



REVISTA TERCEIRO INCLUÍDO

ISSN 2237-079X

Transdisciplinaridade e Temas Contemporâneos

V. 10 - 2020

Cristiane LEMOS, Mary Anne de Souza Alves FRANÇA, Edsaura Maria PEREIRA, Fernando
Marcello Nunes PEREIRA, José Antônio Oliveira ALVES

A Educação Permanente em Saúde e os desafios das Comissões de Integração em ensino
Serviço

pp. 21-33

DOI: [10.5216/teri.v10i1.66728](https://doi.org/10.5216/teri.v10i1.66728)

A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E OS DESAFIOS DAS COMISSÕES DE INTEGRAÇÃO EM ENSINO SERVIÇO

PERMANENT EDUCATION IN HEALTH SERVICES AND THE CHALLENGES OF INTEGRATION COMMISSIONS FOR TEACHING

LA EDUCACIÓN PERMANENTE EN SALUD Y LOS DESAFÍOS DE LAS COMISIONES DE INTEGRACIÓN EN ENSEÑANZA

Cristiane LEMOS¹

Mary Anne de Souza Alves FRANÇA²

Edsaura Maria PEREIRA³

Fernando Marcello Nunes PEREIRA⁴

José Antônio Oliveira ALVES⁵

Resumo:

Em 2004 o Ministério da Saúde cria a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que tem como conceito pedagógico a Educação Permanente em Saúde (EPS). A Portaria GM/MS nº1996, de 2007, alinhou a PNEPS à proposta de fortalecimento da regionalização, sendo estruturadas as Comissões de Integração Ensino e Serviços (CIES). Esta pesquisa analisa o contexto da estruturação da PNEPS no estado de Goiás no período de 2009 a 2018. Estudo qualitativo realizado mediante a análise de documentos e de entrevistas com os sujeitos envolvidos neste universo. Observou-se que, apesar das CIES terem sido estruturadas nesse período, a descentralização da EPS pouco avançou, evidenciando pontos dificultadores, como: a baixa execução de ações pelas CIES, a descontinuidade dos processos formativos, ações educativas desvinculadas da PNEPS e pouca transparência no direcionamento do financiamento das ações de EPS.

Palavras chave: Política de Saúde; Educação Continuada, Sistema Único de Saúde

Abstract:

In 2004 the Ministry of Health created the National Policy on Permanent Education in Health (PNEPS), which has as a pedagogical concept the Permanent Education in Health (EPS). The GM/MS Administrative Rule No. 1996, of 2007, aligned PNEPS with the intention regarding regionalization strengthening, structuring the Services and Education Integration Commissions (CIES). This research analyzes the context of the PNEPS structure in the state of Goiás, through the implementation of the CIES, from 2009 to 2018. It's a qualitative study, performed through the analysis of documents and interviews with PNEPS managers in this universe. Although the CIES structured in this period, was observed that, the decentralization of the EPS barely advanced, evidencing difficulty points such as: the low execution of actions by the CIES, the discontinuity of the formative processes, educational actions disconnected from PNEPS and poor transparency in regards to the use of the financing of EPS's actions.

Key words: Health policy; Education Continuing. Unified Health System

1 Possui graduação em Faculdade de Odontologia pela Universidade Federal de Uberlândia (1995), mestrado em Educação pela Universidade Federal de Uberlândia (2003) e doutorado em Educação pela Universidade Federal de Goiás (2010). Atualmente é professora associada da no Instituto de Ciências Biológicas da Universidade Federal de Goiás

2 Cirurgiã dentista graduada pela Faculdade de Odontologia UFG (1989), com especialização em Endodontia, Vigilância Sanitária e epidemiológica, Odontologia em Saúde Coletiva e especialização Multiprofissional em Saúde da Família e Educação Permanente em Saúde, Mestre em Saúde Coletiva pela UFG. Doutoranda em Clínica Odontológica, do Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal de Goiás. Participo como acadêmica do grupo de pesquisa Saúde Bucal Coletiva no CNPq. Tutora da Rede Amamenta Brasil.

3 Graduada em Odontologia pela Universidade Federal de Goiás (1981), Especialista em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (2002), Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (2007) e Doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências da Saúde da UNB (2010). É Professora adjunta do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, IPTSP/UFG. É coordenadora do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da UFG e Subcoordenadora do Programa de Pós Graduação Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, NESC/ PRPG/ UFG. É Vice Diretora do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, IPTSP/UFG

4 Bacharel em Nutrição pela Universidade Federal de Goiás (UFG). Especialização em Micropolítica da Gestão e do Trabalho em Saúde pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Atualmente é Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) na Universidade Federal de Goiás

5 Bacharel e Licenciado em Enfermagem pela Universidade Federal de Goiás, cursando Mestrado pelo Programa de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, com linha de pesquisa em Processos Educativos no Trabalho em Saúde.

Resumen:

En 2004, el Ministerio de Salud creó la Política Nacional de Educación Permanente en Salud (PNEPS), que tiene como concepto pedagógico la Educación Permanente en Salud (EPS). La Ordenanza GM / MS 1996, 2007, alineó a PNEPS con la propuesta para fortalecer la regionalización, estructurando las Comisiones de Integración, Enseñanza y Servicios (CIES). Esta investigación analiza el contexto de la estructuración de PNEPS en el estado de Goiás, a través de la implementación de CIES, de 2009 a 2018. Estudio cualitativo realizado a través del análisis de documentos y entrevistas con los sujetos involucrados en este universo. Aunque CIES se estructuraron durante este período, la descentralización de EPS avanzó poco, destacando puntos difíciles, como: como la baja ejecución de acciones por parte del CIES, la discontinuidad de los procesos educativos, las acciones educativas desconectadas del PNEPS y la falta de transparencia en la dirección. financiación de acciones EPS.

