela Assessoria de Normalização da SES. A primeira oficina visava à realização de diagnóstico da educação permanente no estado, considerando as necessidades de formação dos trabalhadores de saúde e o mapeamento das instituições de ensino. Essa etapa envolvia as Gerências Regionais de Saúde e foi realizada nas 75 microrregiões do estado. A segunda oficina teve como objetivo definir a visão, missão, valores e objetivos estratégicos da CIES, para posterior elaboração de indicadores e criação de estratégia de monitoramento e avaliação das ações educacionais.

Essa estratégia foi considerada prioridade pela SES como forma de retomar e alavancar o processo de implementação da Política de Educação Permanente no estado de Minas Gerais. Cabe destacar que a decisão de realizar esse planejamento partiu da SES e foi apresentada na primeira reunião da CIES realizada em abril de 2011, apenas para validação da proposta, conforme mencionado pela representante da SES em entrevista realizada em fevereiro de 2013.

Antes de iniciar a primeira oficina para elaboração do diagnóstico das necessidades de formação na área da saúde, foi realizada em Belo Horizonte em junho de 2011, uma oficina com duração de um dia com objetivos de realizar alinhamento conceitual sobre educação permanente em saúde; apresentar o instrumento<sup>113</sup> elaborado pela SES/ANSS para realização do diagnóstico das necessidades de formação dos trabalhadores pelas microrregiões; estabelecer ações para funcionamento das CIES Macrorregionais e CTMEPS e validar o cronograma de realização das oficinas microrregionais. Esse processo envolveu o nível central da SES, por meio da ANSS, e as referências técnicas de EPS das Gerências Regionais de Saúde, com a participação de um representante do Ministério da Saúde.

Sobre esse processo, vale destacar que a condução dessa estratégia foi exclusiva da SES, sem a participação dos demais atores institucionais que participam da gestão dessa política no estado. Como observado acima, os

---

<sup>113</sup> Esse documento encontra-se nos anexos.

integrantes da CIES tomaram conhecimento dessa estratégia apenas na reunião da CIES que antecedeu a oficina, conforme se verificou em ata.

A oficina teve ênfase no alinhamento teórico dos conceitos de educação permanente em saúde e no resgate do processo de implementação da política no estado. Cabe destacar a pouca preocupação com o envolvimento dos atores institucionais na condução político e gerencial da PNPEs, como observado na estrutura da oficina. Essa dinâmica faz indagar em que medida os responsáveis pela implementação da política no nível regional foram dotados de informação suficiente para conduzir esse processo de 'planejamento estratégico' como proposto pelo nível central.

A partir desse alinhamento sobre educação permanente em saúde, foram realizadas as oficinas microrregionais durante o segundo semestre de 2011 em todo o estado, envolvendo as referências técnicas de educação permanente em saúde e os gestores municipais de saúde dos municípios que integram as respectivas microrregiões.

Tomando por referência a experiência da macrorregião Triângulo Sul, esse processo foi conduzido pela referência técnica da GRS de Uberaba por meio de oficina realizada em agosto de 2011, com duração de um dia. Essas oficinas foram realizadas nos municípios polo das três microrregiões que integram a macrorregião - Araxá, Frutal e Uberaba.

De acordo com a representante da CIES microrregional (gestora do município selecionado neste estudo) *“o representante da GRS agendou reunião com os gestores dos municípios integrantes da microrregião de Uberaba (o encontro foi realizado em Sacramento) com o objetivo de instruir os gestores no preenchimento do questionário sobre educação permanente em saúde”*.

A oficina foi coordenada pela referência técnica da GRS e dividida em dois momentos. O primeiro momento da oficina foi dedicado à apresentação das diretrizes da PNEPS e ao alinhamento conceitual sobre educação permanente. Para

auxiliar nessa compreensão foi utilizado o artigo<sup>114</sup> “Educação Permanente para profissionais de saúde: alinhamento conceitual”, bem como a apresentação em Power Point utilizada pelo SES na primeira oficina.

O segundo momento da oficina foi dedicado à leitura do instrumento elaborado pela SES, juntamente com os representantes municipais presentes à reunião, para esclarecimento de dúvidas e posterior preenchimento. A proposta era constituir um grupo com participação dos gestores municipais, representantes das equipes de APS, responsável pelo PEP, referência para educação permanente, coordenador da APS, coordenadores para a atenção especializada e hospitalar e outros técnicos para discussão e preenchimento do questionário. Contudo, de acordo com a representante da CIES microrregional *“Os gestores começaram a responder as perguntas depois das explicações do representante da SES e àqueles que não conseguiram terminar de concluir o questionário foi dado um prazo de 15 dias para envio para a GRS de Uberaba”*.

Cabe lembrar que essas oficinas tiveram como objetivos traçar o diagnóstico da educação permanente de cada microrregião, a partir do instrumento elaborado pela SES/MG e instituir as Comissões macro e microrregionais de educação permanente em saúde.

Sobre a implantação das CIES macro e microrregionais nessa oficina foi solicitada a indicação de dois representantes da gestão municipal para compor cada uma das Comissões e a indicação de representantes das duas Universidades de Uberaba (UFTM e Uniube), da Superintendência de Ensino e Escolas Técnicas para compor a CIES macrorregional.

A CIES da Macrorregião Triângulo Sul tem na sua composição representantes da Gerência Regional de Saúde, da Superintendência de Educação, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, da Universidade de Uberaba, de Escolas Técnicas e dos gestores municipais, como pode ser visto no quadro 6.

---

<sup>114</sup> Esse texto é de autoria de João Batista Silvério, Coordenador do Programa de Educação Permanente em Saúde para médicos (PEP-MG), implementado pela SES/MG desde 2005.

### Quadro 6 - Composição CIES Macrorregional Triângulo Sul

Gerência Regional de Saúde	02 representantes
Superintendência de Educação	02 representantes
Universidade Federal do Triângulo Mineiro	02 representantes
Universidade de Uberaba	02 representantes
EFOP	02 representantes
CEFORES	01 representante
SENAC	01

Fonte: Documentos coletados na Gerência Regional de Saúde de Uberaba, dezembro de 2012.

Como mencionado anteriormente, essa Comissão ainda não conta com a participação de representantes dos conselhos municipais de saúde, e esse fato deve-se a não instituição do Colegiado de Conselhos Municipais de Saúde na macrorregião Triângulo Sul.

A primeira reunião da CIES macrorregional foi realizada na sede da Gerência Regional de Saúde em Uberaba em setembro de 2011 e teve como pauta a implementação da política de educação permanente em saúde. Nessa reunião foram apresentados o Regimento Interno da Comissão elaborado pela CIES estadual e a proposta das oficinas de planejamento para implementação da PEPS. Foi discutido o papel dessa Comissão no processo de análise do diagnóstico das necessidades de formação e na elaboração do plano de ação macrorregional em educação permanente.

De acordo com as entrevistas realizadas, a instituição dessa Comissão no âmbito regional representava uma grande oportunidade das demandas e necessidades de capacitação e qualificação dos trabalhadores da saúde serem incorporadas na agenda política e ações de educação na saúde estarem mais próximas da realidade local.

Nas primeiras reuniões, os representantes das instituições de ensino criaram expectativas sobre a capacidade de influenciar no planejamento das ações de educação na saúde. Inclusive com discussões e propostas de organização de um seminário sobre educação permanente em saúde envolvendo os diversos atores

sociais responsáveis pela condução da política, além da elaboração coletiva de um Plano Regional de Educação Permanente em Saúde.

Contudo, os discursos desses sujeitos informaram que esses espaços não foram utilizados de forma a permitir a elaboração do plano macrorregional de educação permanente em saúde, nem mesmo a análise do diagnóstico de educação permanente, como previsto inicialmente.

No que tange às pautas das reuniões das CIES macro e microrregionais, foi possível identificar uma forte influência da Assessoria de Normalização da SES na definição da maioria das pautas regionais, além da inclusão de pauta relacionada à apreciação e aprovação de projetos, como Pet-Saúde, elaborados pelas duas instituições de ensino – UFTM e Uniube - elas próprias as solicitantes de inclusão de pauta na reunião.

#### **4.3.2. O processo de elaboração dos Planos Estadual de Educação Permanente em Saúde**

A Portaria 1.996, editada em 2007, coloca como mecanismos de planejamento para implementação da PNEPS os Planos de Ação Macrorregional e Microrregional de EPS e o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde.

Sob essa orientação, os Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde deverão ser construídos coletivamente, envolvendo os representantes das CIES macrorregionais e dos Colegiados de Gestão Regionalizada, com base nas necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde. Após sua construção coletiva os Planos devem ser submetidos à CIB macro para homologação.

As diretrizes contidas na Deliberação CIB/SUS 501/2008, que publica o I Plano Estadual de Saúde de Minas Gerais, seguiram as orientações da Portaria ministerial no que diz respeito à lógica ascendente<sup>115</sup> em relação ao levantamento das necessidades de ações. Ou seja, como recomenda a PNPEs, os Planos Estaduais de EPS deverão ser elaborados a partir dos Planos de Ação

---

<sup>115</sup> Nessa perspectiva os Planos de Ação Macrorregional e Microrregional de EPS devem subsidiar a elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde. Ou seja, na lógica ascendente ações de Educação Permanente surgem a partir das necessidades locais e regionais.

Microrregional de Educação em Saúde (PAMEPS) e dos Planos de Ações Regionais para a Educação Permanente em Saúde (PAREPS).

De acordo com essa normativa, os Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde caracterizam-se como uma proposta que tem como diretrizes a análise de necessidades de formação profissional da região, a definição das prioridades e a seleção de estratégias e instâncias que participarão da condução da política no âmbito regional. À exemplo da regulamentação nacional, a deliberação estadual prevê que as ações contidas nesses planos sejam orientadas por meio de um diagnóstico das necessidades de formação dos trabalhadores do SUS do serviço de saúde nas micro e nas macrorregiões.

No estado de Minas Gerais, desde 2007, ano que instituiu a Portaria 1.996, foram elaborados dois Planos Estaduais de Educação Permanente em Saúde (2008-2011 / 2012-2015), publicados por meio das Deliberações CIB/SUS 501/2008 e CIB-SUS 950/2011.

A elaboração do I Plano Estadual de Educação Permanente em Minas Gerais foi conduzida por representantes da SES e da Escola de Saúde Pública. Em entrevista, uma representante da SES afirmou que esse processo contou com a ativa participação do Conselho Estadual de Saúde e do COSEMS. No entanto, essa participação do Conselho deve ser aqui relativizada. Ao analisar as atas das reuniões do CES, observou-se que, em fevereiro de 2008, o Conselho convidou representante da SES para sua reunião, a fim de discutir o plano formulado por essa Secretaria. Uma das principais críticas ao plano nesse debate foi tecida pelo representante do Conselho, que chamou atenção para a ausência de um planejamento de educação permanente e para a necessidade de aprofundamento e ampliação da discussão sobre o plano.

Apesar das críticas, o plano de educação permanente foi aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde tal como apresentado pela SES. Essa aprovação foi justificada pela necessidade de garantir o repasse de recursos do Ministério da Saúde para o estado, como pode ser verificado na fala a seguir: “A gente tem a proposta de montar o plano direitinho. Porque assim, do jeito que foi feito, é para

resolver o problema da Portaria, do repasse do recurso.” (Representante da instituição de ensino).

No Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (MINAS GERAIS, 2008) são definidas as diretrizes para a EPS no âmbito do estado de Minas Gerais, das quais vale a pena destacar:

- Priorizar as ações educacionais relacionadas com a Atenção Primária à Saúde.
- Priorizar as ações educacionais relacionadas com o Pacto pela Saúde, o PMDI, os Projetos Estruturadores e Associados.
- Desenvolver ações para o fortalecimento das redes de atenção à saúde.
- Adotar e priorizar estratégias de Educação a Distância para a realização das ações educacionais.
- Realizar ações educacionais voltadas aos usuários do SUS.
- Atuar de forma conjunta com as escolas técnicas do SUS, visando a formação de trabalhadores de nível técnico.
- Buscar o desenvolvimento dos profissionais do SUS/MG, ampliando conhecimentos e aumentando a qualidade e a eficácia dos serviços de saúde em benefício da população.
- Promover a integração da educação em saúde com as políticas e as diretrizes para a gestão do trabalho no SUS.
- Reconhecer as especificidades das microrregiões na elaboração e no desenvolvimento de ações educacionais.
- Executar a Política por meio da implantação e da implementação das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) e dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), sendo que as atribuições desses são exercidas pelas CIBs-Micro (Comissão Intergestores Bipartite Microrregionais), conforme aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde (CES) no Termo de Compromisso de Gestão do estado de Minas Gerais.
- Fortalecer a participação do Controle Social nas CIES.
- Incentivar o financiamento tripartite – União, estados e municípios.
- Utilizar mecanismos que possibilitem o monitoramento e a avaliação do impacto das ações educacionais desenvolvidas na Política Pública.

Como se vê, essas diretrizes seguem a regulamentação nacional, estando, no entanto, bastante genéricas. A esse respeito, uma crítica feita pela representante de instituição formadora ao plano é quanto a sua amplitude, com poucos subsídios para sua operacionalização. De acordo com a representante da instituição de ensino, esse plano não reflete um plano de educação permanente em saúde para o estado:

*“Eu mesmo fui uma pessoa que disse que estávamos aprovando um plano que não reflete um plano estadual de educação permanente em saúde. Por que, se você lê esse plano você vai dizer: isso aqui pode ser tudo, pode ser nada. As diretrizes estão muito amplas com pouca operacionalização”.*

Apesar dessas críticas, cabe destacar, a inclusão da PEPS no Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde no capítulo “Educação em Saúde” como um avanço no processo de construção da educação permanente enquanto parte constitutiva da política de saúde e do próprio SUS.

Em 2011, visando atender às exigências da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS) para o repasse de recursos, a Assessoria de Normalização dos Serviços de Saúde elaborou o II Plano Estadual de Educação Permanente.

A dinâmica de construção desse plano teve um caráter de urgência e não contou com a participação dos atores envolvidos com a gestão da política, nem mesmo da Escola de Saúde Pública que havia contribuído na elaboração da primeira edição.

Vale destacar que o conteúdo desse plano é bastante similar ao primeiro, tendo sido acrescentado, por exigência da SGTES, uma descrição do estágio que se encontrava a implantação das Comissões de Integração Ensino Serviço.

#### **4.3.3. Definição de prioridades na condução da Política Nacional de Educação Permanente no estado de Minas Gerais**

A Portaria 1.996 indica que os assuntos sobre educação permanente em saúde deverão ser discutidos nas Comissões de Integração Ensino Serviço. Tal quais os planos educacionais de saúde, a recomendação é de que as prioridades relacionadas à educação na saúde envolvam o maior conjunto de afetados pela



política possível, o que implica considerar o movimento ascendente da ponta dos serviços até o nível mais central da gestão da política.

A definição das prioridades deve se pautar na direção de responder ao planejamento das ações e das estratégias voltadas para a capacitação e qualificação dos trabalhadores da área da saúde.

De acordo com Côrtes (2009), um dos principais indicadores de poder de influência sobre a dinâmica de funcionamento de um fórum é o modo como é elaborada sua agenda de debates, expressa na pauta das reuniões. Tal elaboração que, segundo a autora envolve a seleção dos assuntos a serem discutidos, tem o potencial de indicar quem controla a dinâmica de funcionamento do fórum.

Quanto à construção da pauta das reuniões da CIES Estadual, verificou-se uma abertura para a proposição de assuntos pelos representantes dessa Comissão. Contudo, apesar de uma abertura para a inclusão de pauta por parte dos atores que participam da condução da política, constatou-se que os representantes da SES eram responsáveis pela inclusão na pauta da maior parte dos assuntos debatidos nas reuniões da CIES. Na análise das atas das reuniões da Comissão Estadual, é possível perceber que a inclusão de assuntos na pauta se reduz às áreas técnicas da SES, em sua maioria voltadas para apreciação e aprovação de ações educacionais.

Em relação aos assuntos discutidos nas reuniões, constatou-se uma predominância de temas considerados prioritários pela SES, principalmente no que diz respeito à aprovação de cursos, apontando limites por parte dos atores em exercer influência na definição de assuntos que serão discutidos.

Outro ponto que merece ser ressaltado volta-se para o papel central ocupado pelos gestores e técnicos da SES na condução das reuniões da CIES, bem como a falta de debates e discussões envolvendo os assuntos tratados na Comissão. Nas atas das reuniões analisadas, verificou-se que temas importantes, como por exemplo, as oficinas de planejamento estratégico - pauta da primeira reunião realizada no ano de 2011 - não foram debatidos pelos sujeitos que estavam presentes.

