



**4º Encontro Internacional de Política Social**  
**11º Encontro Nacional de Política Social**  
**Tema: Mobilidade do capital e barreiras às migrações:**  
**desafios à Política Social**  
Vitória (ES, Brasil), 6 a 9 de junho de 2016

---

**Eixo: Análise, avaliação e financiamento das políticas públicas.**

**O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO  
PERMANENTE EM SAÚDE**

**Mônica de Castro Maia Senna<sup>1</sup>**  
**Rosana Freitas Arantes<sup>2</sup>**  
**Michelly Laurita Wiese<sup>3</sup>**

**Resumo**

Esse trabalho propõe analisar o processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nos estados que compõem a região Sudeste. Por meio de estudo de casos múltiplos e levantamento documental e entrevistas, buscou-se examinar a condução dessa política nos estados, considerando tanto o processo de gestão da política, com ênfase na ampliação do processo decisório a partir da incorporação de diferentes arenas e atores sociais, quanto sua interferência na reorganização das práticas em saúde

**Palavras-chave:** Política de saúde. Implementação. Educação Permanente em Saúde.

**THE IMPLEMENTATION PROCESS OF NATIONAL PERMANENT EDUCATION IN HEALTH  
POLICY**

**Abstract**

This paper aims to analyze the implementation process of National Permanent Education in Health Policy in the Southeast states. The study considers the policy management process, with emphasis on expanding the decision-making process and the incorporation of different arenas and social actors. It also finds the policy interference in the reorganization of health practices. It was made a multiple case study and the data collection was made by documentary survey and interviews.

**Keywords:** Health policy. Implementation. Permanent Education in Health.

**Introdução:**

Desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) ao final dos anos 1980, mudanças significativas no modelo de atenção à saúde têm sido introduzidas no Brasil. Marcadas pelos dilemas que atravessaram as tentativas de compatibilização entre a garantia do direito universal à saúde e a adoção de políticas de ajuste macroestrutural da economia, tais mudanças caminharam em direção à descentralização da gestão e provisão dos serviços de saúde, à ampliação da cobertura assistencial, notadamente no

---

<sup>1</sup> Doutora em Ciências – Saúde Pública pela ENSP/ FIOCRUZ, Professora Associada da Escola de Serviço Social e do Programa de Pós-graduação em Política Social da Universidade Federal Fluminense. E-mail: <monica.senna@globocom>.

<sup>2</sup> Doutora em Política Social pela UFF, Professora Adjunta do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. E-mail: <rosanafreitasarantes@gmail.com>.

<sup>3</sup> Doutora em Serviço Social pela PUC-SP, Professora Adjunta do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: <mlwiese@hotmail.com>.

âmbito da chamada Atenção Básica em Saúde e à instauração de instâncias participativas e de controle social, por meio principalmente dos conselhos de saúde, com composição paritária assegurada pela própria legislação. Mas também tem enfrentado obstáculos de ordem estrutural tais como o crônico desfinanciamento do setor, o crescimento exponencial do setor privado e os baixos índices de qualidade e resolutividade dos serviços prestados.

Nesse cenário complexo e contraditório, novas exigências ao campo da educação na saúde ganham corpo, especialmente no que diz respeito aos processos de formação e qualificação dos profissionais da área, tidos como um dos maiores nós à consolidação do SUS. De fato, o conjunto de iniciativas implantadas nesse campo ao longo dos anos 1990 manteve o padrão fragmentado e disperso que o caracterizou, agravado ainda por intensa precarização do trabalho em saúde.

Inflexões nesse modelo se sobressaem a partir de 2003, quando é criada, no âmbito do Ministério da Saúde, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Essa 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 pela organização da gestão da educação e do trabalho no setor, pela formulação de critérios para as negociações e estabelecimento de parcerias entre gestores do SUS e ainda, pelo ordenamento de responsabilidades entre as três esferas de governo (TEIXEIRA; GONDIM; ARANTES, 2012).