Palabras clave: Política de salud; Educación Continua, Sistema Único de Salud

A formação do profissional em saúde foi contemplada na Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8.080/90, as quais incluem no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS), a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde, além do incremento do desenvolvimento científico e tecnológico.(BRASIL, 1988), (BRASIL, 1990) A gestão da formação de recursos humanos pelo Ministério da Saúde (MS) relacionou-se à perspectiva de orientar perfis profissionais condizentes com o novo modelo sanitário, pois segundo Lima e Braga (2006) os trabalhadores do novo sistema deveriam ser educados. não apenas para atuarem individualmente como membros da equipe de saúde, mas para participar, intervir e organização do sistema e atuar no seu controle.

Dessa forma, o desenvolvimento de recursos humanos passa a ser uma responsabilidade do MS, articulada com o Ministério da Educação tendo como premissa a relevância da "formação e ampliação da consciência sanitária dos trabalhadores e dos futuros profissionais de saúde sobre os princípios da reforma e do projeto societário que ela enseja." (LIMA, 2007,p. 11).

Em 2003, o Ministério da Saúde cria a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, com o objetivo de promover a integração dos setores de saúde e educação no sentido de propor mudanças e fortalecer as instituições formadoras de profissionais atuantes na área na formação, qualificação e distribuição das ofertas de educação e trabalho na área de saúde.No ano de 2004 é publicada a Portaria nº 198/GM/MS, que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e adota como conceito pedagógico central a Educação Permanente em Saúde (EPS) (BRASIL, 2004).

Na visão ministerial, a EPS se associa com a ideia de novas formas de gerir os problemas do SUS, consubstanciando-se ao mesmo tempo com a educação para a gestão e resolutividade. Considera que o processo de capacitação do pessoal da saúde deve ser estruturado a partir da aprendizagem significativa e da problematização do seu cotidiano de trabalho e que tenham como objetivos a "transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho" BRASIL, (2004, p. 8).

A partir deste novo referencial pedagógico foram criados os Polos de Educação Permanente em Saúde (PEPS) que eram espaços descentralizados de decisões para os setores envolvidos com a saúde desenvolverem o planejamento para educação e gestão do SUS (BRASIL, 2004). No ano de 2006 haviam 96 PEPS instalados em todas as regiões do País (BRAVIN, 2008).

Em 2007 a PNEPS passa a se alinhar com o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006) no sentido de fortalecer a regionalização do SUS com a publicação da Portaria nº1.996/GM/MS. Os PEPS são extintos e a EPS passa a ser conduzida pelos Colegiados de Gestão Regional (CGR) com apoio das Comissões de

Integração Ensino-Serviços (CIES)(BRASIL, 2007), . Em 2011, com o Decreto 7.508 as CIES passam a articular com as Comissões Intergestores Regional (CIR) que substituíram os CGR (BRASIL, 2011).

A CIES é reconhecida como instância de negociação e pactuação da PNEPS que favorece a participação no processo decisório de representantes das esferas de governo, segmentos da sociedade e demais atores indiretamente implicados com a execução dos processos formativos (FRANÇA, 2016).

Pesquisas de Castro(2009), Silva(2011), Laranja(2012), Vasconcelos, Cavalcante, Teófilo (2013), Schott(2013), Ferraz et al (2013), Daniel, Sandri, Grillo (2014), Gouvêa, Figueiredo, Santos(2015), França(2016), Rio de Janeiro(2018/2019), demonstram que a implementação da CIES não tem sido um processo fácil destacando questões como: dificuldade de elaboração dos planejamentos com o referencial da EPS, problemas de recursos humanos e de financiamento, reduzida implantação das CIES regionais, participação incipiente dos gestores, indefinição de parâmetros para construção de projetos, ausência de avaliação acerca de projetos desenvolvidos e de descentralização do planejamento do processo educacional. Estas problemáticas têm sido preocupação do Departamento de Gestão em Educação em Saúde (DEGES) que em 2017 organizou a oficina “PNEPS: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?” que buscou refletir sobre os rumos da EPS no país . Os resultados preliminares deste trabalho apontam para a complexidade da gestão na implementação da PNEPS, destacando a falta de compreensão e priorização da maioria dos gestores no processo de planejamento e programação, o que está conectado com o grau de desenvolvimento das CIES (BRASIL, 2018).

Diante deste contexto considerou-se importante pesquisar sobre o processo de construção da Política de EPS no Estado de Goiás, desde a criação dos Polos de EPS em 2004. Este artigo traz o recorte temporal de 2007 a 2018, tendo como objetivo analisar especificamente a implementação das CIES em Goiás.

METODOLOGIA

O estudo realizado é de natureza qualitativa, utilizando como ferramentas de pesquisas: a análise documental e a coleta de depoimentos. Ao considerar os diferentes olhares dos participantes, os estudos qualitativos permitem compreender o dinamismo interno dos processos, geralmente inacessível ao observador externo (LUDKE, ANDRÉ (1986).