Sobre a influência dos diversos atores institucionais na definição das prioridades e na execução dos recursos financeiros da PNEPS no estado de Minas Gerais percebeu-se uma baixa capacidade desses sujeitos em influenciarem os processos decisórios. Isso porque, como se viu nas atas das reuniões do Conselho e da CIES estadual, bem como nas entrevistas realizadas com os sujeitos que participam da gestão da política, não existe um planejamento das ações de educação permanente no estado de Minas Gerais. Os planos estaduais de educação permanente em saúde não foram construídos de forma ascendente e, portanto, não retratam as necessidades locais de capacitação e qualificação dos trabalhadores da saúde.

Ao examinar os temas que compunham a pauta das reuniões constatou-se que os representantes da Secretaria Estadual de Saúde apresentam uma posição central nas Comissões de Integração Ensino-Serviço. Dessa forma, os representantes dos gestores estaduais, além de exercerem o protagonismo inerente à condição de dirigentes estaduais da área da saúde, participavam da Secretaria Executiva da CIES e eram os que mais se manifestavam nas reuniões e influíam na definição da agenda.

#### **4.3.4. Outras estratégias de Educação Permanente em Saúde no estado de Minas Gerais**

No mesmo contexto em que o Ministério da Saúde lança a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria 198/2004<sup>116</sup>, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais dá início a um conjunto de ações e estratégias no âmbito da educação na saúde que não correspondem à política nacional de educação permanente em saúde.

Dentre essas ações merece destaque o Programa de Educação Permanente (PEP), criado em 2005 para lidar especificamente com as necessidades de capacitação e formação dos médicos<sup>117</sup> das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em Minas Gerais. Como se buscará demonstrar a seguir, o PEP se

---

<sup>116</sup> Portaria 198/2004 institui a PNEPS e cria os Polos de Educação Permanente em Saúde.

<sup>117</sup> De acordo com o vice-presidente do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais, em entrevista concedida em abril de 2013, há perspectiva de que a partir de 2013 o PEP seja ampliado para as demais profissões da ESF.

desenvolve de forma totalmente paralela à PNEPS, contando com considerável aporte de recursos do governo estadual<sup>118</sup>.

O PEP integra o projeto denominado Saúde em Casa, um dos programas estratégicos do governo estadual, em que são prioritariamente alocados recursos financeiros do Tesouro Estadual e dos quais se esperam os maiores impactos. Sob gestão da SES-MG, o projeto Saúde em Casa implantado em 2003 prioriza a universalização e a qualificação da atenção primária à saúde no âmbito do SUS. Para tanto, envolve as estruturas regionalizadas da SES/MG – as Gerências Regionais de Saúde (GRS), Secretarias Municipais de Saúde e Instituições Formadoras. O programa Saúde em Casa é desenvolvido a partir de duas estratégias principais: PDAPS e PEP. O projeto prevê também investimentos que contemplam o repasse de recursos para a realização melhorias na estrutura física e para a aquisição de equipamentos. Os repasses do fundo estadual para os fundos municipais são realizados mediante a aprovação dos projetos enviados pelas Secretarias Municipais de Saúde, a partir de Edital lançado pela SES/MG.

A implantação do Programa de Educação Permanente em Saúde para médicos da ESF foi fruto das estratégias desenvolvidas pelo consultor da SES/MG, Eugênio Vilaça Mendes, para atender às necessidades peculiares da ESF no estado. O PEP foi desenhado por dois consultores da Escola de Saúde Pública do Ceará, Silvia Mamede e Júlio Penaforte, a partir de um convite do então consultor da SES-MG. O desenho desse programa tomou por referência a experiência de educação permanente dos *general practitioners* da Holanda<sup>119</sup>, com adequações à realidade do estado de Minas Gerais.

De acordo com informações no site do programa, os propósitos do PEP<sup>120</sup> são: i) induzir cultura de mudança e renovação da prática do profissional e criar um

---

<sup>118</sup> Ver informações no Portal da Transparência: [www.portaldatransparencia.mg.gov.br](http://www.portaldatransparencia.mg.gov.br)

<sup>119</sup> O modelo do PEP, no formato adotado em MG, conta com as diversas estratégias educacionais articuladas através do Ciclo de Aperfeiçoamento da Prática Profissional desenvolvido pelos GAPs. O modelo é baseado na “peer review” em grupos permanentes de revisão contínua da prática profissional, a qual se originou como uma estratégia de educação permanente dos médicos de família (*general practitioners*) da Holanda. As necessidades específicas do processo de estruturação da ESF no Brasil levaram a SES/MG a associar ao processo de “peer review” – que basicamente segue o mesmo formato adotado nos outros países. Nestes termos, o PEP tem como base o modelo de educação permanente dos “*general practitioners*” da Holanda, mas adaptado à realidade brasileira (Informações disponíveis em <http://pep.esp.mg.gov.br/index.php/>).

<sup>120</sup> Ver: <http://pep.esp.mg.gov.br/index.php/home/o-que-e-o-pep>

sistema de melhoria permanente da performance clínica em busca da excelência dos cuidados ao paciente; ii) melhorar o nível de resolubilidade da atenção primária; iii) aumentar a auto-estima profissional do médico de família; iv) criar um sistema de aperfeiçoamento contínuo da prática profissional; v) romper o isolamento profissional; vi) reduzir as taxas de investigações diagnósticas desnecessárias; vii) reduzir as prescrições incorretas de medicamentos; viii) reduzir a variabilidade da prática profissional; ix) reduzir a rotatividade dos médicos no PSF.

A estrutura básica do PEP é o Grupo de Aperfeiçoamento Profissional (GAP<sup>121</sup>). Os médicos das equipes de Saúde da Família de uma mesma microrregião de saúde – atualmente são 75 microrregiões no estado – são organizados em grupos de oito a doze participantes de acordo com a distribuição geográfica das equipes.

A operacionalização do Programa de Educação Permanente para Médicos de Família se dá de forma descentralizada, por meio de parcerias estratégicas da SES/MG com os seguintes atores:

- Instituição Executora - Escola de Saúde Pública de Minas Gerais
- Instituição Conveniada - Universidades/Escolas de Medicina regionais. No caso da Macrorregião do Triângulo Sul, a Universidade Federal do Triângulo Mineiro;
- Instituição Certificadora - Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade (AMMFC);
- Gestores Municipais;
- Médicos das Equipes da ESF.

---

<sup>121</sup> Os GAPs constituem-se em um grupo composto por aproximadamente 10 profissionais médicos, com a supervisão de um professor da instituição formadora executora do programa. No caso da Macrorregião Triângulo Sul esse papel é exercido pelo coordenador do programa, professor da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Cabe destacar que a organização dos GAPs obedeceu à lógica do Plano Diretor de Regionalização (PDR).

A implantação do PEP, a composição dos grupos, bem como o município aonde o grupo irá se encontrar regularmente – município Sede de GAP<sup>122</sup> – são pactuados na Comissão Intergestores Bipartite Microrregional (CIB Micro). Quando a implantação do programa é aprovada, os municípios favoráveis assinam um Termo de Adesão ao PEP e os municípios Sede de GAP se comprometem a disponibilizar um espaço físico adequado para implantar a Sala de Educação Permanente.

As atividades educacionais são presenciais, supervisionadas por representantes das Escolas de medicina regionais e acontecem no horário de trabalho dos médicos, com tempo protegido para esse fim.

As atividades educacionais estão organizadas em 04 (quatro) grandes eixos principais:

- i) O Círculo de Aperfeiçoamento da Prática Profissional (CAPP) – estratégia educacional para pequenos grupos, baseada na metodologia da revisão entre pares (*peer review*), destinada à reflexão sobre a prática corrente, identificação de critérios e padrões, planejamento/implantação/avaliação de mudanças na prática e promoção da melhoria de qualidade do cuidado;
- ii) O Plano de Desenvolvimento Pessoal (PDP) – estratégia educacional dedicada à aprendizagem individual, ao desenvolvimento da meta cognição, da prática reflexiva e da aprendizagem auto dirigida de longo prazo;
- iii) O Módulo de Capacitação (Módulos Top) – estratégia educacional para grandes grupos, destinada à difusão rápida de informações e de conhecimento factual, declarativo, oferecidos aos participantes de vários GAPs, para atender às necessidades dos participantes e ou gestores.
- iv) O Treinamento em Serviço – estratégia educacional individual ou para pequenos grupos, desenvolvida em unidades de atenção primária destinadas ao desenvolvimento de habilidades clínicas básicas; ou desenvolvida em unidades de atenção secundária ou terciária para treinamento de habilidades clínicas especiais.

---

<sup>122</sup> Os municípios Sede de GAP são aqueles municípios aonde os médicos participantes do GAP se encontram regularmente para desenvolver as atividades educacionais. A escolha desses municípios é pactuada na CIB Micro e leva em consideração, entre outras coisas, as facilidades de acesso, distâncias, sistema viário, estrutura dos serviços de saúde locais e vínculos históricos entre os municípios.

A seleção dos tópicos para estudo e a programação das atividades educacionais é definida a partir das necessidades de aprendizagem dos médicos participantes do GAP, com ênfase nas áreas prioritárias da política estadual de saúde.

O programa é integralmente financiado pela Secretaria de Estado de Saúde, com recursos do Tesouro. Os recursos financeiros são transferidos para as Universidades/Escolas de Medicina parceiras mediante contrato ou convênio. Não há contrapartida financeira por parte das universidades, municípios ou médicos participantes.

A gestão do PEP é realizada pela Coordenação Regional, atribuição da universidade parceira, e pela Coordenação Estadual, vinculada à Superintendência de Atenção Primária à Saúde da SES/MG. A Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP) é a gestora dos contratos com as universidades e responsável pelo monitoramento e avaliação do PEP<sup>123</sup>.

Atualmente, 12 instituições de ensino operam o PEP em suas respectivas áreas de abrangência. São elas: Universidade Estadual de Montes Claros, as Universidades Federais de Minas Gerais, Uberlândia, Triângulo Mineiro, São João Del Rei, Juiz de Fora, Ouro Preto e Vales do Jequitinhonha e Mucuri além das Escolas de Medicina de Barbacena, Patos de Minas, UNIFENAS BH e Ciências Médicas de Minas Gerais. No município de Belo Horizonte, o PEP é operado pela própria Prefeitura Municipal, utilizando médicos da rede municipal como docentes, sem interveniência de Escola de Medicina. Com a implantação do PEP nas macrorregiões Leste e Sul, outras Escolas de Medicina regionais serão integradas aos parceiros atuais.

A implantação do Programa de Educação Permanente (PEP) na Macrorregião Triângulo Sul iniciou em junho de 2009, por meio do Curso para capacitação dos supervisores e coordenadores do Programa, ministrado pelo coordenador estadual do PEP, João Batista Silvério, em quatro módulos, todos realizados em Uberaba, na Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). O objetivo do Curso foi formar

---

<sup>123</sup> Segundo a coordenadora da Superintendência de Ensino da ESP/MG, em entrevista concedida em fevereiro de 2013, o Departamento de Pesquisa da Escola está conduzindo uma avaliação do PEP.

supervisores e preceptores para serem responsáveis pelos GAP (Grupos de Aperfeiçoamento Profissional). Os GAP foram distribuídos de acordo com o número de médicos de cada microrregião.

Para implementação do PEP na Macrorregião Triângulo Sul a UFTM conta com um coordenador e docentes da Universidade e médicos da Estratégia Saúde da Família. Atualmente existe GAP's implantando nas três microrregiões pertencentes à macrorregião analisada.

Analisando o processo de implementação da PNEPS no estado de Minas Geras verificou-se, que além do Programa de Educação Permanente para Médicos, o estado desenvolve ainda duas estratégias de educação na saúde, com recursos do Tesouro Estadual, por meio do Canal Minas Saúde e Tele Minas Saúde.

O Canal Minas Saúde foi criado em 2008 como uma rede multimídia que envolve televisão, radio, web com a finalidade de desenvolver o Programa de Educação Permanente à Distância da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Esse Canal é composto por 11 mil pontos de recepção do sinal, alcançando as Unidades Básicas de Saúde (UBSs), Secretarias Municipais de Saúde, unidades hospitalares e unidades de farmácia. Além dessas instituições a programação do Canal Minas Saúde é exibida em 3.800 escolas estaduais, em parceria com a Secretaria Estadual de Educação (SEE/MG), bem como nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e nos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS) municipais, 120 presídios e 120 comunidades terapêuticas para dependentes químicos. Essa iniciativa conta com o apoio da Fundação Renato Azeredo<sup>124</sup> e da Universidade Estadual de Minas Gerais.

Hoje o Canal Minas Saúde é assistido por aproximadamente 40.000 profissionais das equipes de saúde da família de todo o estado de MG e especializa 2.500 alunos das UBS, dentro do Projeto Viva Saúde.

---

<sup>124</sup> A Fundação de Apoio e Desenvolvimento da Educação, Ciência e Tecnologia de Minas Gerais – Fundação Renato Azeredo surgiu em 1.996 com a missão de apoiar as ações da Universidade do Estado de Minas Gerais.

Dentre as ações educacionais oferecidas pelo Canal Minas Saúde verifica a oferta de cursos voltados para capacitação dos profissionais da Atenção Básica, como Protocolo de Manchester, Saúde Bucal, Prevenção em Pauta, Aleitamento materno, Saúde integral do idoso. Além das ações educacionais o Canal Minas Saúde exhibe mensalmente as reuniões e pactuações da CIB Estadual e do Conselho Estadual de Saúde.

A montagem dessa rede tem o propósito de fortalecer a integração ensino-serviço, preconizada na política nacional de educação permanente, uma vez que as aulas são exibidas no próprio local e horário de trabalho, objetivando a transformação das práticas, o avanço conceitual advindo do novo modelo de atenção à saúde e melhorar, desenvolver e transformar as relações comportamentais e institucionais nos pontos de atenção à saúde.

Para viabilizar o Canal Minas Saúde e implementar o Programa de Educação Permanente a Distância, o Governo do Estado de Minas Gerais investiu R\$ 18 milhões, que foram empregados na montagem do sistema de comunicação, bem como em todo o desenvolvimento do PEPD.

Outro programa do governo estadual, o Tele Minas Saúde consiste em integrar as ESF a centros universitários de referência, responsáveis pelo suporte às demandas dos municípios, difundindo conhecimentos e melhorando a qualidade do atendimento, bem como facilitando o acesso da população às consultas especializadas, evitando assim o deslocamento do paciente para outras cidades. A proposta é efetivada por meio de atividades de teleassistência/ teleconsultoria/ teleeducação, onde é possível conhecer uma segunda opinião formativa sobre o caso, na qual são consentidos laudos de exames de baixa, média e alta complexidade.

A operacionalização do projeto se dá por duas formas. A primeira é conhecida como síncrona, isto é, em tempo real. A segunda é conhecida como assíncrona e será utilizada quando se tratar de situações que não requerem resposta imediata/urgente.



Esse projeto utiliza tecnologias de informática, eletrônica e telecomunicação para integrar as equipes de Saúde da Família com os centros universitários. A SES/MG disponibiliza para as Unidades Básicas de Saúde um kit composto por computador, webcam, impressora, estabilizador, kit multimídia e eletrocardiógrafo, e essas últimas complementam a estrutura ofertando a conectividade.

Atualmente em Minas Gerais 182 municípios utilizam a estrutura de telessaúde, disponibilizada por meio da Secretaria de Estado de Saúde e do Ministério de Saúde.

Considerado uma linha de ação prioritária da SES-MG, as estratégias educacionais realizadas pelo Canal Saúde e Tele Saúde estão diretamente vinculados ao gabinete do secretário estadual de saúde, o que demonstra seu elevado status organizacional<sup>125</sup>.

Outra estratégia desenvolvida pela SES/MG, considerada uma ação de educação permanente em saúde, foi a implantação do Plano Diretor de Atenção Primária. No processo de implementação desse Plano foram realizadas 10 oficinas microrregionais para capacitação dos facilitadores, que foram replicadas em cada município para os profissionais de todas as equipes de atenção primária. As oficinas foram realizadas com os seguintes temas e finalidades:

- i) Redes de atenção - alinhamentos conceituais sobre gestão da clínica, redes de atenção à saúde.
- ii) Análise da atenção primária no município - alinhamento conceitual sobre a atenção primária e sobre o plano de fortalecimento da atenção primária no município.
- iii) Diagnóstico local - análise situacional da atenção primária à saúde em cada município, considerando os perfis territorial-ambiental, demográfico, socioeconômico, epidemiológico e assistencial.
- iv) Assistência farmacêutica - alinhamento conceitual sobre assistência farmacêutica.