Ainda nesse processo, é implantada, em 2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), por meio da Portaria GM/ MS nº 198/2004, reformulada posteriormente com a Portaria GM/ MS nº 1.996/ 2007. Partindo do entendimento de Educação Permanente em Saúde (EPS) como estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor em direção a um lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente (CECCIM; FERLA, 2005), essas Portarias concebem a PNEPS como dispositivo capaz de articular, de forma orgânica, os diversos segmentos/atores e instituições do setor saúde e, nesse movimento, possibilitar o fortalecimento e a concretização do SUS e ainda contribuir para reorganizar e reorientar o modelo de assistência.

O desenho da PNEPS busca conferir protagonismo às Secretarias estaduais e municipais de saúde na condução da política, rompendo com a histórica centralização no governo federal da gestão e financiamento das ações de educação na saúde. Além

disso, propõe a incorporação de uma gama ampla de atores institucionais na definição da política, com a criação e fortalecimento de instâncias políticas formais participativas, responsáveis pela definição, planejamento e implementação das políticas de educação permanente em saúde no âmbito estadual e regional, como as Comissões Permanentes de Integração Ensino Serviço (CIES) e os Colegiados de Gestão Regionalizados (CGR).

No presente trabalho, entende-se, no entanto, que o processo de implementação de uma política pública de abrangência nacional em contextos descentralizados, como é o caso da PNEPS, é atravessado por uma complexa teia de relações em que decisões altamente relevantes são tomadas e que podem, no limite, reverter o próprio desenho da política. Em outras palavras, mais do que a mera execução das ações previstas no desenho da PNEPS, parte-se da concepção de que sua implementação é marcada pela dinâmica política envolvendo sujeitos sociais com interesses diversos e capacidades distintas de influência na arena decisória.

Nessa perspectiva, o presente trabalho tem por objetivo examinar o processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, com ênfase na sua condução pela esfera estadual nas quatro unidades federativas da região Sudeste (Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo). O foco central repousa no processo de gestão desta política em âmbito estadual, tomando por referência as diretrizes de descentralização/ regionalização da saúde e de gestão participativa, esta última aqui entendida como a possibilidade de incorporação de diferentes atores institucionais no processo decisório em torno das ações de educação na saúde.

O trabalho é fruto de uma pesquisa interinstitucional e contou com financiamento do CNPq.

### **Algumas considerações sobre a PNEPS:**

A questão dos recursos humanos tem sido apontada como um dos principais nós críticos do SUS em direção à pretendida Reforma Sanitária brasileira. Diversos estudos empenhados em fazer um balanço da implantação do nosso sistema de saúde desde a Constituição Federal de 1988 (PIERANTONI *et al.*, 2008; NOGUEIRA, 2006) destacam um conjunto de dilemas e desafios relacionados ao campo dos recursos humanos e trabalho em saúde que devem ser enfrentados na consolidação do SUS.

Um desses desafios está relacionado ao processo de formação e capacitação dos trabalhadores da saúde. É possível dizer que a tendência predominante tem suas

raízes históricas no modo de produção da atenção à saúde não só no Brasil, como nas sociedades capitalistas ocidentais, em que se destacam o privilegiamento da dimensão técnico-científico das profissões de saúde, o predomínio de uma lógica pedagógica que estabelece o centro da aprendizagem na hierarquização do adoecer em critérios biologicistas, desassociando clínica e política e a centralidade na busca eficiente de evidências para o diagnóstico, cuidado, profilaxia das doenças e agravos (CECCIM; FEUERWERKER, 2006).