Os documentos consistem de qualquer elemento textual que contenha informações de relevância para o estudo, provenientes de diversificadas fontes e nos mais variados formatos (GIL,2010). Foram selecionados os documentos relacionados com os temas: CIES e EPS relacionados ao Estado de Goiás, no período de 2007 a 2018, de acesso público e ou disponibilizados por órgãos oficiais.

Nove pessoas participaram deste estudo como informantes chave. Estas foram identificadas a partir do contato com membros ativos ou que estiveram envolvidos no processo de gestão da PNEPS em Goiás, incluindo coordenadores e participantes da CIES, gestores e técnicos da Escola de Saúde Pública (ESAP) Cândido Santiago. As entrevistas cessaram quando as informações compartilhadas com o pesquisador se tornaram repetitivas e encontrou-se o denominado “ponto de saturação” (FONTANELLA, RICAS, TURATO , 2008).

A interpretação dos dados foi realizada mediante análise de conteúdo temática. O

conteúdo dos áudios das entrevistas foi transcrito e os dados foram submetidos a análise criteriosa em busca dos núcleos de sentido (MINAYO, 2014).

O presente projeto recebeu aprovação do Comitê de Ética em pesquisa da Centro Universitário UniEvangélica, protocolo nº 012/2012.

RESULTADOS

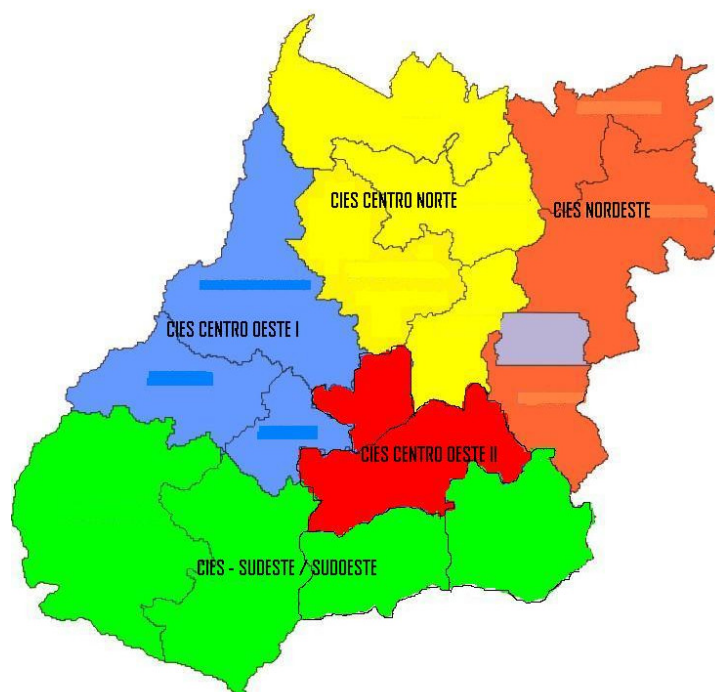
A partir da análise dos dados foi possível levantar duas categorias centrais: processo de Implementação das CIES e financiamento da Política de EPS

PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DAS CIES

A partir do segundo semestre de 2009, a Secretaria Estadual de Saúde (SES), via Escola de Saúde Pública (ESAP) assume o planejamento e a estruturação dos processos de EPS. França(2016) afirma que a Portaria nº 1.996/2007 trouxe à SES um papel de maior centralidade na condução regional da PNEPS em todo país, diferente da época dos Polos de EPS que havia uma relação direta do com as instituições de ensino (CONASS, 2006).

Com elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente do Estado de Goiás em 2009 foram constituídas cinco CIES (Figura 1) com base nas cinco macrorregiões estaduais, à época: Central/Centro Sul, Nordeste, Centro Norte, Centro Oeste e Sudeste/ Sudoeste e coube à Secretaria Estadual de Saúde por meio da ESAP gerenciar o processo. (GOIÁS, 2009).

MAPA DE LOCALIZAÇÃO DAS CIES NO ESTADO DE GOIÁS



Esta proposta de regionalização por macrorregiões pode ser considerada um avanço na descentralização da gestão da EPS, pois os estudos CASTRO (2009), GOUVÊA, FIGUEIREDO, SANTOS (2015), SENNA, ARANTES (2015) demonstraram que alguns Estados, tais como Tocantins, Rio de Janeiro e Minas Gerais, tiveram dificuldade em superar a tradição de verticalização das ações de formação em saúde.

Estudo de França (2016) demonstrou que os estados pesquisados, incluindo Goiás, possuem

composição ampla na CIES, com representação de diversas instituições. Isto é confirmado por um dos depoentes:

A CIES é fundamental para poder continuar o processo de EPS, porque é na CIES que ela se formaliza. É na CIES que a discussão acontece e que se reúne esse quadrilátero mensalmente". (D3)

É importante destacar que o denominado “quadrilátero da formação” amplia o âmbito da EPS da parceria ensino/serviço já previsto na concepção de EPS da OPAS, para outros segmentos, como os: trabalhadores, gestores, usuários (controle social), professores/acadêmicos, os quais, possibilitam a construção de estratégias com maior potencial de serem utilizadas na prática (CECCIM, FEUWERWERKER, 2004). No entanto, uma das depoentes relata que nem sempre é possível esta representação diversificada:

Há dificuldade dos recursos humanos... Até às vezes têm pessoas boas, mas tem dificuldade de liberação, porque tem que participar de reuniões e muitos deles trabalham. Além disso, na universidade tem que ter uma pessoa que faça parte da CIES. Agora nos Conselhos de Saúde que é difícil achar pessoas que possam fazer parte. (D4)