---

<sup>125</sup> Ver Decreto 45.812/2011 que altera a estrutura organizacional da SES/MG.

- v) Programação local e municipal – alinhamento conceitual sobre humanização, acolhimento dos usuários, atenção programada às famílias por ciclo de vida, planilha de programação, programação da assistência farmacêutica, programação do apoio diagnóstico e agenda da equipe de saúde.
- vi) Organização da atenção à demanda espontânea - enfoque nos critérios para identificação dos sinais de alerta, classificação de risco dos usuários, implantação do Protocolo de Triagem de Manchester: formação dos profissionais, espaço físico e fluxos de atendimento, medicamentos e equipamentos necessários.
- vii) Prontuário da família – afirmação do conceito, funções, aspectos ético-legais, seu objetivo, sua funcionalidade e sua estrutura. É apresentado e discutido ainda o Manual do Prontuário de Saúde da Família.
- viii) Gestão da atenção primária - alinhamento conceitual sobre monitoramento e avaliação, responsabilização da equipe, a planilha de monitoramento, a linha de base do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde e o pacto pela saúde, e a contratualização, com alinhamento conceitual sobre contratos de gestão, o ciclo da contratação, a contratualização das equipes de saúde e o sistema de incentivos.

#### **4.4. A dinâmica da gestão municipal no processo de implementação das ações de educação na saúde: a experiência de Sacramento**

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização, o município de Sacramento pertence à microrregião de Uberaba, composta por oito municípios com população total de 368.703, e se insere na macrorregião Triângulo Sul, compondo essa região com mais 25 municípios, totalizando 689.202 habitantes.

O município de Sacramento tem uma população estimada em 23.111 habitantes no ano de 2011, sendo 74,5% correspondente à população urbana e 25,5% a rural. O município foi dividido geograficamente em 6 áreas e 40 micro áreas. Esta divisão norteou a delimitação geográfica de atuação das equipes de saúde. Nesse território, a Estratégia de Saúde da Família cobre 90,14% da população (Fonte SIAB - 2010), com seis equipes de Estratégia de Saúde da Família, das quais cinco urbanas e uma rural, sendo as áreas urbanas com cobertura de 100% (SACRAMENTO/SMS, 2011, p. 8).

As equipes de Saúde da Família são compostas por um médico de família, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e seis a oito agentes comunitários de saúde. Cada equipe trabalha com uma área do município, atendendo em média 3.300 pessoas. Além da atenção primária em saúde, o município conta com um Hospital Filantrópico (Santa Casa de Misericórdia) conveniado ao SUS para realização de pronto atendimento, urgências e emergências, cirurgias e internações. Este hospital é referência para o município de Conquista, e também para acidentes nas rodovias (SACRAMENTO/SMS, 2011, p. 8).

No processo de regionalização, os atendimentos de média e alta complexidade de Sacramento tem referência o município de Uberaba, o Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro e o Hospital Hélio Angott. (SACRAMENTO/SMS, 2011, p. 8).

A gestão do sistema de saúde pública do município de Sacramento é realizada pela Secretaria Municipal de Sacramento e Conselho Municipal de Saúde, a partir da seguinte estrutura organizacional:

- i) Superintendente Municipal de Saúde
- ii) Diretora de Saúde
- iii) Diretor Operacional de Saúde
- iv) Assessor Jurídico da Superintendência Municipal de Saúde
- v) Coordenação Atenção Básica
- vi) Coordenação Saúde Bucal
- vii) Coordenação Vigilância em Saúde
- viii) Coordenação Farmácia Municipal
- ix) Coordenação de Saúde Mental
- x) Coordenação da Policlínica
- xi) Setor de Controle e Avaliação
- xii) Presidente do Conselho Municipal de Saúde

Apesar dessa estrutura organizacional, nas entrevistas foi possível identificar que esses cargos nem sempre são preenchidos em conformidade com as exigências da função. Existem casos em que o preenchimento dos cargos ocorre para suprir demandas da área assistencial e não da gestão.

As falas dos gestores e representante do Conselho Municipal de Saúde resgatam os contextos de instituição e organização das políticas de saúde em Sacramento, incluindo aí as ações e estratégias de educação na saúde e as

experiências construídas pelos profissionais, gestores e representantes de usuários na condução das políticas de saúde municipal.

No que diz respeito à área de educação na saúde no município de Sacramento, foi possível verificar nas visitas e entrevistas realizadas durante a pesquisa de campo desse estudo, que a SMS possui uma larga tradição nesse campo.

De acordo com a representante do CMS, o marco para a consolidação e ampliação do sistema de saúde de Sacramento é o final da década de 1990 e início dos anos 2000, período em que os programas de saúde foram instituídos; as equipes de saúde foram ampliadas; os setores da SMS foram criados e estruturados e ainda, criou-se o Colegiado de Gestão<sup>126</sup>. Essa instância, composta pelos gestores de saúde, coordenadores das áreas e setores e trabalhadores da saúde, passou a ser responsável pela condução das políticas de saúde do município.

Os trechos destacados abaixo nas entrevistas realizadas apontam isso:

*“Grande parte das demandas [de capacitação e qualificação] em Sacramento saiu desse Colegiado Gestor. Participava desse Colegiado todos os representantes ou chefes das unidades, juntamente com o gestor da saúde [...] Ele foi criado em 1997, na gestão nova do PT, e funcionou ativamente durante os dois mandatos de 1997 a 2000, 2001 a 2004. Desde o início dessa gestão já começa com essa questão do colegiado da participação, um formato já em andamento. Eu entro em 2003, dando continuidade nesse trabalho. Eu entro com a liberdade para trabalhar. E com orçamento da vigilância epidemiológica e da educação na saúde.”* (Representante CIES Micro, Gestor da SMS).

*“Eu ficava por conta dos recursos humanos. Nós trouxemos o curso de auxiliar de enfermagem. Nós tínhamos uma auxiliar de enfermagem e os demais eram atendentes. O curso foi muito bom. Quem coordenou o curso foi o colegiado gestor. Nós não ficamos presos naquela metodologia do Ministério. Nós ficamos focados mais na nossa necessidade, de que profissionais precisavam capacitar. Foi aí que começou os cursos, todos os programas de saúde, para todos os profissionais, como médicos, assistente social. Nesse contexto trabalhava-se com o planejamento estratégico situacional, com parceria do NESCON de Belo Horizonte.”* (Representante do Controle Social).

---

<sup>126</sup> O Colegiado Gestor funcionou durante os dois mandatos - 1997 a 2000, 2001 a 2004. Com a mudança de governo durante o período de 2005-2008, a dinâmica de funcionamento do Colegiado foi interrompida, sendo retomada em 2009 - quando o governo anterior retorna ao poder, sob outra configuração.

*“No contexto de formação e capacitação dos recursos humanos, junto com o Colegiado Gestor, a gente trabalhava com planejamento estratégico das ações, com metas e prazos e a partir das diretrizes da Política Nacional Saúde.” (Representante CIES Micro, Gestora SMS).*

Interessante destacar que uma das principais características do processo de construção e condução das políticas de saúde de Sacramento é o compartilhamento da gestão. Durante a pesquisa de campo, verificou-se que os processos decisórios sobre as ações e estratégias de saúde, incluindo de educação na saúde, sofrem influência de diferentes atores e sujeitos sociais, como do controle social e dos trabalhadores. Esse processo contribuiu para a consolidação da partilha de poder entre os atores institucionais e sujeitos sociais na condução das políticas de saúde do município de Sacramento, condição necessária para o avanço da democracia participativa, como informa diversos autores da área.

A partir de 2009, quando a gestão municipal<sup>127</sup> é reassumida por grande parte da equipe que conduziu a Política de Saúde no período de 2004 a 2007, o Colegiado Gestor é recriado, e posteriormente sofre modificações para adequar ao novo contexto do sistema de saúde. Passou a incorporar as equipes do ESF, sendo denominada de reuniões participativas do PSF's. A seguir foram destacados alguns trechos das entrevistas realizadas com os gestores municipais e representantes do conselho municipal de saúde que retratam esse novo contexto<sup>128</sup>:

*“Em 2009 nós retomamos algumas coisas. No primeiro momento, o Colegiado de Gestão da Saúde naqueles moldes, mas depois decidimos trabalhar também com equipes das ESF's, com reuniões semanais. Até por que, o contexto era outro, havia um número grande de equipes, uma rotatividade de médicos. As práticas dos profissionais eram muito diferentes, não existiam protocolos. A gente teve que reconfigurar as equipes, as unidades de saúde, as áreas de abrangência. Acho que isso foi primordial para ter taxonomia entre as equipes, para se conseguir um padrão. No meio de 2009 nós começamos a discutir o Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde. Que em outros municípios andou muito mal, mas em Sacramento foi bastante importante. Nós ajustamos o material da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais às necessidades das equipes da Estratégia Saúde da Família”. (Representante CIES Micro, Gestor da SMS).*

---

<sup>127</sup> Cabe destacar que essa gestão ficou responsável pela condução da política municipal de saúde até 31 de dezembro de 2012.

<sup>128</sup> Em 2011 o gestor municipal pediu afastamento para dedicação ao Doutorado e a gestão municipal foi assumida por uma técnica da SMS que compôs a gestão anterior e possui uma grande experiência na saúde pública do município.

*“Quando nós começamos com esse grupo em 2009, participavam das reuniões os enfermeiros e alguns médicos. O convite era para todos. Esse foi o único espaço que a gente teve para trabalhar as dificuldades da gestão, das equipes. Tinha o nome de reuniões participativas do PSF’s, Essas reuniões participam um enfermeiro de cada equipe, um médico, ACS e nós da gestão. No caso sempre ia o representante do Conselho Municipal de Saúde. Desde 2009 até agora, elas eram semanais, e depois passamos para quinzenalmente porque as demandas foram ficando menores. Como funcionava: a Secretaria levava a pauta sobre as discussões do dia-dia, das questões que estávamos acompanhando e as equipes traziam as questões, as dificuldades da rotina, da prática para discutir e ver a forma de direcionar. Nessas reuniões nós íamos levantando as dificuldades de cada área, e o que a gente podia fazer para acabar com elas. Uma das experiências foi trabalhar a capacitação permanente com os agentes comunitários.” (Representante CIES Micro, Gestora SMS).*

Interessante perceber, que essas reuniões funcionaram como espaços de levantamento das demandas de capacitação dos profissionais de saúde, de qualificação dos processos de trabalho, bem como de avaliação das ações e serviços de saúde do município. Sendo reconhecidas pelos gestores locais como ações de educação permanente em saúde, conforme evidenciado no trecho da fala abaixo, mas desconhecidas e desconsideradas pelos gestores estaduais na gestão da PNEPS no estado de Minas Gerais.

*“Acredito que as ações de educação permanente em saúde no município de Sacramento eram as reuniões feitas com equipe dos PSF’s – enfermeiras e gestão. Mas nós nunca demos esse nome [educação permanente], mas foi dali que nós discutimos várias questões sobre o plano de atenção primária, sobre os protocolos. A própria equipe de enfermagem sentiu essa necessidade de discutir seus processos de trabalho, de organizar o processo de enfermagem”. (Representante CIES Micro, Gestora SMS).*

Nesse sentido, o modelo de gestão compartilhada auxiliou no desenvolvimento de ações e estratégias de educação permanente em saúde, e as reuniões realizadas pelo Colegiado Gestor podem ser consideradas como importantes estratégias de educação permanente em saúde.

Contudo, se por um lado foi possível verificar os avanços e inovações na condução das políticas de educação na saúde em Sacramento por meio do Colegiado Gestor e das reuniões das equipes do ESF, em entrevistas com os gestores municipais, que integram as Comissões micro e macrorregionais de Educação Permanente, foi possível certificar que os atores institucionais

responsáveis pela política no âmbito local desconhecem a conformação da PNEPS e condução assumida pela Secretaria Estadual de Saúde nesse processo. Segundo esses gestores, as decisões sobre a PNEPS ocorrem no nível central, sem participações dos sujeitos locais na definição das prioridades para o setor.

Além disso, outro aspecto destacado pelo próprio representante da Comissão Regional volta-se para a não inclusão das demandas de formação identificadas pelos municípios. Sobre essa questão o gestor municipal acrescenta que os diagnósticos realizados pelo COSEMS e pela SES não foram utilizados na definição das prioridades e na utilização dos recursos federais destinados à educação permanente em saúde. Para os gestores, os cursos ofertados com recursos da educação permanente em saúde no estado de Minas Gerais não estão relacionados com as necessidades locais de formação e qualificação dos trabalhadores da saúde. Segundo o representante da CIES micro

*“O estado investiu grande quantidade de recursos em ações educacionais que não expressavam as reais necessidades dos municípios e envolviam um número pequeno de alunos e municípios. Essa questão foi debatida em reunião da CIB, o COSEMS fez um levantamento das necessidades para aplicação de recursos da PNEPS no estado e depois desconsiderou tudo aquilo que eles tinham discutido naquela reunião, considerado importante pelos municípios. A câmara técnica da CIB discutiu temas importantes para utilizar o recurso da educação permanente, aí eles fizeram todo um planejamento do que era necessidade e depois de um tempo, o COSEMS apresenta em reunião da CIB um programa de curso para utilizar com o recurso da saúde permanente que não tinha nada a ver com que eles tinham preparado durante o seminário, nenhum dos temas que constava na proposta”. (Representante CIES Micro, Gestor da SMS).*

O gestor municipal faz críticas à forma que a Secretaria Estadual de Saúde está conduzindo esse processo na macrorregião do Triângulo Sul. Sobre essa questão o entrevistado afirma a condução pouco democrática adotada pela SES na condução da política de educação permanente no estado.

*“Os recursos da política de educação permanente no estado de Minas estão sendo gastos para benefício de algumas pessoas e instituições, como acontece com o COSEMS. Nós tivemos uma reunião promovida pelo COSEMS para discutir as necessidades de capacitação dos trabalhadores nos municípios, onde elaboramos uma lista de propostas para auxiliar no levantamento das necessidades de qualificação, mas o COSEMS não fez absolutamente nada com essas informações. Ficamos dois dias*

*hospedados em um hotel, com recurso desse colegiado, e eles não fizeram absolutamente nada com as demandas identificadas. Eles pegaram e fizeram um curso de políticas públicas de saúde, onde os representantes do próprio COSEMS e outros Secretários foram professores. Eu não sei como foram escolhidos e receberam para dar aula de políticas públicas da saúde, para falar da lei 8.080 e 8.142. Eu até denunciei isso na CIB, no COSEMS, na época fiquei indignado porque nós gastamos tempo, dinheiro para ir ficar lá, hospedado em hotel chique para discutir sobre estes assuntos e não nada do que a gente estava imaginando foi aproveitado. Depois usaram o recurso da educação permanente para fazer esse curso?!". (Representante CIES Micro, Gestor da SMS).*

*"Por exemplo, tem um monte de coisa aí, que o município de Sacramento não entra. (...) Eles estão pegando dinheiro da educação permanente que é inteira para o estado e estão aplicando em micro regiões específicas deles, sendo que tem que investir em todos os municípios. Outro lugar que tem muito projeto é a região norte, onde tem pessoas próximas do Secretário Estadual de Saúde. A verba de educação permanente em atenção primária deveria ser utilizada para todos os municípios. Se o dinheiro viesse direto para os municípios ia ser muito bom para gente". (Representante CIES Micro, Gestor da SMS).*

Outra queixa presente na fala do representante da CIES microrregional é a não transferência de recursos da PNEPS para os municípios. Segundo o entrevistado "O dinheiro da educação permanente nunca foi repassado para os municípios. O repasse é feito para o fundo estadual". (Representante CIES Micro, Gestor da SMS).

As entrevistas realizadas com os representantes do município de Sacramento demonstram que os atores institucionais e sujeitos sociais inseridos em âmbito regional e local não são envolvidos na definição das prioridades e alocação de recursos das portarias ministerial da educação permanente em saúde.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo pretendeu oferecer contribuições para a compreensão da dinâmica adotada pelo estado de Minas Gerais na implantação e implementação das Comissões de Integração Ensino Serviço, bem como na construção dos instrumentos de planejamento da política no âmbito estadual e regional e na definição das prioridades para esse campo, buscando caracterizar o modo como os atores institucionais e sujeitos sociais participam e influenciam nas instâncias decisórias.