A implantação do SUS modificou o perfil do trabalho em saúde, muito em função do avanço do processo de descentralização em direção aos municípios, da ampliação da cobertura dos serviços assistenciais e da crescente incorporação de trabalhadores no sistema público de saúde. No entanto, não foi capaz de superar os limites históricos postos ao campo da formação e qualificação dos trabalhadores do SUS. Ao mesmo tempo, a diversidade das ações desenvolvidas pelos diferentes setores da saúde (tanto pelas diversas Secretarias no âmbito do próprio Ministério da Saúde quanto por cada setor das Secretarias Estaduais e mesmo das Secretarias Municipais de Saúde) para lidar com a qualificação dos profissionais representava a dispersão e pulverização de recursos em detrimento de ações mais estratégicas e articuladas.

Tal cenário expressa, em grande medida, alguns dos principais desafios postos aos campos 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. Nesse contexto, a partir de 2003 são produzidas inflexões importantes no campo, com destaque para dois movimentos principais.

O primeiro ocorre ainda em 2003, com a criação, no âmbito do Ministério da Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Esse processo representou um movimento de convergência dos campos da Educação e do Trabalho e a absorção de uma visão interdisciplinar dos processos de produção e oferta do trabalho e da organização do ensino (TEIXEIRA; GONDIM; ARANTES, 2012). No interior da SGTES, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES/SGTES) passou a ser responsável pela definição e desenvolvimento de políticas direcionadas à formação de trabalhadores da saúde, tanto no nível superior como no nível técnico-profissional, expressando o compromisso com o estabelecimento de uma agenda própria para o campo, em que educação e trabalho são reconhecidos como dimensões indissociáveis.

O outro movimento importante em direção à consolidação da área da Educação na Saúde foi a elaboração da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde em 2004 e sua redefinição posterior, em 2007. Além de eleger a dimensão da educação permanente em saúde como orientadora da produção de espaços participativos e das ações em saúde, a PNEPS tomou como eixo organizativo a gestão descentralizada e participativa. Essas 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. Isso porque 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).

Dentre o conjunto de inflexões previstas pela PNEPS destacam-se: (a) a perspectiva de reversão do histórico papel centralizador do governo federal na condução das ações para a área, reconhecendo que a construção das políticas de educação permanente para o SUS deve ser realizada pelos e nos municípios, já que são nesses espaços que se concretizam a maior parte das ações de saúde e o trabalho das equipes de saúde; (b) o fortalecimento dos entes subnacionais na condução da política, dotando as Secretarias estaduais e municipais de saúde de papel protagonista no planejamento da formação dos trabalhadores do SUS no seu âmbito de gestão; (c) a criação e fortalecimento 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 Comissões de Integração Ensino Serviço (CIES) e os Colegiados de Gestão Regionalizados (CGR), reforçando os fóruns de articulação e pactuação da política de saúde como espaços privilegiados nos processos de formulação e implementação das políticas de educação na saúde; e (d) a ampliação das arenas decisórias, com incorporação de novos sujeitos políticos em 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.

Merecem destaque aqui os CGR (atuais Comissões Intergestores Regionais (CIR)). Instituídos através do Pacto pela Saúde de 2006, os CGR constituem-se em

espaços de decisão, articulação e pactuação regional, reunindo secretários municipais de saúde e representantes da Secretaria Estadual de Saúde de modo a consolidar a dinâmica política entre os entes federados no nível das regiões de saúde, a exemplo do papel desempenhado pelas Comissões Intergestoras Bipartite (CIB) e da Comissão Intergestora Tripartite (CIT). No desenho da PNEPS essas instâncias tiveram seu papel valorizado, na medida em que os CGR passam a ter poder de decisão e aprovação dos projetos de EPS em seu âmbito de atuação.

Os CGR são apoiados pelas Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), entendidas como espaço privilegiado de articulação e coordenação das diferentes instituições envolvidas na dinâmica da educação na saúde em âmbitos estadual e regionais. Previstas na Lei Orgânica da Saúde de 1990, as CIES são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde, reunindo representantes da gestão, das instituições formadoras, dos trabalhadores do SUS e do controle social.