Para constituição e estruturação das CIES foi organizado pela ESAP no ano de 2009 o Curso “Fortalecimento do SUS e de Qualificação da EPS” que foi realizado nas cinco macrorregiões de saúde. Com estas oficinas constatou-se que os membros da CIES necessitavam de maior fundamentação teórica sobre EPS e deste modo foi elaborado a partir de 2010 o “Curso de EPS e Saúde e Problemática”, na modalidade semipresencial tendo como público alvo participantes de todas CIES goianas. Este curso objetivou oferecer um embasamento teórico sobre a PNEPS, e previu como produto final a elaboração do Plano Regional de EPS (PAREPS) para cada CIES. Sobre o Curso há os seguintes relatos:

Cada CIES construiu o seu PAREPS e identificou em cada nível regional todas as necessidades de qualificação de aperfeiçoamento, de cursos de graduação, de pós-graduação, que se diz respeito a educação no quadro do SUS [...]”. (D3)

Acho que avançou a questão de parar para pensar sobre o assunto, porque antes nem era discutido. [...] Antes cada um fazia o que queria e pensava cada um por si. O planejamento coletivo foi o grande avanço com o PAREPS”. (D1)

Houve diferenças entre as CIES na capacidade de elaboração do PAREPS. Questões como o conhecimento prévio sobre EPS, envolvimento dos membros da CIES no planejamento, distância entre os municípios e dificuldades de transporte/ deslocamento influenciaram neste processo. Veja o depoimento deste entrevistado:

Então, a compreensão da EPS eu vejo, ela não está difundida de forma homogênea no estado. Há compreensões diferentes para cada CIES, algumas conseguiram aprender melhor conceitualmente EPS e outras menos. Muitos profissionais não sabem conceituar e consequentemente não sabem da sua importância. (D3)

A baixa apropriação dos conceitos e de capacidade de formulação de políticas de EPS já aconteciam desde a implantação dos PEPS (BRASIL, 2004). Esta dificuldade também foi relatada na pesquisa de Mendonça, Nunes (2011) no Estado do Paraná e nas oficinas de avaliação da PNEPS realizadas pelo Ministério da Saúde no ano de 2017 (BRASIL, 2018).

Com a Portaria nº 1.996 de 2007 o Conselho de Gestores Regionais (CGR) se torna responsável por instituir processo de planejamento regional da EPS e as CIES tem como prerrogativa “apoiar e cooperar tecnicamente com os CGR para a construção dos PAREPS da sua área de abrangência” (BRASIL, 2007). No entanto, o que se verificou em Goiás, foi um maior protagonismo da CIEs e pouca participação dos CGR. No depoimento abaixo esta questão é evidenciada.

O principal desafio, do meu ponto de vista é a abertura da gestão para compreenderem o que é EPS. Porque na medida em que os gestores entendem, eles te ajudam com recursos financeiros, recursos humanos, entre outros. Mas quando você não tem o apoio da gestão para a EPS fica tudo muito difícil. (D1)

Estudo de Schott (2013) realizado no estado de São Paulo detectou que os CGR também não foram condutores da implementação da Política de EPS, pois ao contrário de assumir este papel, encaminhavam representantes para as atividades relativas à EPS. Outra pesquisa (LEMOS, 2010) reflete que em geral os gestores estão distantes, não tem conhecimento na área educacional e estão sempre muito atarefados com as diversas demandas solicitadas em seus serviços.

Mudanças no cenário político também afetaram o processo de construção da Política de EPS em Goiás. A reeleição do governador Marconi Perillo no ano de 2010 e a renovação nos quadros gerenciais na ESAP trazem mudanças no cenário das CIEs:

A gente teve um descompasso no final de 2010 (...), ela (a CIEs) sofreu uma desorganização. Com a mudança de gestores mudou e paralisou tudo (...) No PAREPS havia metas a médio e longo prazo, que não foram feitas, porque como eu te falei, com essa mudança na coordenação da gestão estadual tudo parou. Este processo de implantação, foi muito bom, acho que ia dar bem certo, só que de repente parou. (D1)

A dissertação de mestrado de Lucas (2019) sobre análise da EPS no Estado de Goiás confirma esta problemática. O novo Superintendente paralisou “Curso de EPS e Saúde e Problematização” que estava em andamento, pois na sua perspectiva havia irregularidades no pagamento de horas aulas de docentes. O Curso:

chegou a ser suspenso e reiniciado, por mais de uma vez, desmotivando alunos e docentes, causando evasão de 50% dos alunos inscritos e a maioria dos egressos não seguiram os objetivos propostos pelo curso, para instalar e conduzir as CIEs Regionais. (LUCAS, 2019, p. 62)

O que se percebe neste processo é que a mudança de gestão traz um cenário de instabilidade. A descontinuidade político-administrativa apresenta-se como um fenômeno do sistema político brasileiro, notadamente em âmbito municipal. O processo de implementação das políticas de saúde é afetado pela descontinuidade, causando prejuízos, entre os quais, atrasos e interrupções nos programas de educação não formal que são importantes para a promoção do empoderamento (MACHADO, COTTA, 2015).

Segundo um depoente

Com toda troca de gestão sempre há mudanças de percurso. No caso da CIEs, na minha opinião, não houve prioridade. Sei que algumas CIEs continuaram se reunindo, mas as ações passaram a não ser mais realizadas. E o mais importante é que há um montante de recursos parado, porque não estão conseguindo implementar a PNEPS(D2).