Com esse objetivo em vista procurou-se identificar em que medida a institucionalização dessas instâncias tem contribuído para a constituição de espaços democráticos, como defendem Luchmann, 2002 e Guizardi, 2008, uma vez que a inovação do modelo de democracia deliberativa reside exatamente na criação de fóruns amplos de debate e negociação e no exercício da deliberação dos sujeitos sociais nesses espaços, como forma de legitimar as decisões governamentais (FARIA, 2000).

O objetivo principal deste trabalho foi analisar a participação social na condução da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) no estado de Minas Gerais, buscando compreender de que forma os diversos sujeitos e atores institucionais são incorporados e influenciam os processos decisórios. Para alcançar esse objetivo maior foram propostos os seguintes objetivos específicos: conhecer o processo de construção da institucionalidade da PNEPS em âmbito estadual e regional, mapeando as instituições, instâncias, fóruns, sujeitos envolvidos no processo de condução da Política, bem como os instrumentos e estratégias de implementação; identificar o lugar ocupado pela Educação Permanente em Saúde na agenda das políticas de saúde estadual e regional; examinar a capacidade de articulação, negociação e influência dos sujeitos sociais e das instâncias de participação social no que concernem aos processos de construção da política em âmbito estadual, regional e municipal.

A pesquisa contou com procedimentos metodológicos, como a análise documental e entrevista semi-estruturada. A análise documental contemplou exame de portarias, deliberações, planos de saúde (estadual e municipal), plano de

educação permanente em saúde, atas das reuniões das CIES e do Conselho Estadual de Saúde durante o período de 2007 a 2012. Esse conjunto de documentos foi analisado buscando conhecer os arcabouços institucionais relacionados com a política, a fim de identificar os principais elementos para a compreensão do processo de institucionalidade da PNEPS no estado de Minas Gerais, especialmente no que diz respeito aos atores, instituições e estruturas organizacionais envolvidas com a gestão da PNEPS no estado de Minas Gerais.

Nas portarias, buscou-se conhecer as preferências e as decisões tomadas pelos atores institucionais. Aqui foi possível identificar as áreas estratégicas prioritárias para o governo federal, bem como os recursos financeiros do Ministério da Saúde para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nos estados brasileiros.

A análise das deliberações, planos de saúde e planos de educação permanente em saúde teve como objetivo verificar como o estado de Minas Gerais se comporta na definição das prioridades, dos atores institucionais envolvidos no processo de condução e implementação da política, da alocação dos recursos financeiros, bem como das diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Minas Gerais.

Nas atas das reuniões das CIES e do Conselho Estadual de Saúde foi possível conhecer as dinâmicas de funcionamento dessas instâncias, especialmente no que diz respeito a representação (atores institucionais envolvidos); temas de pauta; debates; deliberações; instituições responsáveis pela execução das ações educacionais; estratégias de implementação da PNEPS e alocação dos recursos financeiros. Aqui, o foco está também na compreensão das concepções, interesses, posicionamentos dos diferentes atores que participam do processo decisório da política de educação permanente no estado de Minas Gerais.

A análise documental foi articulada à realização de entrevistas semiestruturadas com gestores, representantes dos conselhos de saúde, representantes das instituições formadoras, técnicos da secretaria de saúde - no âmbito estadual, regional e municipal - envolvidos com o processo de condução da PNEPS no estado de Minas Gerais.

Considerando as perspectivas descendente e ascendente preconizadas pela legislação da PNEPS no que tange à gestão da educação permanente em saúde nos estados brasileiros, o estudo contemplou, além da esfera estadual, as instâncias regionais e municipais envolvidas na condução da PNEPS em cada estado.

As informações coletadas das diferentes fontes foram sistematizadas e analisadas com base em uma matriz de análise construída a partir do cruzamento entre os objetivos da pesquisa, os referenciais teóricos e o material empírico coletado no levantamento documental e nas entrevistas.

A análise do processo de implementação da PNEPS no estado de Minas Gerais permitiu constatar que a nova configuração da PNEPS trouxe inovações para o campo da gestão da educação na saúde, na medida em que assegurou a participação do controle social e de outros atores institucionais na construção das diretrizes e na condução das políticas para esse setor, a inclusão do planejamento e do plano de Educação Permanente em Saúde aos instrumentos de gestão já existentes no SUS e o repasse automático e regular dos recursos financeiros do ministério da saúde para os estados<sup>129</sup>.

Além disso, as Secretarias Estaduais de Saúde assumem papel protagonista na gestão da PNEP, sendo responsáveis por planejar a formação e a educação permanente dos trabalhadores em saúde, recuperando a responsabilidade pelo planejamento da formação dos trabalhadores do SUS no seu âmbito de gestão. Além das Secretarias, um conjunto de atores institucionais é incorporado ao processo de gestão das políticas de educação na saúde.

A criação de mecanismos participativos configurados em espaços políticos formais, responsáveis pela discussão sobre o planejamento e implementação das políticas de educação permanente em saúde no âmbito estadual e regional, como as CIES e os CGR, foi considerada nesse estudo como importante estratégia para aprofundamento da gestão democrática, na medida em que esses fóruns de articulação e pactuação da política de saúde foram adotados como espaços

---

<sup>129</sup> Os recursos financeiros são provenientes do Bloco de Financiamento da Gestão com repasse do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais de Saúde. Com esses recursos os estados e municípios terão condições de planejar regionalmente no curto, médio e longo prazos, ações educativas de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde.

privilegiados nos processos de formulação e implementação das políticas de educação na saúde.

Essas instâncias foram criadas com a perspectiva de alargar os espaços decisórios na gestão das políticas de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, a partir da inclusão de diferentes atores e sujeitos sociais, que, em alguma medida, se relacionam com as políticas públicas de saúde e cujas atribuições remetem à deliberação, condução, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas. Dentre esses atores estão os Conselhos Estadual e Municipal de Saúde, as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, as Secretarias Estadual de Educação e as instituições formadoras de nível técnico e superior.

Esse novo modelo para a área de formação e desenvolvimento na saúde, busca alterar o histórico papel centralizador do governo federal na gestão e no financiamento de ações de educação na saúde, na medida em que no desenho da política está previsto um esforço cooperativo e compartilhado entre os diferentes níveis de governo (União, estados e municípios), instituições formadoras e instâncias de controle social, não apenas no acompanhamento das ações a serem desenvolvidas, mas, sobretudo no processo decisório em torno da educação na saúde.

Neste sentido, além das estruturas colegiadas já existentes, tais como os conselhos de saúde, as comissões intergestores bipartites e os conselhos de gestão regionalizada, a PNPEs ainda reforça as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço enquanto importante espaço de articulação e coordenação das diferentes instituições envolvidas na dinâmica da educação na saúde em âmbitos estadual e regionais.

Nesse estudo é possível verificar o esforço da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais no sentido de incorporar os atores institucionais e adequar as estruturas regionais ao desenho proposto pela Portaria 1.996/2007. As novas diretrizes da PNEPS exigiram da SES apropriação da nova estrutura e arranjos participativos previstos na nova Portaria, bem como a criação de um conjunto de instrumentos normativos para atender às exigências, como, por exemplo, a implantação das CIES.

Com a implantação da CIES estadual as ações de educação na saúde passaram a contar com uma instância para discussão e pactuação das propostas apresentadas pelos setores da SES, instituições formadoras e COSEMS. A implantação da CIES estadual contou com uma expressiva presença dos atores institucionais nesses espaços, o que demonstra seu reconhecimento pelos sujeitos envolvidos e confere legitimidade à CIES estadual.

A análise da atuação do estado de Minas Gerais na condução da PNEPS no período estudado sugere avanços significativos na construção de arranjos participativos. A adoção de mecanismos de coordenação pela Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais possibilitou a inclusão de diversos atores institucionais nos processos de decisão das políticas de educação na saúde, bem como a incorporação da área da educação na saúde nos instrumentos de gestão do SUS, como nos planos de saúde e nos relatórios de gestão.

No estado de Minas Gerais, a Comissão de Integração Ensino Serviço é considerada pelos atores institucionais como a principal instância de decisão política no que diz respeito às ações de educação permanente em saúde. Além de representantes da SES, essa Comissão é composta por representantes da Secretaria Estadual de Educação, das Escolas de Saúde Pública, do Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde e do Conselho Estadual de Saúde. Essas instituições são responsáveis pela gestão, acompanhamento e avaliação das ações de educação permanente em saúde nos seus respectivos territórios. A coordenação dessas instâncias fica a cargo da Secretaria de Estado de Saúde, por intermédio da Assessoria de Normalização dos Serviços de Saúde.

Um aspecto observado nesse estudo é que antes da publicação da Portaria 1.996/2007, a atuação das SES na condução da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde era pouco relevante, tendo em vista que os processos de decisão estavam centralizados no Ministério da Saúde e os recursos eram repassados diretamente para as instituições formadoras responsáveis pela realização de ações educacionais. Com a reformulação do desenho da PNPE em 2007, a SES-MG passou a assumir importante papel na condução da gestão da Política em seu âmbito de atuação, em conjunto com instituições, instâncias, fóruns e sujeitos sociais em âmbito estadual e regional. Isso significa que essas novas

diretrizes nortearam a conformação dos novos espaços decisórios, incorporados pelo estado de Minas Gerais.

Desde a instituição da PNEPS, a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais desenvolveu uma variedade de ações voltadas para a elaboração de instrumentos normativos que orientassem a conformação da estrutura, competências e procedimentos das instâncias e instituições responsáveis pela gestão da política no âmbito estadual e regional. Esse processo serviu para nortear as ações e estratégias que seriam desempenhadas pelas instâncias co-gestoras na implementação da política no âmbito estadual, bem como a implantação das 13 CIES macrorregionais e 75 CIES microrregionais.

Nesse sentido, os sujeitos responsáveis pela condução da política no âmbito estadual revelam a opção por uma configuração participativa, que considera não só as instâncias de co-gestão e controle social (CIB e Conselho de Saúde), mas agrega outros atores institucionais envolvidos com as ações de qualificação dos trabalhadores da área da saúde.

Contudo, em que pese a introdução desses arranjos participativos com a instituição da Portaria 1.996/2007, o presente trabalho evidencia que apesar da inovação na montagem de um conjunto de aparatos institucionais em diferentes níveis de gestão – estadual e regional – com incorporação de diferentes atores e sujeitos sociais, a operacionalização da dimensão da participação social no processo de construção da política no estado de Minas Gerais ainda encontra-se em estágio incipiente. Acredita-se, que a gestão da política de educação na saúde no estado de Minas Gerais, em grande medida, não leva em conta as experiências dos atores institucionais e dos sujeitos sociais na definição das ações e estratégias de educação na saúde, principalmente do âmbito regional e municipal, ficando as decisões da gestão da PNEPS a cargo dos técnicos da Secretaria de Estado de Saúde.

Outro aspecto que precisa ser destacado neste estudo diz respeito ao caráter pouco pedagógico adotado pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais na condução participativa da PNEPS no estado. Apesar da nova Portaria prevê a gestão compartilhada na implementação da PNEPS e os gestores reconhecerem a

abertura à participação social, esse estudo verificou que as práticas dos gestores estaduais são pouco sensíveis à participação social. A pesquisa de campo indica que as decisões sobre as ações de educação na saúde no estado de Minas Gerais foram tomadas em grande medida pela SES e pactuadas na CIB-SUS, sem a participação das instâncias regionais e locais. A perspectiva de construção ascendente das demandas e necessidades de capacitação e qualificação dos trabalhadores da saúde, conforme preconizada no novo texto federal, não está sendo levada em conta na definição das prioridades das ações educacionais pelos gestores estaduais.

Ao analisar as dinâmicas de funcionamento das Comissões de Integração Ensino-Serviço na condução da PNEPS no estado de Minas Gerais foi possível identificar que as pautas definidas pelos representantes da SES não contemplam o planejamento das ações de educação na saúde. As decisões tomadas no âmbito dessa instância estão relacionadas em sua maioria à aprovação de cursos, sem qualquer direcionamento para a construção de um planejamento ascendente da política de educação permanente em saúde para o estado, conforme preconizado no desenho da política.

Nesse sentido, a pesquisa de campo realizada na macrorregião do Triângulo Sul permitiu identificar que o estado de Minas Gerais, apesar de ser classificado em elevado nível de institucionalidade da educação permanente em saúde no estudo de Viana (2010), ainda encontra-se em incipiente processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, conforme preconizado pela Portaria 1.996/2007.

Isso porque, mesmo que os atores institucionais estejam contemplados na gestão da política, as definições das ações e da utilização dos recursos financeiros ainda permanecem concentradas na esfera estadual, sem a influência dos sujeitos sociais responsáveis pela política no âmbito regional e local. Ou seja, a prática participativa não é compartilhada pelos vários atores institucionais e sujeitos políticos que dividem a gestão nas esferas de governo, embora exista o reconhecimento da abertura à participação.

O contato com diversos atores e sujeitos que participam da condução da Política permitiu identificar alguns limites na implementação da PNEPS na macrorregião do Triângulo Sul, dentre eles, a não participação dos representantes municipais na gestão da PNEPS. Apesar de o gestor municipal ter assento na Comissão de Integração Ensino-Serviço microrregional, esta comissão não está em funcionamento. Em 2011, quando foi implantada, reuniu-se poucas vezes para atender a demandas pontuais da Secretaria de Estado de Saúde ou à aprovação de cursos de qualificação.

Nesse sentido, apesar dos diversos atores e sujeitos sociais revelarem a opção por um desenho participativo na condução da política no âmbito estadual e reconhecerem a abertura à participação na formulação da PNEPS no estado de Minas Gerais, as práticas dos gestores estaduais e federal ainda são pouco pedagógicas e sensíveis à participação social.

Os resultados deste trabalho chamam atenção para o fato de que na dinâmica interna desses fóruns de deliberação ainda prevalece relações verticalizadas, com forte resistência das estruturas governamentais em aceitar o padrão partilhado de gestão. Como salienta Tatagiba (2002, p.79) os encontros entre Estado/sociedade nos fóruns deliberativos têm sido afetados negativamente por uma grande recusa do Estado em partilhar o poder de decisão.

De acordo com Guizardi (2008) Luchmann (2002) a implementação de um modelo de gestão participativa e descentralizada no Brasil tem enfrentado grandes dificuldades. Essas dificuldades estão relacionadas à existência da combinação de elementos perversos e constrangedores na sociedade brasileira, tais como culturas autoritárias, clientelistas e patrimonialistas; burocracia dos aparatos institucionais; além da tradição centralizadora e autoritária que sempre marcou o Estado brasileiro e embutiu, nas agências governamentais, um padrão de gestão completamente independente da sociedade.

A análise feita neste estudo permitiu concluir que apesar da incorporação dos atores sociais ao processo decisório, nem todos os sujeitos sociais foram dotados de recursos políticos, técnicos e materiais de forma a garantir uma efetiva participação. A assimetria de recursos entre os atores institucionais envolvidos no processo



decisório, principalmente os atores localizados na esfera regional e municipal, é um problema concreto cuja superação ainda está por vir.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRASCO, **Grupo de Trabalho e Educação na Saúde. Plano Diretor**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/grupos/arquivos/20091011011024.pdf>, acesso em março/2013.

ABRUCIO, F. L. **A coordenação Federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula**. Revista de Sociologia e Política. Curitiba/PR, v. 24, 2005.

ANDRADE, I.A.L. **O desenho das políticas públicas e a dinâmica de seus Conselhos Gestores: um estudo comparativo das áreas de saúde, assistência social e trabalho**. In: ENCONTRO NACIONAL DA ANPOCS, 24, 2002, Caxambu. Políticas públicas. Caxambu: ANPOCS, 2002.

ANDRADE, L. S. et al. **Democracia, Participação Popular e Controle Social: Um estudo sobre os Conselhos de Saúde de Fortaleza**, VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Livro de Resumos II, Brasília: Distrito Federal, 2003, p.449.

ARATO, A.; COHEN, J. **Sociedade civil e teoria social**. In: AVRITZER, L. (Org.). Sociedade civil e democratização. Belo Horizonte: Del Rey, 1994.

AROUCA, S. **Democracia é saúde**. In Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde 1986, Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, pp. 35-42.

ARRETCHE, M.T. S. **Estado Federativo e Políticas Sociais: determinantes da descentralização**. Rio de Janeiro: Revan, 2000.

AVRITZER, L. **Instituições participativas e desenho institucional: algumas considerações sobre a variação da participação no Brasil democrático**. Revista Opinião Pública, Campinas, vol. 14, nº 1, Junho, 2008, p.43-64.