A instituição da PNEPS é considerada um grande avanço no processo de consolidação do Sistema Único de Saúde brasileiro, uma vez que a educação permanente deixa de se restringir à formação profissional e passa a ser vista como estratégia para a mudança no sistema de saúde, ou seja, uma estratégia para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor saúde (BRASIL, 2004).

Contudo, em que pesem esses avanços, 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 e colocou alguns desafios, dentre eles, a operacionalização da diretriz da descentralização, intersetorialidade, participação e controle social no processo de gestão da política de educação permanente em saúde.

Nessa direção, o exame do processo de implementação da PNEPS se mostra um campo fértil de possibilidades analíticas para a compreensão da dinâmica de condução da política no âmbito local, permitindo acompanhar as estratégias forjadas em torno dos limites e possibilidades da construção da política. No caso do presente estudo,

o foco recai no exame da condução desta política nos estados da região Sudeste, considerando tanto o processo de gestão da política, com ênfase na ampliação do processo decisório a partir da incorporação de diferentes arenas e atores sociais, quanto sua interferência na reorganização das práticas em saúde.

### **Considerações metodológicas:**

Para atingir os objetivos do estudo proposto, optou-se pela realização de uma pesquisa de natureza qualitativa, tendo em vista sua possibilidade de incorporar, segundo Minayo (2004), os significados e as intencionalidades inerentes 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 de um dado processo histórico.

A metodologia da pesquisa está circunscrita ao campo de análise de políticas públicas, mais precisamente sobre o processo de implementação de políticas sociais, com foco na PNEPS. Neste contexto, importa resgatar as contribuições dos autores como Lindblom (1981), que procuram fazer uma revisão da concepção clássica da formulação das políticas e programas sociais enquanto um momento racional e anterior à implementação. Estes autores consideram que na fase de implementação decisões altamente relevantes são tomadas e não apenas executadas, o que configura um processo de aprendizado de extrema relevância. Assim, a implementação é um processo gerador de informação para a formulação e, ao mesmo tempo, criador de novas políticas, traduzindo-se, muitas das vezes, em experiências inovadoras que, no limite, pode reverter o próprio desenho original da política.

Nesses termos, entende-se que a implementação de políticas públicas como a PNEPS se reveste de uma dimensão política que deve ser considerada, principalmente nos Estados democráticos e descentralizados, onde a esfera local é dotada de importante gradiente de autonomia e poder decisório. Essa concepção se revela chave para a perspectiva de análise aqui defendida, pois implica considerar diversas variáveis presentes no nível local que interferem na implementação da política. Entende-se, assim, que tanto as características mais amplas do processo em curso quanto o contexto de implementação são decisivos para a conformação da intervenção pública no nível local.

Para caracterizar o processo de implementação da PNEPS, considerou-se conjugar as perspectivas das diferentes instituições e sujeitos sociais que participam diretamente da condução da política em nível estadual e municipal. Nessa perspectiva, o estudo foi ancorado em três eixos principais: (i) os marcos legais e o desenho organizacional assumido pela PNEPS no âmbito estadual; (ii) a dinâmica de condução da PNEPS, de forma a reconhecer as motivações, interesses, concepções e fontes de apoio e resistência relacionados à implementação da política; e (iii) as concepções e perspectivas dos chamados agentes implementadores da intervenção pública acerca das ações desenvolvidas.

A análise do objeto de estudo foi desenvolvida com base na metodologia de estudo de caso que, segundo Becker (1997), permite uma “[...] compreensão abrangente do grupo em estudo e, ao mesmo tempo, tenta desenvolver análises teóricas mais gerais sobre regularidades do processo e estrutura sociais”.

A escolha dos estados da Região Sudeste se justifica em função de alguns aspectos. Em primeiro lugar, cumpre destacar que essa região concentra os estados mais populosos do país, marcados por profundas heterogeneidades e desigualdades sociais. Também é uma região com importante protagonismo político e econômico no cenário nacional, além de reunir, no campo específico do setor saúde, um conjunto complexo de instituições e serviços assistenciais.