A partir de então há diminuição no ritmo da construção da EPS no Estado, com desarticulação das CIEs. Os PAREPS são retomados só no fim do primeiro semestre de 2015, com a

proposta de planejamento para o quadriênio de 2016-2019³².

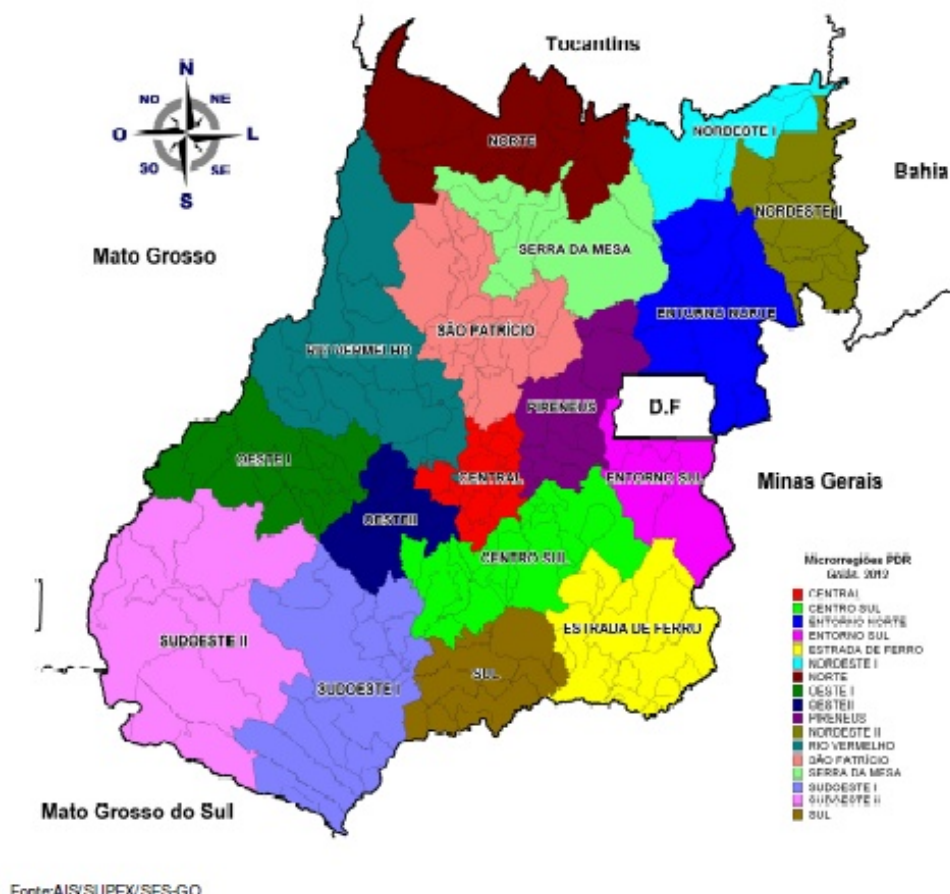
A descontinuidade sempre acontece em função de um viés político, que despreza considerações sobre possíveis qualidades ou méritos que tenham as ações, engavetando planos futuros tendo como consequência “o desperdício de recursos públicos, a perda de memória e saber institucional, o desânimo das equipes envolvidas e um aumento da tensão e da animosidade entre técnicos estáveis e gestores que vêm e vão ao sabor das eleições” (NOGUEIRA, 2006, p. 13)

Esse descompasso, no que diz respeito ao papel da gestão municipal na estruturação das CIES, enquanto instâncias de apoio à gestão e a relação com a descontinuidade político-administrativa, é abordada em um ensaio de Machado, Cotta (2015) que trata sobre a descontinuidade político-administrativa nos municípios e seus possíveis efeitos sobre as políticas de saúde, em particular sobre a execução de programas de educação não formal. Os autores destacam o aspecto da gestão enquanto exercício da ação coletiva, permeada pela qualificação das pessoas envolvidas com a gestão, no que denominam de empoderamento, por meio do desenvolvimento de habilidades e competências, conhecimentos e atitudes. Se referem ainda à virtude cívica, como *atributo de indivíduos que se ocupam com questões coletivas*, sendo essa virtude fundamental para que ocorra a participação social na gestão da saúde pública (Machado, Cotta, 2015).

Em 2011, o Decreto 7.508 também altera o cenário da gestão e da Política de EPS. Este Decreto determina como instrumento de gestão o Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP) da Saúde que corresponde o acordo firmado de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde. Também cria Comissão Intergestores Regional (CIR), no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB (BRASIL, 2011).

Neste ano também foi criada a Superintendência de Educação em Saúde e Trabalho para o SUS (SEST-SUS), incorporando a ESAP e o Centro de Educação Profissional de Saúde (CEP-SAÚDE). É criada a Secretaria Executiva da CIES Estadual, sendo indicadas duas profissionais da ESAP para atuar nas questões administrativas envolvidas na gestão da PNEPS, no âmbito estadual e regional. Uma das suas primeiras ações foi realizar uma análise conjuntural sobre a implementação da EPS no Estado e diagnosticar o esvaziamento das reuniões mensais das CIES³³.