AVRITZER, L. **Sociedade civil e participação social no Brasil**. Disponível em <<http://www.democraciaparticipativa.org>>, acesso em março/2013.

AVRITZER, L. **Teoria democrática e deliberação pública**. Lua Nova, n. 50, p. 25-46, 2000.

BRASIL. **Programa de Interiorização das Ações de Saúde e de Saneamento no Nordeste**. Instituto de Planejamento Econômico e Social - Centro Nacional de Recursos Humanos, 1976.

BRASIL. **Programa de Estudos Socioeconômicos em Saúde (PESES): Investigação Nacional sobre o Ensino da Medicina Preventiva**. Relatório de Pesquisa, pp. 13-43. Rio de Janeiro, 1978.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde: 17 a 21 de março de 1986**. Brasília: Centro de Documentação do MS, 1987.

BRASIL. Ministério da Educação. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Federal nº 8.080/90**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Federal nº 8.142/90**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. **Política de Recursos Humanos para o SUS: prioridades e diretrizes para a ação do Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conferência Nacional de Saúde, 10**. I. Saúde, cidadania e políticas públicas; II. Gestão e organização dos serviços de saúde; III. Controle social na saúde; IV. Financiamento da saúde; V. Recursos humanos para a saúde e VI. Atenção integral à saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conferência Nacional de Saúde, 11**. Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de Recursos Humanos para o SUS: balanço e perspectivas**. Brasília: MS, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Decreto Nº. 4.726**, de 9 de junho de 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 198/GM/MS** em 13 de fevereiro de 2004. Institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **EducarSUS: notas sobre o desempenho do departamento de gestão da educação na saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Relatório de Gestão 2004**. Brasília, fev. 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS** (NOB/RH-SUS). Conselho Nacional de Saúde; 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Cadernos RH Saúde** – Vol. 3, n. 1 (mar. 2006) -. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996/GM/MS**, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e da outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

BRASIL. **Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde – SUS.** Série B. Textos Básicos em Saúde. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Mais saúde: direito de todos: 2008 – 2011**, 5ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 164 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2009. 282 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.** Brasília: CONASS, 2011. 120 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 4.726** de 09 de junho de 2003. Disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/decreto\\_4726\\_2003\\_estrutura\\_ms.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/decreto_4726_2003_estrutura_ms.pdf), acesso em março/2013.

BRAVIN, F.P. **Política e ação pública: análise da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. (Dissertação).** Programa de Pós-Graduação em Política Social do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília. 2008.

CAMPOS, F.E. *et al.* Os desafios atuais para a educação permanente no SUS. In: Brasil/MS. **Cadernos RH de Saúde.** Vol.3, n. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CARVALHO, A. I. **Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social.** Rio de Janeiro: Fase/Ibam, 1995.

CARVALHO, M.C.A. **A participação social no Brasil hoje.** São Paulo: Pólis, 1998.

CECCIM, R.B. ARMANI, T.B.; ROCHA, C.F. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de Recursos Humanos e o papel dos gestores

públicos, no Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, 2002.

CECCIM, R. B. & FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 14(1): 41-66, 2004.

CECCIM, R.B. **Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário**. Interface: 16, 2005.

CECCIM, R.; FERLA, A. Educação Permanente em saúde. In: **Dicionário da educação profissional em saúde**. Organizado pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e Estação de Trabalho Observatório de Técnicos em Saúde. – Rio de Janeiro: EPSJV, 2006.

CÔRTEZ, S.M.V. Fóruns Participativos e governança: uma sistematização das contribuições da literatura. In: LUBAMBO *et. al.* **Desenho Institucional e participação política: experiências no Brasil contemporâneo**. Petrópolis, RJ: 2009.

COSTA, D. R. **Democracia Deliberativa: Potencialidades e Limitações**. (Trabalho Disciplina Professor: Alexandre Araújo Costa). Universidade de Brasília. Instituto de Ciência Política (Ipol), Dezembro de 2009. Disponível em: <http://www.arcos.org.br/cursos/politica-e-direito/artigos/democracia-deliberativa-potencialidades-e-limitacoes>, acesso em março/2013.

DAGNINO, E. **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

DRAIBE, S. M. **O Sistema Brasileiro de Proteção Social: O legado desenvolvimentista e a agenda recente de reformas**. Campinas, NEPP-UNICAMP, 1998.

DEMO, Pedro. **Pesquisa e construção do conhecimento: metodologia científica no caminho de Habermas**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994.

DEMO, Pedro. **Metodologia do conhecimento científico**. São Paulo: Atlas, 1987.

ESCOREL, S. Conselhos de saúde: entre a inovação e a reprodução da cultura política. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 43, p. 23-28, jun. 2008.

FALEIROS, V.P. Impasses na Reforma da Previdência no governo Lula: legitimidade e governabilidade In: MORHY, L. (Org.). **Reforma da Previdência em questão**. Brasília, Ed. UnB, p.285-300, 2003.

FARAH, M. F. S. Governo local, políticas públicas e novas formas de gestão pública no Brasil. **Organizações e Sociedade**, v. 7, n. 17, p. 59-86, jan-abr. 2000.

FARIA, C.F. In: HABERMAS, COHEN, BOHMAN. **Democracia deliberativa**. Lua Nova, São Paulo, v. 49, p. 47-67, 2000.

GERSCHMAN, S.A. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares, **Cad. de Saúde Pública** vol. 20 n. 6, Rio de Janeiro, p. 1670-1681, 2004.

GOHN, M.G. **Conselhos gestores e participação sociopolítica**. São Paulo: Editora Cortez, 2000.

GOHN, M.G. Gestão urbana em São Paulo, 2000-2002: atores e processos na questão dos Conselhos. In: Encontro Nacional da Anpocs. **Cidade, metropolização e governança urbana**, 2002, Caxambu. Caxambu: ANPOCS, 2002.

GOHN, M.G. Movimentos sociais na contemporaneidade. **Revista Brasileira de Educação**. v. 16 n. 47 maio-ago. 2011.

GUIZARDI, F.L.; PINHEIRO, R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde, **Ciência & Saúde Colectiva**, V.11 (3): 797-805, 2006.

GUIZARDI, F.L. **Do controle social à gestão participativa: perspectiva pós-soberanas da participação política no SUS**. Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2008.

HADDAD Q.; ROSCHKE, M.A.; DAVINI, M.C. **Educación permanente de personal de salud**. Washington, DC: Editora da OPS/OMS; 1994.

LABRA, M.E. Conselhos de saúde: dilemas, avanços e desafios In: LIMA, Nísia *et al* (Orgs.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

LÜCHMANN, L.H.H. Democracia deliberativa: sociedade civil, esfera pública e institucionalidade. **Cadernos de pesquisa - PPGSP/UFSC**, Novembro 2002.

LÜCHMANN, L.H.H. **A representação no interior das experiências de participação**. Lua Nova, São Paulo, 70: 139-170, 2007.

MANIN, B. Legitimidade e Deliberação Política. In WERLE, D. L.; MELO, R. S. (Org.). **Democracia Deliberativa**. São Paulo: Editora Singular, Esfera Pública, 2007 p.15-45

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Decreto nº 45.812**, de 14 de dezembro de 2011.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG Nº 483**, de 22 de outubro de 2008.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Estadual de Saúde – 2008-2011**.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MONNERAT, G. L. et al. A reorganização dos serviços de saúde no cenário local. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 509-521, 2002.

MOREIRA, M. R.; ESCOREL, S. Conselhos municipais de saúde no Brasil: sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 795-805, 2009.

MOTTA, J.I. **Educação Permanente em Saúde: da política do consenso à construção do dissenso**. Rio de Janeiro, 1998. 225F. Dissertação (Mestrado em Educação em Saúde) – Núcleo de Tecnologia Educacional em Saúde. Universidade Federal do Rio de Janeiro.

NUNES, J.A *et.al* **O Controle Social e a Experiência dos Conselhos de Saúde: Inovações Institucionais na Governança em Saúde**, Alicerces, III Abril 2010, 3, 107-117.

NUNES, T. C. M. **A especialização em saúde pública e os serviços de saúde no Brasil: de 1970 a 1989**. (Tese de Doutorado defendida na ENSP/Fiocruz), Rio de Janeiro, 1998.

NUNES, T. C. M. **Democracia no ensino e nas instituições: a face pedagógica do SUS**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

SILVA E OLIVEIRA, Virgílio César; PEREIRA, José Roberto; OLIVEIRA, Vânia A.R. Os Conselhos Gestores Municipais como Instrumentos da Democracia Deliberativa no Brasil. **Cad. EBAPE**. BR [online]. 2010, vol.8, n.3, pp 422-437.

PAIM, J. S. **Recursos Humanos em Saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994.

PIRES–ALVES, F.; PAIVA, C. H. A.; HOCHMAN, G. História, saúde e seus trabalhadores: da agenda internacional às políticas brasileiras. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**;13(3):819-829, maio-jun. 2008.

PNUD. **Relatório do Desenvolvimento Humano**: 1996. Tricontinental Editora, Lisboa, Portugal, 1996.

RIBEIRO, J.M. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesse no Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. de Saúde Pública** vol. 13 n. 1, Rio de Janeiro, p.81-92, 1997.

RIBEIRO, E.C.O; MOTTA, J.I. Educação Permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**: 12: 39-44, 1996.

SACRAMENTO. Superintendência Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde (2010-2013)**. Sacramento, 2009.

SAMPAIO, M. Apresentação “**Educação Permanente para o SUS**”. Oficina de Educação Permanente realizada em Brasília no período de 7 a 9 de novembro de 2012. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/oficina\\_monicasampaio2.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/oficina_monicasampaio2.pdf)., acesso em março/2013.

SANTOS JÚNIOR, O.A. **Democracia e governo local**: dilemas e reforma municipal no Brasil. Rio de Janeiro: Revan, 2001.

SANTOS, T.G. Notas para o debate sobre a participação social. **Mimeo 2008**. Disponível em <http://www.cebes.org.br/anexos/Notas%20para%20o%20debate%20sobre%20a%20Participa%20E3o%20Social.pdf>, acesso em março/ 2013.

SANTOS, B.S.; AVRITZER, L. Para ampliar o cânone democrático. In: SANTOS, B.S. **Democratizar a democracia: Os caminhos da democracia participativa**. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira, 2009.

SENNA, M. C. M; SOUZA, R. G.; MONNERAT, G. L. A descentralização no campo da saúde: avanços e impasses na implementação de uma política. **Revista Em Pauta** 18, 2002.

SOUZA, Jacqueline; KANTORSKI, Luciane Prado; VILLAR LUIS, Margarita Antonia. Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 25, n. 2, p. 221-228, maio/ago. 2011.

TATAGIBA, L. Los consejos gestores y la democratización de las políticas públicas en Brasil”. In: DAGNINO, Evelina (org.), **Sociedad civil, espacios públicos y democratización: Brasil**. México: Fondo de Cultura Económica, 2002.

TEIXEIRA, M. **O papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira no período de 2003 a 2006 (Relatório de Pesquisa)**. Texto 6: A Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde: notas sobre a construção da estratégia nacional no período de 2003 a 2008. Rio de Janeiro, 2008.

TEIXEIRA, M.; GONDIM, R.O.; ARANTES, R.F. Mudanças nas Políticas do Trabalho e da Educação em Saúde no Governo Lula. In: MACHADO, C.V.; BAPTISTA, T.W.F.; LIMA, L.D. **Políticas de Saúde no Brasil. Continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

TELLES, Vera. Sociedade civil e a construção de espaços públicos. In: DAGNINO, Evelina (org.). **Os anos 90: política e sociedade no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1994.

VIANA, A.L. *et al.* Faculdade de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva. **Relatório Final da Pesquisa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde**. Coordenação de Ana Luiza D’Ávila Viana. São Paulo: FM/USP, ago. 2008.



VIANA, A.L. *et al.* **Recursos humanos e regionalização da saúde: programa de monitoramento e avaliação da implementação da política nacional de educação permanente (Relatório de Pesquisa)**, 2010. Disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/monitoramento\\_020810.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/monitoramento_020810.pdf). , acesso em março/2013.

## ANEXOS

## **Anexo 1 – Roteiros de entrevistas**

### **ROTEIRO ENTREVISTAS – REPRESENTANTES CIES MACRO E MICRO**

#### **Bloco 1 - Identificação institucional e perfil da pessoa entrevistada**

- Experiência atual e anterior em Fóruns de participação e controle social
- Experiência profissional atual e anterior na área de Recursos humanos e Educação Permanente

#### **Bloco 2 - Participação social na construção da PNEPS**

- I. Participação e responsabilidades da CGR e CIES Macro e CIES Micro na condução da PNEPS na:
  - a) Implantação e implementação da PNEPS a partir da Portaria 1996/2007
  - b) Elaboração dos instrumentos de planejamento - Planos Estadual de Educação Permanente em Saúde, Regimento Interno CIES Estadual, CIES Macro, Deliberações, Oficinas de planejamento estratégico para implementação das CIES Macro e Micro e elaboração de diagnóstico das necessidades de formação, dentre outros
  - c) Definição das ações educacionais
  - d) Definição da alocação dos recursos financeiros federal
- II. Formas de participação dos sujeitos:
  - a) Definição da agenda e temas das reuniões
  - b) Partilhamento das informações
  - c) Capacidade de argumentação
  - d) Capacidade de influência

#### **Bloco 3 – Concepções/Percepções**

- I. Concepção e percepção sobre:
  - a) Papéis/atribuições dos fóruns, instituições e instâncias na condução da política (CIES, CGR, SES, CES, COSEMS, ESP, Unimontes)
  - b) Educação Permanente
  - c) Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

#### **Bloco 4 - Avanços e limites na implementação da PEPS no estado de Minas Gerais a partir da Portaria 1996/2007**

## **ROTEIRO ENTREVISTA – CES/MG**

### **Bloco 1 - Identificação e perfil da pessoa entrevistada**

- Experiência atual e anterior em Fóruns de participação e controle social
- Experiência profissional atual e anterior na área de Recursos humanos e Educação Permanente

### **Bloco 2 – Atuação do Conselho Estadual de Saúde na condução da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**

- a) Na implantação e implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde a partir da Portaria 1996/2007
  - b) Na elaboração de instrumentos de planejamento - Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde - 2008 e 2011; Regimento Interno da CIES Estadual, CIES Macro e Micro, Oficinas de planejamento estratégico para implementação das CIES Macro e Micro e elaboração do Diagnóstico das necessidades de qualificação profissional
  - c) Na implantação, implementação e funcionamento das CIES Macrorregionais e Comissões Técnicas Microrregionais de Educação Permanente em Saúde
  - d) Na definição das ações e estratégias educacionais
  - e) Na definição da alocação dos recursos financeiros federal
- I. Formas de participação:
- a) Definição da agenda e temas das reuniões da CIES Estadual ou outras reuniões sobre a Política Nacional de Educação Permanente
  - b) Partilhamento das informações (As informações sobre a Política Nacional de Educação Permanente são compartilhadas em quais espaços? Como são compartilhadas?)
  - c) Capacidade de argumentação e influência (Qual a capacidade de argumentação e influencia dos sujeitos nas reuniões da CIES Estadual? A dinâmica das reuniões permite que os sujeitos expressem suas ideias e deliberações?)