O trabalho de campo nos quatro estados da região Sudeste contou com dois procedimentos metodológicos principais. O primeiro diz respeito ao levantamento e à análise documental e da legislação referente à EPS em âmbito nacional, estadual e regional. A análise documental buscou contemplar o 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 de forma a conhecer os arcações institucionais relacionados com a política, a fim de identificar os principais elementos para a compreensão do processo de institucionalidade da PNEPS nos estados, especialmente no que diz respeito aos atores, instituições e estruturas organizacionais envolvidas com a gestão da PNEPS.

A análise documental foi completada com a realização de entrevistas semiestruturadas com os atores envolvidos com o processo de condução da PNEPS nos estados. 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.

Para a identificação dessas instituições e sujeitos inicialmente foi realizada uma entrevista exploratória com o responsável pela EPS nos estados. Essa entrevista permitiu mapear os atores institucionais envolvidos com a política e definir os sujeitos para o estudo. Esses sujeitos foram selecionados considerando a trajetória de vinculação e participação na gestão da referida política. A única exceção foi o estado de São Paulo, onde não foi possível realizar o trabalho de campo por falta de autorização para realização da pesquisa, ficando as informações coletadas restritas ao levantamento de documentos disponíveis na rede mundial de computadores.

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, tendo por parâmetro a lógica descentralizada e ascendente que embasa o desenho da PNEPS.

#### **A PNEPS nos estados da região Sudeste:**

Os quatro estados que compõem a região Sudeste são marcados pela elevada concentração populacional, sobretudo nas regiões metropolitanas, sendo que os estados de São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro ocupam, respectivamente, as primeira, segunda e terceira posição no ranking de estados mais populosos do país, conforme o Censo Demográfico de 2010.

A região se destaca no cenário nacional por sua importância econômica, política e social, sendo que só o estado de São Paulo responde por cerca de 30% do PIB nacional. Apesar dessa pujança, a região é caracterizada por intensos contrastes sociais, concentrando elevados índices de pobreza e desigualdades sociais. Esses contrastes se manifestam também na oferta de serviços de saúde, podendo-se afirmar que um traço comum aos estados da região é a concentração dos serviços de média e alta complexidade nas regiões metropolitanas, especialmente nas capitais.

Em termos territoriais e político-administrativos a região é também diversa. Enquanto São Paulo e Minas Gerais possuem grandes áreas territoriais, congregando 645 e 853 municípios respectivamente, os estados do Rio de Janeiro e Espírito Santo

estão entre aqueles com menores dimensões territoriais do país, abrangendo 92 e 78 municípios respectivamente.

A implantação da PNEPS nos estados, através da Portaria GM/ MS 1996/ 2007 encontrou contextos bastante diversificados, seja no tocante às experiências prévias no campo da formação e qualificação dos trabalhadores do SUS, seja no estágio de desenvolvimento do processo de regionalização da saúde, seja ainda na participação dos diferentes sujeitos políticos na condução da PNEPS em cada localidade.

Nesses termos, é possível afirmar que no estado de São Paulo, a existência de uma estrutura regionalizada para a saúde data dos anos 1980, tendo sofrido mudanças e atualizações ao longo do tempo conforme os condicionantes político-institucionais e da política de saúde mais ampla em diferentes momentos. Através de estruturas descentralizadas de saúde (atualmente os Departamentos Regionais de Saúde em número de 17), a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES-SP) tem acumulado importante aprendizado institucional que favoreceu o processo de implantação dos CGR, atualmente implantados nas 64 regiões de saúde do estado. O mesmo não se pode dizer, contudo, em relação à constituição das CIES macrorregionais, uma vez que sua implantação ainda se encontra em fase incipiente. Implantadas inicialmente em número de oito, de forma a seguir a divisão regional estabelecida em 2004 com a experiência dos Polos de Educação Permanente (PEP), as CIES foram reduzidas a seu atual número de cinco. Cada CIES abrange três DRS cada, englobando de 10 a 15 CGR, à exceção da CIES Centro-Sul, que abrange cinco DRS e 16 CGR.