Em 2012 é elaborado novo Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Estado de Goiás que foi dividido em cinco Macrorregiões Centro- Sudeste, Sudoeste, Centro-Oeste, Centro Norte, Nordeste e 17 Regiões de Saúde com 17 sedes Administrativas Regionais (GOIÁS, 2012(a)). Neste ano foi instituída a CIES-Estadual e 17 CIES Regionais no Estado de Goiás, e fica estabelecido que o Estado deve promover e apoiar a gestão da EPS e processos relativos à mesma no âmbito estadual (GOIÁS, 2012(b)), (GOIÁS, 2012(c)). Atualmente, o estado está dividido em 18 Regiões de Saúde e 17 CIR's e 17 CIEs.



Neste mesmo ano é realizado o II Seminário de EPS no Estado de Goiás, com o objetivo de divulgar a PNEPS para as Regionais de Saúde, fortalecer a criação das CIES Regionais e empossar os membros da CIES Estadual. A partir deste período, cerca de catorze Regiões de Saúde cumpriram com a responsabilidade de organizar e elaborar os PAREPS para o quadriênio 2016-2019, ficando três sem realizarem o planejamento³³. Segundo o Plano Estadual de EPS implantado em 2018, atualmente há catorze CIES instituídas, mas apenas seis são atuantes(GOIÁS, 2018).

O estudo de Lucas (2019) evidencia que as dificuldades para implementação das CIES neste segundo período relacionam-se principalmente: ao baixo envolvimento dos gestores, a não priorização da EPS nas pautas da CIR, ao pequeno envolvimento de membros do quadrilátero, ausência da cultura de valorização das potencialidades locais, no processo de implantação e estruturação das CIES Regionais, na interferência político partidária, na composição da equipe técnica das regionais de saúde e na carência de recursos humanos com perfil adequado.

O que se percebe que desde 2009 houve várias movimentações para consolidação das CIEs e desenvolvimento dos PAREPS. Questões políticas, culturais e institucionais dificultaram o processo de implementação da EPS neste período. Depois de mais de uma década de lançamento da Portaria nº 1996/2007/GM/MS, apesar do esforço de alguns envolvidos nestes processos pode-se considerar que em relação a descentralização e execução dos projetos PAREPS pouco se avançou e as questões de financiamento que iremos discutir no próximo se destacaram como uma dificuldade.

FINANCIAMENTO E POLÍTICA DE EPS

Questões relacionadas a financiamento foram pontos de destaque entre os depoentes no processo de constituição das CIES. É importante mencionar que no período dos Polos de EPS (2004-2006) o financiamento era previsto a partir da aprovação dos projetos que eram enviados para o DEGES. Com a Portaria nº 1996, estabelece-se a descentralização dos recursos com transferência regular e automática os respectivos Fundos Estaduais ou Municipais de Saúde. (BRASIL, 2007).

Um dos depoentes reconhece que a “partir do momento que se criou a Política e destinou o recurso, houve um ganho notável para EPS (D3)”. No entanto, a questão da transparência do financiamento e sua descentralização foi uma questão crítica neste processo. As CIES que inicialmente tiveram papel ativo na produção dos PAREPS não tinham conhecimento de quais seriam os repasses financeiros para execução dos projetos. Segundo os depoentes:

Esse recurso eu sei que existe, mas não sei ao certo os valores, mas sei que tem um montante que está parado” (D7)

Que eu sei é que recursos em execução são de Portarias antigas, de 2008, 2009, se não me engano os recursos de 2011 e 2012 não tem execução ainda. (D3)

O que se constata é que muitos projetos que foram realizados no Estado com o financiamento da PNEPS não foram previstos no PAREPS. E os projetos previstos no PAREPS, não foram realizados por não haver repasse do financiamento. Nesta perspectiva houve descumprimento à lógica estabelecida pela Portaria 1996(BRASIL, 2007). Veja o depoimento seguinte sobre esta problemática:

cada CIES ficou um pouco por conta de si mesma, porém o recurso é em nível estadual, nível central, então cada CIES tem seu PAREPS, porém não tem como executar através de projetos, porque o recurso é centralizado, não é repassado a cada CIES. (D3)

Estes descompassos sobre a descentralização financeira para execução dos projetos em cada CIES foram bastante prejudiciais, deixando transparecer por parte da gestão da SES, uma incompreensão sobre o papel dessas instâncias na formulação e execução da EPS, no Estado. Em 2012, o MS interrompeu o repasse automático de recursos para EPS, que era anual e tinha como pré-requisito a apresentação do Plano Estadual de EPS¹⁰. Este depoimento confirma esta situação:

o dinheiro está lá, nunca foi utilizado. No final de 2012 foi devolvido 30 milhões para o Ministério da Saúde, de recurso que vieram tanto para as Políticas de EPS quanto para investimento na educação do trabalhador. E outros recursos estão aí nos cofres do Estado e não tem investimento, não existe, então não tem como (D5)

O estudo de Silva et al sobre as CIES de Santa Catarina evidenciou estas problemáticas relacionadas à gestão de recursos destinados à política, destacando: a burocratização, a indefinição de formas de execução financeira e a morosidade permeando estruturas regionais responsáveis pela gestão dos recursos.