### **Bloco 3 – Percepções**

- I. Percepção sobre:
- a) Papéis/atribuições dos fóruns, instituições e instâncias na condução da política
  - b) Educação Permanente
  - c) Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

### **Bloco 4 - Avanços e limites na implementação da PEPS no estado de Minas Gerais a partir da Portaria 1996/2007**

## **ROTEIRO ENTREVISTA – SES/MG / ESP/MG**

### **Bloco 1 - Identificação institucional e perfil da pessoa entrevistada**

- Experiência atual e anterior em Fóruns de participação e controle social
- Experiência profissional atual e anterior na área de Recursos humanos e Educação Permanente

### **Bloco 2 - Configuração e Organização da Política (estado/região/município)**

- Instituições, órgãos, instâncias, fóruns, responsáveis pela condução da PEPS/MG
- Representações/Composição
- Estratégias de implementação da PEPS - Marco normativo - Instrumentos de planejamento - Ações educacionais
- Detalhamento da participação e responsabilidades da instituição/órgão/instância na condução da PEPS em âmbito estadual, regional e municipal

### **Bloco 3 - Participação social na construção da PNEPS**

- I. Participação e responsabilidades da SES / ESP na condução da PNEPS na:
  - a) Implantação e implementação da PNEPS a partir da Portaria 1996/2007
  - f) Elaboração dos instrumentos de planejamento - Planos Estadual de Educação Permanente em Saúde, Regimento Interno CIES Estadual, CIES Macro, Deliberações, Oficinas de planejamento estratégico para implementação das CIES Macro e Micro e elaboração de diagnóstico das necessidades de formação, dentre outros
  - b) Implantação, implementação e funcionamento do Colegiado de Gestão Regional CGR (CIB Macro)
  - c) Implantação, implementação e funcionamento da CIES Macro e CTMEPS
  - d) Definição das ações educacionais
  - e) Definição da alocação dos recursos financeiros federal
- II. Formas de participação dos sujeitos:
  - a) Definição da agenda e temas das reuniões
  - b) Partilhamento das informações
  - c) Capacidade de argumentação
  - d) Capacidade de influência

### **Bloco 4 – Concepções/Percepções**

- I. Concepção e percepção sobre:
  - a) Papéis/atribuições dos fóruns, instituições e instâncias na condução da política (CIES, CGR, SES, CES, COSEMS, ESP, Unimontes)
  - b) Educação Permanente
  - c) Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

### **Bloco 5 - Avanços e limites na implementação da PEPS no estado de Minas Gerais a partir da Portaria 1996/2007**

## Anexo 2 – Termo de Consentimento

### TERMO DE CONSENTIMENTO

Você está convidada (o) a participar da pesquisa intitulada “A participação e controle social na construção e condução da Política de Educação Permanente em Saúde no estado de Minas Gerais”, vinculada ao Programa de Doutorado em Política Social da Universidade Federal Fluminense.

Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar o seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com as instituições envolvidas.

Esse estudo tem como objetivo analisar o processo de implementação da Política de Educação Permanente em Saúde no estado de Minas Gerais, tendo como foco do estudo a dinâmica de implantação e implementação dos fóruns de participação social na Macro Triângulo Sul e a participação desses novos sujeitos e espaços nos processos de construção e condução da Política de Educação Permanente em Saúde em âmbito regional e estadual.

Para auxiliar na compreensão desses processos está sendo realizado levantamento documental nas bases de dados dos órgãos e instâncias responsáveis pela PEPS em âmbito federal, estadual, regional e municipal e entrevistas com os sujeitos que participaram e participam da dinâmica de construção da política de educação permanente em saúde no estado de Minas Gerais.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a uma entrevista, sem riscos previstos em relação a sua participação nesta pesquisa.

As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais. Os dados colhidos serão analisados e publicados em conjunto com os dados obtidos de outros sujeitos, não sendo divulgada a identificação de nenhum sujeito.

Você tem o direito de ter acesso aos resultados da pesquisa.

Você receberá uma cópia deste Termo onde consta o telefone do pesquisador responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

---

Pesquisador Responsável  
(21) 8177-1345  
Prof.<sup>a</sup> Mônica de Castro Maia Senna  
Orientadora

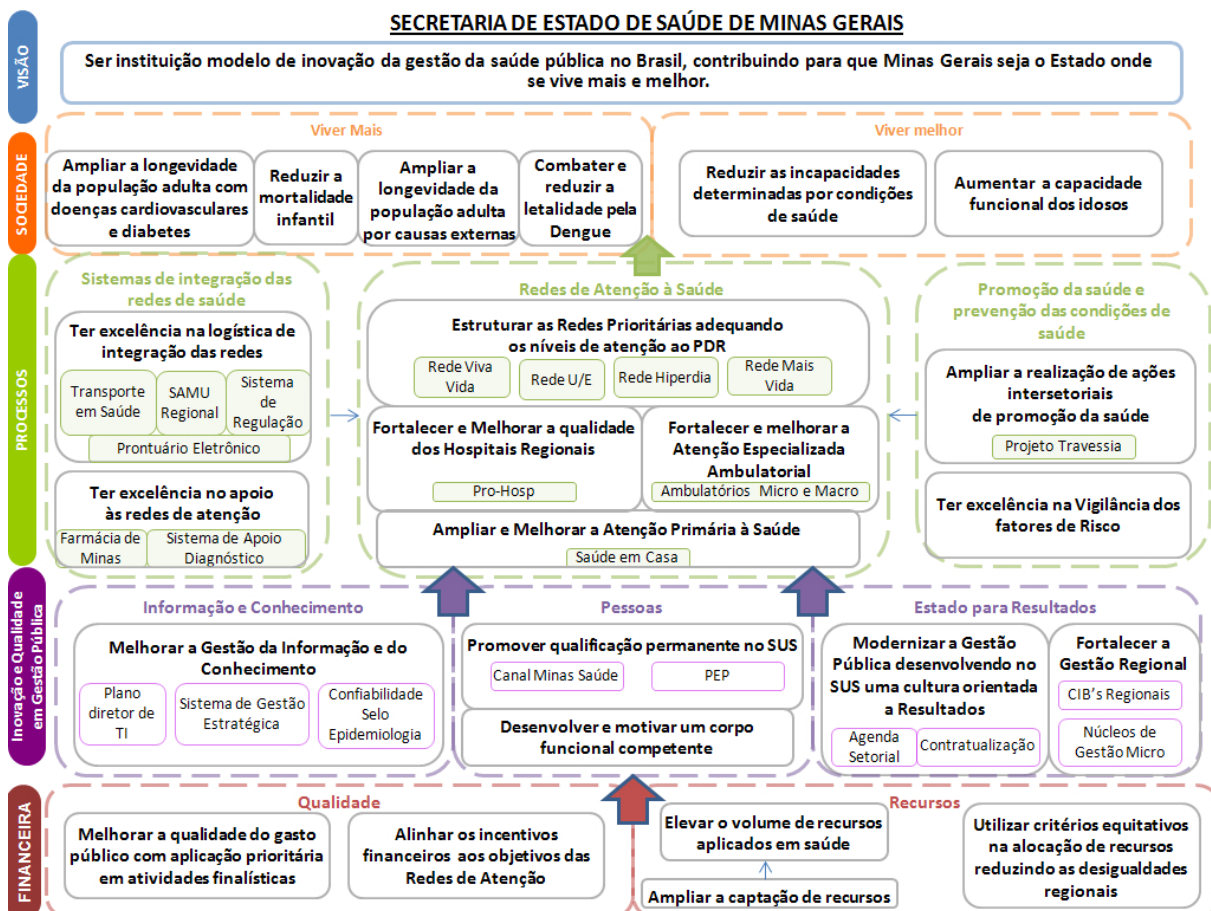
---

Entrevistada (o)

---

Local e data

### Anexo 3 – Mapa Estratégico da Secretaria de Estado de Saúde (SES/MG)



## Anexo 4 - Instrumento de diagnóstico da Educação Permanente em Saúde

### INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

#### ORIENTAÇÕES:

- O instrumento está orientado a prover aos gestores e profissionais de saúde um diagnóstico situacional sobre a Educação Permanente em Saúde.
- Deverá ser designada uma equipe responsável, composta pelo gestor municipal, representantes das equipes de Atenção Primária à Saúde - APS, referência para educação permanente, responsável do PEP, coordenador da APS, coordenadores para a atenção especializada e hospitalar e outros técnicos que puderem contribuir com a discussão.
- Esta equipe deverá conhecer a importância do diagnóstico dentro do planejamento estratégico da Política de Educação Permanente em Saúde e apropriar-se do instrumento diagnóstico e da metodologia para sua aplicação.
- Foram elaboradas duas matrizes referentes (1) ao processo de educação permanente, com itens de verificação sobre as bases conceituais da educação permanente em saúde, processos gerais, metodologias e ferramentas, avaliação, diretrizes políticas e recursos necessários; e (2) à sua aplicação na implantação das redes de atenção à saúde, com itens de verificação sobre o desenvolvimento de competências necessárias no processo de implantação das redes prioritárias de atenção à saúde: conhecimento, habilidade e atitude.
- Cada item de verificação deverá ser pontuado de acordo com escore:

<b>0</b>	<b>não existência</b> do que está sendo analisado
<b>1</b>	existe o que está sendo analisado, mas com um funcionamento <b>incipiente</b> ("que está no princípio")
<b>2</b>	existe o que está sendo analisado, com um funcionamento razoavelmente bom, mas <b>insuficiente</b> ("que não é o bastante")
<b>3</b>	existe o que está sendo analisado de <b>forma ótima</b>

- A pontuação deverá ser registrada na célula em branco, na coluna da direita.
- No final de cada matriz, deverá ser registrada a pontuação total alcançada.
- Após responderem a todos os itens de verificação, deverá ser feita uma revisão do instrumento, verificando itens não respondidos, falta de clareza nas respostas e erros de preenchimento.
- Para análise do diagnóstico, cada equipe deverá:
  - Realizar a somatória dos pontos alcançados e comparar com o total máximo de pontos, calculando o percentual de cumprimento.
  - Analisar qualitativamente os itens com menor pontuação, identificando, assim, os pontos de melhoria que devem ser incluídos em um plano de trabalho a ser elaborado.
- Este resultado do diagnóstico deverá ser apresentado e discutido com toda a equipe técnica / gerencial da instituição.
- Em seguida, deve ser encaminhado para a análise e consolidação em outros níveis de atenção (micro e macrorregional).



## O PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Itens de verificação relacionados às bases conceituais, processos gerais, metodologias e ferramentas, avaliação, diretrizes políticas e recursos necessários.

ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO
<p>1. O processo de educação permanente desenvolvido é baseado na andragogia.</p> <p><i>Andragogia é um "conjunto de orientações teóricas, metodologias e soluções tecnológicas aplicadas para o ensino-aprendizagem de alunos adultos" (Knowles 1970), como indica a origem grega do termo: "andròs" (homem) e "agògos" (guia, mestre). É a arte e ciência de ajudar o adulto a aprender, em oposição à pedagogia, que cuida do ensino de crianças.</i></p>	
<p>2. A aprendizagem se dá a partir da experiência.</p> <p><i>Partir da experiência quer dizer: (i) partir da realidade que está à frente; (ii) considerar todos os aspectos e componentes que estão em jogo; (iii) observar a si mesmo em ação (prática reflexiva); (iv) emitir um juízo de valor sobre o que está acontecendo. A aprendizagem a partir da experiência induz o desenvolvimento da metacognição (o autoconhecimento: o que conheço, como é adquirido este conhecimento, o que devo ainda conhecer) e da habilidade de monitorar o próprio raciocínio na ação. O aprendizado será muito mais rico e intenso se cada participante sentir a oportunidade de contribuir no processo a partir da própria experiência.</i></p>	
<p>3. A aprendizagem é baseada na identificação, discussão e solução de problemas.</p> <p><i>O adulto recorre a uma atividade formativa, sobretudo porque se dá conta de alguma fraqueza no enfrentamento de problemas da sua vida atual. Estará mais disposto a aprender as coisas que necessita para atingir resultados positivos em situações reais de seu dia a dia, ou seja, a necessidade gera prontidão. Quer usar amanhã o que aprende hoje; a sua perspectiva temporal é, portanto, aquela de uma aplicação imediata. Por isso procura uma formação voltada para a resolução de problemas.</i></p>	
<p>4. O processo de aprendizagem é centrado no aprendiz (profissional de saúde), na sua independência e na autogestão da aprendizagem.</p> <p><i>O processo educativo deve colocar as pessoas como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação, ao invés de receptores. É freqüente uma lógica inversa, centrada nas necessidades dos seus formuladores e professores, com ênfase na transmissão de conhecimentos desconectados com a necessidade do aluno.</i></p> <p><i>O adulto é responsável por suas ações e quer ser visto dessa forma; ele quer entender o porquê do aprendizado e qual o ganho que ele terá com o processo. Portanto, a relação professor-aluno que o coloque em uma posição passiva pode criar um conflito. O educador deve criar experiências que ajudem o participante a fazer a transição de aluno dependente para auto-orientado.</i></p>	
<p>5. É apoiado por um tutor, que assume o papel de facilitador, com a capacidade de demonstrar a importância prática do assunto a ser estudado, de transmitir entusiasmo pelo aprendizado e a sensação de que aquele conhecimento fará diferença na vida dos aprendizes e de auxiliar na avaliação das prioridades no processo de aprendizagem.</p> <p><i>A relação educacional do adulto é baseada na interação entre facilitador e aprendiz, em que ambos aprendem entre si, num clima de liberdade e pró-ação. O professor tradicional (com um enfoque centrado na transmissão de conhecimento por meio de aulas, no modelo escolar) prejudica o desenvolvimento do adulto, pois o coloca num plano inferior e de dependência, reforçando, com isso, seu indesejável comportamento reativo próprio da fase infantil.</i></p>	
<p>6. Procura a mudança de desempenho dos profissionais.</p> <p><i>As novas informações, recomendações e competências devem ser vinculadas à melhoria do desempenho e confrontadas com a prática diária de cada profissional, considerando a implementação de mudanças orientadas para a qualidade da atenção.</i></p>	
<p>7. É significativo para o educando.</p>	

<p><i>Aprendizagem significativa: "como adulto, o profissional aprende o que "precisa", o que tem sentido e significado para sua vida e para seu trabalho".</i></p>	
<p>8. Tem um caráter permanente, desenvolvendo-se ao longo de toda a vida institucional dos profissionais e focando o aperfeiçoamento profissional e a melhoria de suas práticas.</p> <p><i>A educação dos profissionais, ao longo da vida profissional, é um processo cotidiano; não se faz a partir de eventos periódicos; é uma educação permanente. A necessidade de aprendizagem do profissional é diária. Para cada grupo de pacientes atendidos surge um conjunto de dúvidas que, se sanadas antes da tomada de decisão, traz benefícios para o profissional e para o paciente. Os cursos, treinamentos, seminários e oficinas, ao serem propostos, devem ser justificados dentro do processo de aperfeiçoamento profissional.</i></p>	
<p>9. O processo de educação permanente beneficia todos os profissionais de saúde.</p> <p><i>A formação centrada no processo de trabalho não se limita a determinadas categorias profissionais, mas a toda a equipe, incluindo médicos, enfermeiros, pessoal administrativo, professores, trabalhadores sociais e todas as variantes de atores que formam o grupo. No trabalho também se aprende. A situação prevê transformar as situações diárias em aprendizagem, analisando reflexivamente os problemas da prática e valorizando o próprio processo de trabalho no seu contexto intrínseco.</i></p>	
<p>10. Quando existem processos que beneficiam apenas uma categoria profissional (como o médico no Programa de Educação Permanente) são desenvolvidas propostas para os demais integrantes da equipe, seguindo os critérios de um processo de educação permanente em saúde.</p>	
<p>11. O processo de educação permanente se desenvolve com um caráter multidisciplinar.</p>	
<p>12. O processo de educação permanente desenvolve conhecimento (o que se deve saber), habilidade (o que se deve saber fazer) e atitude (o que se deve fazer acontecer).</p> <p><i>Aprender significa adquirir conhecimento - habilidade - atitude (CHA). O processo de aprendizagem implica na aquisição incondicional e total desses três elementos.</i></p>	
<p>13. É baseado em evidências.</p>	
<p>14. Utiliza, como material de aprendizagem, de diretrizes clínicas sistematizadas.</p>	
<p>15. Utiliza de alertas e feedbacks.</p>	
<p>16. Utiliza de revisões de prontuário e opiniões de profissionais-líderes.</p>	
<p>17. Utiliza de incentivos econômicos.</p>	
<p>18. É organizado por círculos de pares (colegas).</p> <p><i>A aprendizagem colaborativa em pequenos grupos profissionais respeitados, centrada em dados da realidade dos pares é um cenário potente para mudar a prática profissional e deve ser realçada. Compartilhar experiências é fundamental para o adulto, tanto para reforçar suas crenças, como para influenciar as atitudes dos outros.</i></p>	
<p>19. Utiliza a estratégia de trabalho em grupo.</p> <p><i>O trabalho em grupo é uma das mais importantes estratégias educacionais; estimula a aprendizagem colaborativa, podendo ter ou não discussão plenária e feedback; aplica várias técnicas: Grupos Tutoriais, Estudo de Caso, Estudo Dirigido etc.</i></p>	
<p>20. Propõe atividades baseadas em discussões, projetos, tarefas ou elaboração de produtos.</p> <p><i>A utilização de aulas, apresentações audiovisuais pré-confecionadas, leituras direcionadas e outras técnicas monodirecionais e diretivas tendem a desaparecer em favor da discussão, simulações, projetos de grupo, experiências de campo e outras técnicas de aprendizagem ativa.</i></p>	
<p>21. Utiliza, como estratégia educacional, das ações de teleassistência e segunda</p>	

opinião.	
22. Utiliza de teleconferências e educação à distância.	
23. Propõe visitas a experiências exitosas.	
24. Propõe um sistema de avaliação, com o objetivo de melhorar a aprendizagem do estudante.	
25. O sistema avalia a condução da ação educacional, a relevância do conteúdo, o ritmo das atividades, o nível dos alunos e a qualidade do produto educacional.	
26. Os resultados da avaliação são divulgados para o profissional aluno, garantindo um feedback que transmita uma informação precisa e confiável sobre o seu desempenho e promova o seu aperfeiçoamento profissional.	
27. Os resultados da avaliação são utilizados para aperfeiçoamento do processo de educação permanente.	
28. Possibilita a recertificação do profissional.	
29. É coerente com os objetivos estratégicos definidos pela instituição. <i>Todo processo de educação permanente requer elaboração, desenho e execução a partir de uma análise estratégica e da cultura institucional dos serviços de saúde em que se insere.</i>	
30. É coerente com as necessidades de saúde da população e problemas identificados. <i>Para a implementação da Política de Educação Permanente, é importante assegurar e coordenar a direcionalidade das ações nos serviços de saúde estaduais e municipais, gerando uma construção política orientada para questões e problemas importantes no campo da saúde e da transformação dos serviços.</i>	
31. A responsabilidade pelo processo de educação permanente é assumida pela instituição. <i>A educação permanente para os profissionais de saúde exige uma mudança estrutural nas organizações de saúde que devem colocar a atualização permanente de seus profissionais como o principal investimento nos seus ativos.</i>	
32. O gestor municipal conhece a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.	
33. A gestão institucional provê recursos financeiros próprios, específicos para educação permanente.	
34. O Plano Municipal de Saúde contempla as questões da formação e desenvolvimento dos trabalhadores para o SUS.	
35. Há no município uma Política de Educação Permanente em Saúde.	
36. Há articulação do município com as várias instituições formadoras da área da saúde com o objetivo de propor adequações na formação e qualificação dos trabalhadores de saúde às necessidades de saúde da população e ao desenvolvimento do SUS.	
37. O processo de educação permanente tem uma coordenação / referência na Secretaria Municipal de Saúde.	
38. O profissional elabora o próprio plano de aperfeiçoamento profissional.	
39. O planejamento da educação permanente em saúde da instituição é baseado nos planos de aperfeiçoamento profissional elaborados pelos próprios profissionais.	