Uma singularidade do estado de São Paulo é a existência e atuação dos Centros de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS (CDQS), instância organizacional da SES vinculada aos Departamentos Regionais de Saúde. Instituídos em 2006, os CDQS ganham maior expressão justamente no contexto de implementação da Portaria GM/ MS nº 1996/ 2007, quando, através especialmente de seus Núcleos de Educação Permanente (NEP/ CDQS), assumem a função de apoiar os CGR em relação à discussão sobre Educação Permanente. Observa-se, desse modo, que há uma superposição de atribuições entre os NEP/ CDQS e as CIES. Pela análise documental e nas fontes bibliográficas é possível afirmar que as CIES regionais no estado ainda enfrentam dificuldades para sua consolidação.

Em Minas Gerais, o processo de regionalização também se mostrava avançado quando da implantação da PNPE, embora mais tardiamente em relação ao

estado de São Paulo, na medida em que remonta aos anos 2000 e à implementação da Norma Operacional de Atenção à Saúde de 2001/ 2002 (NOAS-SUS 2001/2002). Tal capilaridade da SES-MG contribuiu para a construção das instâncias regionais para conduzir a PNEPS no estado, que conta atualmente com 13 macrorregiões de saúde e 77 microrregiões. Cada uma dessas 13 macrorregiões possui uma CIES implantada, além da CIES estadual.

No Espírito Santo, podem-se identificar iniciativas em direção à regionalização setorial através da criação de CIB microrregionais já em 1997. No entanto, conforme análise documental e relatos dos entrevistados, essas instâncias tinham uma atuação bastante acanhada até serem fortalecidas com a publicação do Pacto pela Saúde em 2006. O modelo de gestão escolhido pela Secretaria Estadual de Saúde desde 2002 se baseia na descentralização com transferência de poder decisório para os menores níveis hierárquicos que adquirem, assim, autonomia política e administrativa. Neste desenho o poder da SES nas decisões locais – Macrorregiões de Saúde – se efetiva nas Superintendências Regionais de Saúde.

No âmbito da EPS, o estado conta com importante atuação da SES desde a implantação dos antigos Polos de Capacitação e Educação Permanente do Pessoal da Estratégia Saúde da Família (Polos-PSF) ao final dos anos 1990, mantendo-se atuante na implantação da PNEPS e suas instâncias colegiadas como a CIES. De acordo com os sujeitos participantes da pesquisa, o início do processo de implantação do novo modelo da PNEPS no estado se deu no sentido de regionalizar as ações de educação permanente, tendo sido realizadas visitas técnicas da SES-ES aos Colegiados Intergestores Bipartite Microrregional (CIBs-Micro) existentes no estado, com o objetivo de fomentar a criação das Comissões Permanentes de Integração Ensino e Serviço nas microrregiões, em número total de quatro.

No estado do Rio de Janeiro, o processo de regionalização da saúde é muito recente e coincide com a implantação do Pacto pela Saúde de 2006 e da PNEPS de 2007. A equipe responsável pela implantação da PNEPS no âmbito da SES-RJ se articulou aos técnicos e gestores responsáveis pelo processo de regionalização da saúde, o que permitiu que a temática da Educação Permanente figurasse como ponto de pauta da discussão de oficinas regionais para implantação dos CGR. Nesse processo, o estado conta com 9 regiões de saúde, cada qual com um CGR/ CIR e uma CIES.

Em todos os estados, é possível observar o protagonismo assumido pelas SES na condução da PNPEPS, seja fomentando o processo de consolidação da regionalização, seja estimulando a criação das instâncias regionalizadas. Desde a instituição da PNEPS, as SES desenvolveram 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 cogestoras na implementação da política no âmbito estadual, bem como a implantação das CIES regionais.