A pesquisa de França(2016) de âmbito nacional apontou de forma geral os seguintes problemas financeiros: dificuldade de execução pela natureza administrativa e de conteúdo jurídico legal, além da insuficiência para atender as demandas. Também foi lembrada a baixa capacidade de gastos por parte dos estados; seja porque há recursos carimbados com pouca flexibilidade de utilização ou pelos limites impostos pela Lei nº 8.666/1993 que privilegiadamente destinava valores

para a compra de produtos, além de questionamentos à descentralização do financiamento dos recursos do Tribunal de Contas; entre outras (BRASIL, 1993)

França (2016) discute que a concretização da PNEPS, enfrenta dificuldades agravadas pelo fato de que as diferentes instâncias do SUS produziram mecanismos ágeis para o financiamento e contratação de ações e serviços de saúde, mas não para ações e serviços educacionais. Assim, toda a máquina pública, que opera bem em âmbito das ações de saúde, “emperra” quando se trata de ações de educação.

Outra pesquisa de Ouverney, Ribeiro e Moreira (2017) considerou que de forma geral os processos de gestão descentralizada no Brasil são marcados por diferenças expressivas de capacidade de oferta, recursos financeiros, níveis de conflito político, capacidade institucional e de gestão, podendo produzir respostas muito diversificadas às políticas propostas pela esfera federal para a organização de redes de atenção à saúde.

Após um período estático em relação aos processos de EPS, são instituídos em 2015 os Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), tendo como um dos princípios a integração das ações de formação aos processos de EPS na rede de saúde (BRASIL, 2015). Em novembro de 2017 é lançado o Programa para o Fortalecimento das Práticas de EPS no SUS (PROEPS-SUS) que busca viabilizar as ações na realidade dos serviços de saúde, do fortalecimento da Atenção Básica e integração com os demais níveis de atenção para a qualificação dos profissionais e obtenção de respostas mais efetivas na melhoria do cuidado em saúde (BRASIL, 2017). No seu artigo 5º institui “incentivo financeiro de custeio para a elaboração de Plano Estadual de Saúde” que se torna uma real possibilidade de fortalecimento da EPS. Partindo destas premissas em 2018 é aprovado novo Plano Estadual de EPS de Goiás (2019-2022)(GOIÁS, 2018).

O estudo de Lucas(2019) aponta que a CIES-Estadual de Goiás ainda não conseguiu se efetivar como instância interinstitucional e regional para a co-gestão do PNEPS, contudo há avanços no final do ano de 2017, com a construção coletiva e as pactuações em fluxo com as instancias gestoras no estado de Goiás. Assim se abre novas perspectivas na institucionalização da Política de EPS no Estado, que deverão ser objeto de estudo para novas pesquisas. .

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O interesse deste estudo foi analisar o processo de implementação da Política de EPS no estado de Goiás, buscando compreender qualitativamente os seus processos de institucionalização.

O que se constata é que com a implantação da Portaria 1996 a partir de 2007 há um movimento de construção da Política de EPS com o protagonismo da SES via ESAP. AS CIES são instituídas e são organizados cursos e oficinas para formação dos sujeitos e elaboração dos PAREPS.

Não foi objeto deste estudo analisar as questões pedagógicas relativas aos processos da Política de EPS. O olhar foi mais para a compreensão do movimento de institucionalização das instâncias legais e neste sentido reconhece-se que no período analisado houve empenho para organização das CIES e dos PAREPS, mas que este processo ainda não está efetivado.

A partir da análise de depoimentos e documentos foi possível compreender os vários desafios no estabelecimento da Política de EPS no estado, tais como: dificuldades de apropriação do

referencial teórico, falta de protagonismo dos gestores, problemas de financiamento e de descontinuidade político-administrativa, dificuldades de descentralização da gestão da Política de EPS. Percebe que estas problemáticas não são exclusivas de Goiás e foram relatados em diversos estudos citados neste artigo.

O PROEPS-SUS com sua nova perspectiva de incentivos financeiros traz novas perspectivas de regionalização e descentralização dos processos de EPS, devendo ser analisado em outros estudos.

As diretrizes nacionais da PNEPS postas constituem um processo, sem dúvida, inovador, mas sua implementação nas estruturas estaduais e municipais de saúde, ainda tem um longo caminho. São questões pedagógicas que precisam ser refletidas e que se se entrelaçam em desafios estruturais, institucionais e culturais tornado este campo de estudo bastante complexos.

O que não se pode deixar de destacar é que o fortalecimento do SUS está necessariamente vinculado a processos educacionais/formativos que colaborem para formação de trabalhadores/gestores/acadêmicos com consciência crítica e comprometimento para atuarem/lutarem para sua consolidação. É neste sentido que consideramos fundamental investigar os rumos que a Política de EPS tem tomado no país, colaborando para compreensão de seus processos e estimulando o desenvolvimento de novos estudos.

REFERENCIAS

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

_____. Ministério da Saúde. Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1990.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 8666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o artigo 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contrato da administração pública e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete Ministerial. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. 2004(a).

_____. Ministério da Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: polos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004(b).

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. 22 Ago 2007.