<p>40. O profissional é motivado, por parte da instituição, para aderir ao processo de educação permanente.</p> <p><i>A negociação com o adulto sobre seu interesse em participar de uma atividade de aprendizagem é chave para sua motivação. A experiência é o melhor elemento motivador do adulto, portanto, o ambiente de aprendizagem com pessoas adultas precisa ser permeado de liberdade e incentivo para cada indivíduo falar de sua história, idéias, opinião, compreensão e conclusões. Devem ser levados em conta programas que auxiliem no desenvolvimento de uma maior autoestima, satisfação no trabalho ou qualidade de vida. O diálogo é a essência do relacionamento educacional entre adultos, por isso a comunicação só se efetiva através dele. Outros fatores motivadores: melhores salários, promoções, etc.</i></p>	
<p>41. Em todas as unidades é praticado o horário protegido para educação permanente.</p>	
<p>42. Existe uma sala de educação permanente, computador, acesso a internet, acesso a sistemas de buscas de evidências, disponível para todos os profissionais.</p>	
<p>43. A instituição tem exigência de comprovação da educação permanente para permanência no corpo clínico / equipe.</p>	
<b>PONTUAÇÃO TOTAL</b>	

## O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NA IMPLANTAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Itens de verificação relacionados ao desenvolvimento de competências necessárias no processo de implantação das redes de atenção à saúde prioritárias: conhecimento, habilidade e atitude.

ITEM DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO
1. Os profissionais da APS conhecem as linhas-guia de atenção à saúde publicadas pela SES/MG.	
2. Os profissionais conhecem a estratificação de risco da gestante, hipertenso, diabético e idoso.	
3. As linhas-guias são utilizadas pelos profissionais na abordagem e acompanhamento da população.	
4. Os profissionais conhecem a proposta e os instrumentos do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde - PDAPS: roteiro de diagnóstico situacional, cadastro e classificação de risco das famílias, planilha de programação, planilha de monitoramento, instrumento de contratualização.	
5. Os profissionais sabem utilizar os instrumentos gerenciais do PDAPS.	
6. O diagnóstico situacional da APS é atualizado anualmente pelas equipes de saúde.	
7. As famílias das áreas de abrangência são cadastradas e vinculadas à Equipe de Saúde da Família.	
8. Todas as famílias são classificadas quanto ao risco sócio-econômico e clínico.	
9. A programação das ações de saúde é elaborada pela equipe anualmente, com definição de metas de cobertura para as várias áreas temáticas.	
10. As equipes monitoram as ações programadas, utilizando a planilha de monitoramento.	
11. Há contratualização das equipes, com ou sem incentivo financeiro por cumprimento de metas.	
12. Os médicos de saúde da família conhecem a proposta do Programa de Educação Permanente para Médicos de Família - PEP e os instrumentos construídos durante o Ciclo de Aperfeiçoamento da Prática Profissional - CAPP.	
13. Os médicos sabem desenvolver a proposta de integração ensino-serviço e utilizar os instrumentos do PEP.	
14. Os médicos aderem à proposta do PEP, reconhecendo ser uma oportunidade de aperfeiçoamento profissional e de melhoria da prática clínica.	
15. Os médicos freqüentam os Grupos de Aperfeiçoamento Profissional, seguindo a metodologia proposta.	
16. Os médicos aplicam os conhecimentos e os instrumentos desenvolvidos e elaborados nos Grupos de Aperfeiçoamento Profissional (GAP) ou no CAPP sistematicamente em suas práticas de trabalho.	
17. Os agentes comunitários de saúde - ACS conhecem a sua proposta de atuação nas unidades e os instrumentos necessários ao seu trabalho junto à Equipe Multiprofissional de Saúde.	
18. Os ACS sabem utilizar os instrumentos de cadastramento, acompanhamento e registro de atividades (Ficha A, Ficha B, Ficha C, ficha D) e sabem desenvolver ações de integração social, promoção da saúde e prevenção de agravos na família e na comunidade por meio de processo educativo.	
19. Os ACS aplicam os instrumentos de acompanhamento, avaliação e registro de atividades e desenvolvem ações de integração social, promoção da saúde e	

prevenção de agravos na família e na comunidade.	
20. A equipe das Unidades Básicas de Saúde conhece o Canal Minas Saúde.	
21. As UBS possuem antena e televisor do Canal Minas Saúde.	
22. Os profissionais assistem aos programas semanais.	
23. Os profissionais realizam discussão sobre o conteúdo ou práticas clínicas / gerenciais propostas nos programas.	
24. Os profissionais de saúde conhecem a situação de saúde das gestantes do seu território (estimativa do número de gestantes, perfil demográfico, fatores de risco sócio-econômicos e clínicos).	
25. Os profissionais conhecem os fatores de risco gestacional e a estratificação de risco gestacional (risco habitual e alto risco).	
26. Os profissionais sabem utilizar instrumentos de levantamento da situação de saúde das gestantes do seu território: Ficha A, Ficha B-GES, Instrumento Diagnóstico do PDAPS.	
27. Todas as gestantes da área de abrangência são conhecidas pela equipe de saúde e cadastradas no pré-natal.	
28. É estratificado o risco gestacional de todas as gestantes.	
29. As gestantes de alto risco são encaminhadas para o pré-natal de alto risco nos serviços de referência.	
30. Os profissionais de saúde conhecem o protocolo de rastreamento do câncer de colo uterino e mama.	
31. Os médicos e enfermeiros sabem fazer a coleta do papanicolau e o exame clínico das mamas.	
32. Realizam a coleta do papanicolau a cada três anos para as mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos.	
33. Realizam o exame clínico de mama das mulheres na faixa etária de 40 a 49 anos, minimamente em uma consulta por ano.	
34. Solicitam e encaminham para realização de mamografia a cada dois anos as mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos.	
35. Os profissionais conhecem os fatores de risco da saúde da criança.	
36. Os profissionais sabem estratificar o risco da criança.	
37. Realizam o acompanhamento de todas as crianças, segundo o protocolo.	
38. Identificam rapidamente nas famílias da área de abrangência todos os prematuros e baixo-pesos egressos da unidade neonatal.	
39. Encaminham para os centros de referência as crianças de alto risco.	
40. Os médicos e enfermeiros das unidades neonatais das maternidades de alto risco secundária e terciária conhecem o protocolo de Assistência Hospitalar ao Neonato.	
41. Sabem utilizar os instrumentos de gestão da unidade neonatal: dimensionamento da necessidade, programação, gerenciamento de processos e de risco, monitoramento e avaliação.	
42. Organizam os processos de assistência ao neonato, elaborando os procedimentos operacionais padrão na assistência no pré-parto, parto, transporte intra-hospitalar, alojamento conjunto e unidade de cuidados progressivos.	
43. Utilizam o SIPCLAP - Sistema Informático Neonatal, extraindo dele as	

informações necessárias para a melhoria contínua da qualidade da assistência.	
44. Os profissionais conhecem a estratificação de risco do usuário portador de hipertensão e diabetes.	
45. Sabem realizar o exame clínico completo desses usuários, incluindo coleta da anamnese, exame físico e análise de exames propedêuticos afins.	
46. Fazem intervenções rotineiras nas suas unidades, baseadas na estratificação de risco do usuário portador de hipertensão e na classificação do diabético.	
47. Avaliam os pés dos diabéticos em todas as consultas.	
48. Conhecem as ferramentas para o controle adequado de usuários com hipertensão e/ou diabetes, tais como, plano de autocuidado apoiado e grupos operativos periódicos.	
49. Sabem elaborar planos de autocuidado apoiado e conduzir grupos operativos para a conscientização e adesão dos usuários ao tratamento.	
50. Realizam sistematicamente um trabalho interdisciplinar com motivação e disponibilidade assistencial para intervenções terapêuticas grupais e não farmacológicas, favorecendo a adesão ao tratamento.	
51. Conhecem os fundamentos da insulinoterapia na Atenção Primária à Saúde.	
52. Têm habilidade na aplicação da insulina e conduta em eventos adversos (hipoglicemia).	
53. Realizam o manejo adequado dos diabéticos na APS, com maior resolutividade, com o objetivo de evitar o descontrole metabólico e as complicações do diabetes.	
54. Os profissionais dos centros de referência, especialmente dos Centros Hiperdia Minas, conhecem os protocolos clínicos de atenção secundária aos hipertensos e diabéticos.	
55. Sabem avaliar os usuários, estabelecendo plano de cuidados sistematizado por complicações.	
56. Realizam uma abordagem multidisciplinar.	
57. Os profissionais conhecem a Linha-Guia de Atenção ao Idoso, os fatores de risco do idoso, a estratificação de risco como idoso frágil e os processos de avaliação do idoso.	
58. Sabem utilizar os instrumentos de avaliação multidimensional do idoso.	
59. Identificam todos os idosos de alto risco (Idoso Frágil) das famílias da área de abrangência.	
60. Utilizam cotidianamente e com destreza o instrumento de avaliação multidimensional do idoso.	
61. Elaboram o plano de cuidado, envolvendo nisso o próprio paciente e sua família.	
62. Encaminham o idoso frágil para os centros de referência, para avaliação funcional e confirmação do plano de cuidado.	
63. Os profissionais conhecem o Protocolo de Manchester.	
64. Os enfermeiros sabem identificar a queixa do usuário, aplicar os algoritmos e classificar o risco.	
65. Realizam o acolhimento e classificação de risco em todas as unidades que atendem a usuários com condições agudas.	
66. Os gestores dos hospitais conhecem a proposta e os instrumentos do PRO-HOSP.	

67. Sabem utilizar instrumentos de gestão hospitalar: gestão da qualidade, gestão por processos, gestão da clínica, gerenciamento de riscos e outras.	
68. Elaboram anualmente o Plano Diretor da Atenção Hospitalar, seguindo os objetivos estratégicos definidos no planejamento estratégico.	
69. Identificam e priorizam os riscos sanitários e organizam os respectivos processos de trabalho.	
70. Organizam os processos de trabalho da assistência à gestante e neonato e à urgência e emergência, inserindo o hospital nestas redes de atenção.	
71. Os profissionais conhecem a gestão do transporte eficiente e eficaz.	
72. Os profissionais sabem gerenciar a frota de veículos da região, para que os municípios contemplados utilizem menos recursos financeiros e tenham uma melhor taxa de utilização dos mesmos.	
73. Os profissionais realizam o planejamento operacional, além de discussões com gestores de saúde dos municípios, com o objetivo de adequar a oferta do transporte com a oferta de consultas e exames dos municípios, buscando assim, a eficiência no transporte e a redução do custo de deslocamento dos pacientes.	
74. Os médicos autorizadores das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) conhecem as normatizações que regulam o processo autorizativo de internações hospitalares.	
75. São usuários do Sistema SUSFácil-Módulo AIH Eletrônica e sabem fazer análise do laudo para a devida autorização.	
76. Solicitam o preenchimento adequado dos laudos médicos para a devida análise e autorização.	
77. Conhecem as informações referentes a produção hospitalar e ambulatorial registradas no DATASUS e as seleções/filtros de pesquisas.	
78. Sabem fazer os levantamentos de informações referentes a produção hospitalar e ambulatorial.	
79. Realizam os levantamentos de informações referentes a produção hospitalar e ambulatorial e interpretam os dados apresentados, contribuindo com a melhoria do processo de gestão do SUS/MG.	
80. Conhecem o site: <a href="http://gaia.saude.mg.gov.br/ppi">http://gaia.saude.mg.gov.br/ppi</a> referente às pactuações firmadas entre gestores para atendimento aos procedimentos programados na PPI/MG.	
81. Sabem realizar pesquisas neste site, definir as seleções/filtros de pesquisas e interpretar os dados apresentados.	
82. Realizam as pesquisas no site e interpretam os dados apresentados, contribuindo com a melhoria do processo de gestão do SUS/MG.	
83. Os gestores municipais (secretários e grupo técnico de gestão) conhecem as Políticas de Saúde: fundamentos do SUS (histórico, princípios, principais legislações); o Pacto pela Saúde; as diretrizes estaduais para implantação das redes de atenção à saúde (projetos estruturadores e associados, regionalização, PDR, etc.).	
84. Conhecem o processo de regionalização que define os territórios microárea, área de abrangência da equipe de saúde, município, microrregião, macrorregião.	
85. Conhecem os princípios de escala e escopo e sua importância na implantação das redes de atenção.	
86. A população de cada território é conhecida: número de habitantes por faixa etária e sexo, subgrupos da população com fatores de risco, com condições de saúde estabelecidas por grau de risco e com condições de saúde muito complexas.	



87. São realizadas intervenções de promoção à saúde, prevenção, gestão da condição de saúde e gestão de caso.	
88. Conhecem o diagnóstico situacional da saúde da sua população: principais problemas de saúde (maior mortalidade e morbidade).	
89. Utilizam os dados epidemiológicos no planejamento das ações de saúde.	
90. Organizam e gerem o processo de trabalho da vigilância em saúde utilizando dados e informações para identificar e intervir em situações de risco, de vulnerabilidade e de suscetibilidade de grupos populacionais e ambientes, conforme normas e protocolos estabelecidos.	
91. Executam ações e procedimentos técnicos específicos, complementares e compartilhados no sentido da proteção, prevenção e controle de doenças e de agravos e riscos relacionados a produtos, ambientes, serviços de saúde e outros serviços de interesse da saúde.	
92. Articulam a população, trabalhadores e serviços da saúde e de outras áreas do território de referência para programar ações e intervenções intersetoriais voltadas para a promoção da saúde, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde.	
93. Desenvolvem ações de proteção e preservação dos seres vivos e dos recursos ambientais, da segurança de pessoas e comunidades, do controle e avaliação de risco, programas de educação ambiental.  <i>Tais ações vinculam-se ao suporte de sistemas, processos e métodos utilizados na análise, diagnóstico e gestão, provendo apoio aos profissionais da saúde nas intervenções e no processo saúde-doença de indivíduos, bem como propondo e gerenciando soluções tecnológicas mitigadoras e de avaliação e controle da segurança e dos recursos naturais.</i>	
94. Desenvolvem ações de inspeção e fiscalização sanitárias, aplicar normatização relacionada a produtos, processos, ambientes, inclusive o do trabalho e serviços de interesse da saúde.	
95. Investigar, monitorar e avaliar riscos e os determinantes dos agravos e danos à saúde e ao meio ambiente.	
96. As equipes multidisciplinares sabem utilizar ferramentas de planejamento, execução e avaliação do processo de vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental e saúde do trabalhador.	
97. Atuam no controle do fluxo de pessoas, animais, plantas e produtos em portos, aeroportos e fronteiras.	
98. Desenvolvem ações de controle e monitoramento de doenças, endemias e de vetores.	
99. Conhecem os fundamentos para o planejamento estratégico em saúde.	
100. O mapa estratégico das SMS foi elaborado e divulgado para todo o corpo técnico e gerencial.  <i>O mapa estratégico deve ser composto, minimamente das perspectivas: "sociedade" (resultados a serem entregues à sociedade); "processos" (que deverão ser desenvolvidos para alcançar os resultados); "gestão" (de informação e conhecimento, qualificação da gestão de pessoas e da gestão pública regionalizada e orientada para resultados, necessários para operacionalizar os processos); e "financeira" (recursos necessários, tanto do ponto de vista da quantidade, quanto da qualificação na utilização dos recursos).</i>	
101. O Plano Municipal de Saúde foi elaborado de forma coerente com os objetivos estratégicos definidos no mapa estratégico.	
102. Sabem aplicar os instrumentos de gestão pública e de gestão do SUS: Plano Plurianual-PPA, Plano Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde-PAS, Lei de Diretrizes Orçamentárias-LDO, Lei Orçamentária Anual-LOA, Relatório Anual de Gestão-RAG, Pacto pela Saúde.	