Um fato que chama atenção é que nos estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro e Espírito Santo, as CIES regionais entraram em funcionamento antes da CIES estadual, revelando dificuldades para sua implantação. Em São Paulo, não foi possível localizar informações mais precisas sobre o funcionamento da CIES estadual.

Com a implantação da CIES estaduais, 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. No entanto, os casos estudados ressentem-se do afastamento das instituições universitárias das CIES, justificado pela perda de poder dessas instituições em face das mudanças nos mecanismos de financiamento dos projetos por elas coordenados. Essa ausência foi bastante apontada pela experiência do Rio de Janeiro, que atribui a esse fato a demora em colocar a CIES estadual em funcionamento.

A elaboração de Planos estaduais e regionais de Educação Permanente em Saúde tem buscado considerar as necessidades de saúde específicas de cada região, pautando-se em diagnósticos dessas necessidades. Desse modo, representa uma possibilidade de romper com a lógica anterior imposta pelas instituições formadoras e que pouco contribuía para a qualificação dos serviços de saúde.

No entanto, foi possível observar, ainda que de forma preliminar, variações significativas entre as regiões dentro de um mesmo estado, relacionadas em grande medida ao grau de envolvimento dos gestores municipais com a condução da política.

Uma dificuldade comumente apresentada na implementação da política nos estados refere-se à execução financeira dos recursos por parte dos municípios. Ainda que a implantação de mecanismos de transferência automática de recursos para implementação da PNEPS seja um avanço, quando comparada à experiência anterior

dos Polos-EPS, a execução dos recursos tem representado uma grande dificuldade para estados e municípios e reitera a necessidade da construção de estratégias de apoio técnico visando sua superação.

### **Considerações Finais**

Esse estudo pretendeu oferecer contribuições para a compreensão da dinâmica de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nos estados da região Sudeste, buscando examinar a sua condução em termos do processo de gestão da política e capacidade de interferência na reorganização das práticas em saúde. Para isso, a análise privilegiou a dinâmica de implantação e implementação das Comissões de Integração Ensino Serviço nos estados, 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.

A nova configuração da PNEPS, a partir da Portaria GM/ MS 1996/ 2007 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 .

No processo de institucionalização da Portaria nº 1.996, 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 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.

O estudo partiu do pressuposto de que a implementação de políticas públicas de abrangência nacional, como é o caso da PNEPS articula-se à interação entre as diretrizes desenhadas pelo formato da política em sua formulação original e as especificidades dos contextos em que a mesma é implementada, considerando ainda os atores, ideias, instituições e interesses envolvidos e a história particular da conformação da saúde em cada localidade. Ao falarmos dos estados da região Sudeste, estamos falando de áreas geográficas altamente populosas e marcadas por profundas heterogeneidades sociodemográficas, econômicas, políticas e sanitárias e também na oferta e acesso a serviços urbanos e de saúde, o que confere grande complexidade à condução das políticas públicas de corte social.

## Referências

BECKER, H. S. **Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: Hucitec, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Caminhos para a mudança na formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes para a ação política para assegurar Educação Permanente no SUS**. Brasília (DF), 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília (DF), 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRAVIN, F.P. **Política e ação pública: análise da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. 2008. (Dissertação)-Programa de Pós-Graduação em Política Social do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília. 2008

CECCIM, R.; FERLA, A. Educação Permanente em saúde. *In*: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO; ESTAÇÃO DE TRABALHO OBSERVATÓRIO DE TÉCNICOS EM SAÚDE (Orgs). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-66, 2004.

LINDBLOM, Charles. E. **O Processo de Decisão Política**. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 1981.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004

NOGUEIRA, Roberto Passos. Problemas de Gestão e Regulação do Trabalho no SUS. **Serviço Social & Sociedade** 87, 2006.

PIERANTONI, Celia et al. Gestão do Trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. **Physis** 18 (4), 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.