_____. Ministério da Saúde. Pacto pela saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

_____. Presidência da República. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde - 1. ed. rev. - Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 73 p.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial nº 1.127, de 04 de agosto de 2015. Institui as diretrizes para celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública ensino-saúde (COAPES), para o fornecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2015

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.194, de 2017. Dispõe sobre o Programa

- para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS. 2017.
- BRAVIN, F.P. Política e ação pública: análise da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. [dissertação]. Brasília (DF): Programa de Pós-graduação em Política Social, UNB; 2008.
- CASTRO, C.H.A. Análise da implantação da Política Nacional de Educação Permanente em saúde no estado do Tocantins. [dissertação]. Itajaí (SC): Universidade do Vale do Itajaí; 2009.
- CECCIM, R.B.; FEUERWERKER L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: revista de saúde coletiva*. Rio de Janeiro; v.14, n.1, p.41-65, 2004.
- CONASS. Avaliação dos polos de educação permanente em saúde. nota técnica 028/2006. Brasília, 2006.
- DANIEL, H.B., SANDRI, J.V.A., GRILLO, L.P.. Implantação de Política de Educação Permanente em Saúde no Rio Grande do Sul. *Trab. Educ. Saúde.*; v.12, n.3, p.541-562, 2014.
- FERRAZ, F., BACKERS, V.M.S., MARTINEZ, F.J.M., FEUERWERKER, L.C.M., LINO, M.M. Gestão de recursos financeiros da Educação Permanente em Saúde: desafio das Comissões de Integração Ensino-Serviço. *Cien. Saúde Colet.* v.18, n.6, p.1683-1693, 2013.
- FRANÇA, T. Análise da Política de Educação Permanente do SUS (PES) implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Relatório final (volume II). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de medicina Social, 2016.
- GIL, A C. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2010.
- FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J., TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*, v.24, n.1, p. 17-27, 2008
- GOIÁS. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite do Estado de Goiás. Resolução nº 28/CIB, que Aprova Desenho Final do Plano Diretor de Regionalização do Estado de Goiás, 2012(a)
- _____. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução nº 075/CIB que Aprova a Constituição da Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço do Estado de Goiás /CIES ESTADUAL. 2012 (b).
- _____. Secretaria de Estado da Saúde. A Resolução nº 4/2012. Estabelece que Estado deve promover e apoiar a gestão da EPS e processos relativos à mesma no âmbito estadual. 2012 (c).
- _____. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução CIB nº 137, de 19 de novembro de 2009. Estabelece a criação de CIES em cinco macrorregionais de saúde, o fórum estadual de educação permanente em saúde, o plano estadual de educação permanente em saúde, 2009
- _____. Comissão Intergestores Bipartite do Estado De Goiás. Resolução nº 247/2018, Aprova o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde. 2018.
- GOUVÊA, M.V., FIGUEIREDO, E.B.L., SANTOS, C.M.L.. Educação Permanente em Saúde no estado do Rio de Janeiro. Anais do Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; UFG. Goiânia; 2015.
- LARANJA, M.R.A. Implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Município de São Paulo, 2012, 39f. Dissertação (Mestrado em Gestão e Política Pública), Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2012.
- LEMOS, C.L.S. A concepção de Educação Permanente em Saúde da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. 2010. 171f. Tese (Doutorado em Educação)- Faculdade de Educação, Universidade Federal de Goiás, Goiânia (GO), 2010.
- LIMA, J.C.F; BRAGA, I.F. Projeto Memória da Educação Profissional em saúde. Anos 1980-1990. Relatório final. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.
- LIMA, JCF. Neoliberalismo e Formação Profissional em Saúde. *Trabalho Necessário*. v.5, n.5, p.1-16, 2007.
- LUCAS, T.V. Análise de educação permanente na educação profissional em saúde no estado de Goiás. 2019. 34f. Dissertação (Mestrado em educação profissional em saúde). Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz; Rio de Janeiro (RJ), 2019.
- LUDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D. A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.
- MACHADO, J.C., COTTA, R.M. Reflexões sobre os processos de municipalização das políticas de saúde: a questão da descontinuidade da política administrativa. *Interface: comunicação, saúde, educação*. São Paulo; v.19, n.52, p.1591-70, 2015.
- MENDONÇA, F.F., NUNES E.F.P.A. Necessidades e dificuldades de tutores e facilitadores para implementar a política de educação permanente em saúde em um município de grande porte no estado do Paraná. *Interface Botucatu*; v.15, n.38, p.871-882, 2011
- MINAYO, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª edição. São Paulo (SP). Hucitec, 2014.
- NOGUEIRA, F.A. Continuidade e descontinuidade administrativa em governos locais: fatores que

sustentam a ação pública ao longo dos anos. 139f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública e Empresas).Escola de Administração de Empresas de São Paulo; São Paulo, 2006.

OUVERNEY, A.M.; RIBEIRO, J.M.; MOREIRA, M.R.. O COAP e a Regionalização do SUS: os diversos padrões de implementação nos estados brasileiros. Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro; v.22, n. 4, p.1193-1207, 2017

RIO DE JANEIRO . Superintendência de Educação em Saúde. Bases para diálogo e reflexões em Educação Permanente em Saúde. Rio de Janeiro, 2018/2019.

SCHOTT, M. Educação Permanente em Saúde: Implementação da Política no Estado de São Paulo 2013, 302p, Tese (Doutorado em educação). Universidade Estadual de Campinas; Campinas, 2013.

SENNA, M.C.M., ARANTES,R.F.. Participação Social na CIES: a experiência de Minas Gerais. Anais do Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; UFG. Goiânia; 2015.

SILVA, L.A.A.; FRANCO, G.P.; LEITE, M.T., PINNO C., LIMA, V.M.L., SARAIVA, N. Concepções educativas que permeiam os Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde. Texto e contexto Enferm. ; v.20, n.2, p.340 -348, 2011.

VASCONCELO,S M.I.O.; COSTA, A.A., CAVALCANTE,A.S.P., TEÓFILO, F.K.S. Implantação de política de educação permanente no estado do Ceará: um estudo de avaliabilidade. R. Eletr. de Com. Inf. Inov.Saúde, v.7, n.4, p.1-13, 2013.