103. Sabem utilizar estes instrumentos mantendo uma coerência no planejamento: os problemas de saúde identificados e priorizados; as necessidades de saúde da população dimensionadas; os objetivos, ações, indicadores e metas definidas para responder estas necessidades; os processos organizados para operacionalizar os objetivos definidos; os recursos definidos e aplicados para cumprir os objetivos definidos; o cumprimento de metas monitorado; as ações corretivas do planejamento definidas e implementadas com prontidão.	
104. Conhecem os princípios e a legislação aplicável à gestão de pessoas.	
105. Sabem utilizar as metodologias e ferramentas de gestão de pessoas: vínculos funcionais, planos de carreiras; competências, habilidades e atitudes; processos de humanização nas organizações; estratégias para o comportamento eficaz; avaliação de desempenho individual.	
106. Desenvolvem a metodologia de gestão por competências.	
107. Conhecem as diretrizes para a organização de Consórcios e Conselhos Municipais de Saúde.	
108. Conhecem os critérios e regras de funcionamento das CIBs micro e macrorregional e da CIB-SUS/MG.	
109. Participam das reuniões e decisões da CIB microrregional (e da CIB macrorregional e CIB-SUS/MG, se for o caso).	
110. Os gestores municipais (secretários integrantes das CIB's micro e câmaras técnicas) conhecem os princípios da gestão solidária e compartilhada.	
111. Os membros das CIBs solicitam a colaboração dos demais gestores no enfrentamento dos problemas de saúde identificados nos próprios municípios.	
112. Utilizam as informações do diagnóstico situacional dos problemas de saúde prioritários para definição das intervenções a nível da microrregião.	
113. Conhecem os "vazios assistenciais" dos seus territórios.	
114. Discutem e pactuam os fluxos assistenciais das redes de atenção à saúde prioritárias no âmbito regional.	
115. Há um sistema de contratualização (entre os gestores estadual e municipal, e entre estes e suas equipes e prestadores) alinhado com os objetivos estratégicos das redes de atenção.	
116. As informações provenientes das auditorias são discutidas e é elaborado um plano de correção das inconformidades identificadas.	
117. Os princípios e diretrizes do controle social em saúde são conhecidos pelos gestores e profissionais.	
118. Os conselhos (municipais e locais) têm suas necessidades de infraestrutura e logística apoiadas pela gestão.	
119. Os conselhos de saúde conhecem o diagnóstico situacional relacionado aos problemas de saúde da população.	
120. Utilizam instrumentos de monitoramento e avaliação para efetivar o controle social.	
121. Os problemas de saúde são enfrentados de forma compartilhada e responsável entre os gestores e o controle social.	
122. As discussões dos conselhos (municipais e locais) são acolhidas pela gestão.	
<b>PONTUAÇÃO TOTAL</b>	

**Avaliação:**

<b>MATRIZ</b>	<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>	<b>PONTUAÇÃO ALCANÇADA</b>	<b>%</b>
O processo de Educação Permanente em Saúde	129		
O desenvolvimento de competências na implantação das Redes de Atenção em Saúde	366		
<b>TOTAL</b>	<b>495</b>		

## ANÁLISE CRÍTICA

## Referências bibliográficas:

DAVINI, Maria Cristina. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde in BRASIL. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. Série Pactos pela Saúde, 2006, v. 9.

MENDES, Eugênio Vilaça. *As Redes de Atenção à Saúde*. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, Belo Horizonte: 2009.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. *Linhas-guias de Atenção à Saúde*, Belo Horizonte: SAS/SES/MG, 2003 a 2005.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. *Guias de estudo do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde*, Belo Horizonte; SES/MG, 2008 a 2010.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. *Guias de estudo do Curso de Gestão Microrregional dos Sistemas de Saúde*, Belo Horizonte; SES/MG, 2010.

SALVIONE, Massimo. *Dalla Pedagogia all'Andragogia*. Obiettivo Occupazione. 1996

SILVÉRIO, João Batista. *Programa de educação permanente para médicos de família*. Rev. méd. Minas Gerais. 18 (4, supl. 4): dez. 2008.

## Anexo 5 – Pactuação dos recursos federal para implementação da PNEPS no estado de Minas Gerais

Repasse Financeiros MS – PNEPS (2007 – 2011)											
Ano	Portaria	Programas de Trabalho	Ações/Diretrizes	Repasse MS p/ Estados	Repasse MG por Programa	Total Repasse MG	Ação/ Estratégia (Pactuadas na CIES e CIB-SUS/MG)	Instituição Responsável	Recurso Pactuado por ação	Recurso Total Pactuado	Deliberações CIB-SUS
2007	1996	1. Apoio ao Desenvolvimento da Graduação e Pós-Graduação Stricto/Latu Sensu em áreas estratégicas do SUS	A PNEPS deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde. A condução regional da PNEPS se dará por meio dos CGR, com a participação das CIES. Os CGR, considerando as especificidades locais e a PNEPS nas três esferas de gestão, elaborarão um Plano de Ação Regional de EPS, coerente com os Planos de Saúde estadual e municipais, da referida região, no que tange à educação na saúde. As CIES são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da PEPS previstas no Artigo 14 da lei 8080/90 e na NOB/RH - SUS. Os CGR, conforme a Portaria 399/GM, de 22/02/2006, são as instâncias de pactuação permanente e co-gestão solidária e cooperativa, formadas pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios de uma determinada região de saúde e por representantes do(s) gestor(es) estadual(ais).	35.000.000,00	1.707.026,91	4.145.636,79	(1) Fortalecimento da Ação Microrregional com monitoramento e avaliação das ações microrregionais (Delib. 1 ) (2) Curso de Especialização em Planejamento Orçamentário e Financeiro do SUS Municipal - Gestão Financeira e Orçamentária do SUS Municipal. Controle, Avaliação e Auditoria do Sistema de Saúde. Aspectos Jurídicos do SUS Municipal (Delib. 1 ) (3) Curso Transferência de Recursos (Delib. 2) (4) Produção de material para implementação e divulgação da PEPS (Delib. 2) (5) Curso Técnico em Saúde Bucal (Delib. 3)	(1) COSEMS (2) COSEMS/PUC (3) Canal Minas Saúde (4) SES/GRS (5) ESP (6) Unimontes	(1) 347.026,91 (2) 1. 100.000,00 (3) 236.000,00 (4) 24.000,00 (5) 1.884.267,31	4.929.904,10	Delib. 1 - CIB-SUS/MG Nº 383 de 18/10/2007 Delib. 2 - CIB-SUS/MG Nº 612 de 09/12/2009 (altera Delib. 383) Delib. 3 - CIB-SUS/MG Nº 923 de 21/09/2011
2007	1996	2. Formação de Profissionais Técnicos de Saúde e Fortalecimento das Escolas Técnicas/Centros Formadores		50.000.000,00	2.438.609,88						

2008	2813	1. Apoio ao Desenvolvimento da Graduação e Pós-		35.000.000,00	1.700.747,60		1 - Mobilização das CIES para implementação da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde (Delib. 1 - Reunião CIES 04/2011) 2. Curso em Planejamento Oçamentário e Financeiro do SUS Municipal - complementação do recurso (Delib. 2 e 3 - Reunião CIES 04/2011) 3. Curso Técnico em Saúde Bucal em substituição do Curso Gerência de serviço de saúde (Delib. 4 e 5) 4. Oficinas Temáticas para Capacitação de gestores municipais de saúde "De Repente... GESTOR" (Delib. 6 Reunião CIES 09/2011)				Delib. 1 - CIB-SUS/MG Nº 612 de 09/12/2009 (altera Delib. CIB-SUS/MG Nº 383) Delib. 2 - CIB-SUS/MG Nº 693 de 30/06/2010 Delib. 3 - CIB-SUS/MG Nº 973 de 16/11/2011 Delib. 4 - CIB-SUS/MG Nº 586 de 21/10/2009 Delib. 5 - CIB-SUS/MG Nº 923 de 21/09/2011 Delib. 6 - CIB-SUS/MG Nº 925 de 21/09/2011
2008	2813	2. Formação de Profissionais Técnicos de Saúde e Fortalecimento das Escolas Técnicas/Centros Formadores	Ações constantes do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde pactuado na CIB, de acordo com as diretrizes constantes da Portaria nº 1.996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007, e seus anexos.	50.000.000,00	2.429.639,42	4.145.636,79	(1) SES/MG (2) COSEMS/PUC (3) ESP (3) Unimontes (4) COSEMS	(1) 260.000,00 (2) 590.747,60 (2) 707.472,30 (3) 760.291,62 (4) 100.440,00	2.418.951,52		

2009	2953	1. Apoio ao Desenvolvimento da Graduação e Pós-Graduação Stricto/Latu Sensu em áreas estratégicas do SUS	O plano estadual de educação permanente deve priorizar conteúdos e cenários de práticas profissionais relativas à implementação das políticas estruturantes do SUS, tais como: Atenção Básica, Saúde Mental, Atenção à Mulher e à Criança, Atenção a Saúde da Pessoa Idosa, Urgência e Emergência, entre outras, que viabilizem a implantação de linhas de cuidado e Redes Regionalizadas e Integradas de Atenção para o enfrentamento dos principais problemas sanitários nas regiões.	35.000.000,00	1.633.397,36	4.145.636,79	1. Curso de Especialização em Planejamento Oçamentário e Financeiro do SUS Municipal (Delib. 1) 2. Mobilização e monitoramento das CIES Estadual e Macrorregionais e CTMEPS para implementação da PNEPS MG; atendimento das demandas identificadas nos PAREPS e Plano Estadual de EPS; ações de divulgação do controle social para os profissionais que atuam no SUS/MG; ações educacionais para o fortalecimento da área de gestão no SUS/MG; ações educacionais utilizando estratégias de educação a distância, em especial, por meio do Canal Minas Saúde, realização de pesquisas na área de recursos humanos em saúde; outras demandas posteriormente identificadas por meio da CIES Estadual (Delib. 2) 3. Cursos Técnicos para os profissionais do SUS/MG (Delib. 2)	(1) COSEMS/PUC (2) SES/MG (3) ESP/Unimontes	(1) 957.700,68 (2) 1.633.397,36 (3) 2.333.424,80	4.924.522,84	Delib. 1 - CIB-SUS/MG Nº 693 de 30/06/2010 Delib. 2 - C IB-SUS/MG Nº 614 de 09/12/2009
2009	2953	2. Formação de Profissionais Técnicos de Saúde e Fortalecimento das Escolas Técnicas/Centros Formadores	O plano de educação permanente, no que se refere às ações de educação profissional técnica, deve contemplar as áreas estratégicas prioritárias para a saúde constantes da medida 4.5 do Programa MAIS SAÚDE: Radiologia, Patologia Clínica e Citotécnico, Hemoterapia, Manutenção de Equipamentos, Saúde Bucal, Prótese Dentária, Agente Comunitário de Saúde, Vigilância em Saúde, Enfermagem e Cuidador de Pessoas Idosas com dependência.	50.000.000,00	2.333.424,80						
2010	4033	1. Apoio ao Desenvolvimento da Graduação e Pós-Graduação Stricto/Latu Sensu em áreas estratégicas do SUS	Ações constantes do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde pactuado na CIB, de acordo com as diretrizes constantes da Portaria nº 1.996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007, e seus anexos.	0,00	0,00	1.407.593,82	1. Curso Qualificação de ACS (Delib. 1) 2. Curso Qualificação de ACS (Delib. 1)	(1) ESP (2) Unimontes	914.935,97 (1) 492.657,83 (2)	1.407.593,80	Delib. 1 - CIB-SUS/MG Nº 891 de 17/08/2011



2010	4033	2. Formação de Profissionais Técnicos de Saúde e Fortalecimento das Escolas Técnicas/Centros Formadores		30.000.000,00	1.407.593,82						
2011 2011	2200	1. Apoio ao Desenvolvimento da Graduação e Pós-Graduação Stricto/Latu Sensu em áreas estratégicas do SUS	O Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde deverá ser elaborado de acordo com o Anexo II da Portaria nº 1.996/2/GM/MS, de 2007 observando as necessidades de formação identificadas a partir das demandas prioritárias das Regiões de Saúde, com ênfase nas Redes Temáticas de Atenção à Saúde -Rede Ceçonha; Rede de Atenção às Urgências; Rede de Atenção Psicossocial, cuidados aos usuários de álcool, crack e outras drogas; Programa de prevenção e qualificação do diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero e da mama e outros; ser elaborado considerando o diagnóstico epidemiológico do Estado, a coerência entre as ações e estratégias propostas e os Programas Prioritários do MS na área de gestão do trabalho e da educação na saúde: Profaps, Pró-Saúde, PET-Saúde, Telessaúde, Pró-residências,	35.000.000,00	1.643.244,77	3.990.737,30	1. Oficina de Planejamento Estratégico da Política de Educação Permanente Estadual, Macrorregionais e Microrregionais, para a definição da visão, missão, valores e mapa estratégico da educação permanente em saúde. Oficina de Planejamento estratégico para a estruturação do sistema de monitoramento e avaliação da educação permanente em saúde. Acompanhamento e monitoramento das ações das CIES Estadual e Macrorregionais e acompanhamento das CTMPES. Ações de divulgação do controle social para os profissionais que atuam no SUS/MG. Ações educacionais para o fortalecimento da área de gestão no SUS/MG. Atendimento das demandas identificadas nos PAREPS com	(1) SES (2) ESP/Unimontes	1.643.244,77 (1) 2.347.492,53 (2)	3.990.737,30	Delib. - CIB-SUS/MG Nº 950, de 19/10/2011 (Aprova o Plano e não as ações educacionais, cursos, projetos)

			UNA-SUS, Progesus, dentre outras ações. Priorizar conteúdos e cenários de práticas profissionais relativas à implementação das políticas estruturantes do SUS.			ênfase nas Redes Temáticas de Atenção à Saúde. Capacitação na área de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do SUS/MG. Realização de ações educacionais no SUS/MG utilizando de metodologias presenciais e de tecnologias da informação. Outras demandas posteriormente identificadas por meio da CIES Estadual. 2. Educação Profissional de Nível Técnico (Delib. 1)				
2011	2200	2. Formação de Profissionais Técnicos de Saúde e Fortalecimento das Escolas Técnicas/Centros Formadores	Contemplar, no que se refere a Educação Profissional Técnica de Nível Médio, ações de capacitação, aperfeiçoamento, especializações dos trabalhadores de nível fundamental e médio, observando as áreas prioritárias do Profaps: Radiologia; Citopatologia; Hemoterapia; Manutenção de Equipamentos; Saúde Bucal; Prótese Dentária; Vigilância em Saúde; Enfermagem; Saúde do Idoso para as equipes da ESF e equipes de enfermagem das instituições de longa permanência; Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate as Endemias.	50.000.000,00	2.347.492,53					
Total de Recursos financeiros federais Pactuados na CIB-SUS/MG (2007-2012)				<b>370.000.000,00</b>	<b>17.641.177,09</b>	<b>19.242.835,31</b>				<b>17.671.709,56</b>