

Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço

Continuous Health Education policy in Brazil: the contribution
of the Teaching-Service Integration Standing Committees

Tânia França¹
Katia Rejane de Medeiros²
Soraia Almeida Belisario³
Ana Cláudia Garcia⁴
Isabela Cardoso de Matos Pinto⁵
Janete Lima de Castro⁶
Célia Regina Pierantoni¹

Abstract *The article analyzes the role of Permanent Committees of Teaching-Service Integration (CIES) in the implementation of Permanent Education in Health Policy (EPS). It is a multicenter study with a qualitative-quantitative approach which used a self-applied online questionnaire and a semi-structured interview for data collection. The key respondents were the responsible for EPS Policy of the 27 State Health Secretariats (SES) and 7 coordinators of CIESs of the five regions of Brazil. The findings showed the existence of a specific EPS sector in most SES; high level of schooling, experience and stable employment status of the managers. Regarding CIESs, it was verified: existence in most of the states; creative process diversity; plural composition; regularity of meetings; good relationship with training institutions; difficulties in the use and management of resources destined for EPS. The study indicated progress, showing the importance of these instances as spaces of negotiation, agreement and development of EPS. However, challenges still need to be overcome in order to consolidate projects in the SES, strengthening the PNEPS.*

Key words *Continuous health education, Teaching-service integration committee, Public policies, Brazilian Single Health System*

Resumo *O artigo analisa o papel das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) na implementação da Política de Educação Permanente em Saúde (EPS). Trata-se de estudo multicêntrico de abordagem qualiquantitativa que utilizou questionário on line autoaplicável e entrevista semiestruturada como técnica de coleta de dados. Os informantes chave foram os responsáveis pela Política de EPS das 27 Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e 7 coordenadores das CIESs das cinco Regiões do Brasil. Os achados apontaram a existência de setor específico de EPS na maioria das SES; alta escolarização, experiência e vínculo estável dos gestores. Quanto às CIESs, constatou-se: existência na maioria dos estados; diversidade de seu processo de criação; composição plural; regularidade de reuniões; boa relação com instituições formadoras; dificuldades na utilização e manejo dos recursos destinados à EPS. O estudo apontou avanços demonstrando a importância dessas instâncias como espaços de negociação, pactuação e desenvolvimento da EPS. Contudo, desafios ainda precisam ser superados para que se consolidem os projetos nas SES fortalecendo a PNEPS.*

Palavras-chave *Educação permanente em saúde, Comissão de integração ensino-serviço, Políticas públicas, Sistema Único de Saúde*

¹ Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rua São Francisco Xavier 524/7º/bl. E/7010, Maracanã. 20550-900 Rio de Janeiro RJ Brasil. taniafranca29@gmail.com

² Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fiocruz. Recife PE Brasil.

³ Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte MG Brasil.

⁴ Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória ES Brasil.

⁵ Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador BA Brasil.

⁶ Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal RN Brasil.

Introdução

Um dos pilares de sustentação do Sistema Único de Saúde (SUS) é a formação de seus trabalhadores¹. Seguindo essa premissa, o Brasil instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Pneps) como estratégia de formação e desenvolvimento de trabalhadores de saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 198/2004².

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é compreendida como um conceito pedagógico que relaciona ensino, serviço, docência e saúde, contribuindo para o desenvolvimento profissional, a gestão setorial e o controle social³. A EPS tem por base os pressupostos da aprendizagem significativa que devem ser orientadores das ações de desenvolvimento profissional e das estratégias de mudança das práticas de saúde³. Assim, apresenta-se como uma estratégia de educação na saúde que tem um olhar sobre as necessidades da população, configurando-se como um processo de gestão participativa e transformadora, que inclui instituições de ensino, trabalhadores, gestores e usuários, conformando o “quadrilátero da formação”^{2,4,5}.

Objetivando avançar na implementação da política, a Portaria GM/MS nº 1.996/2007 definiu novas estratégias de ação, adequando-a às diretrizes operacionais e aos regulamentos dos Pactos pela Saúde e de Gestão⁶⁻⁸. A mudança central ocorreu no âmbito regional, por meio dos Colegiados de Gestão Regional (CGRs) e a criação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIESs), instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes, que participam da formulação, condução e desenvolvimento da PNEPS, conforme previsto no Artigo 14 da Lei nº. 8080/90 e na NOB/RH-SUS^{9,10}.

Uma década após a implantação da política foram identificadas descontinuidades, mudanças de enfoque e questões de financiamento. Tais aspectos parecem dificultar a sua implantação¹¹. Outro limite é que as ações de educação podem se mostrar subsumidas nas atribuições da gestão de RH, pois há gestores que não discutem e/ou desconhecem as políticas de gestão da educação na saúde¹².

No que tange à contribuição das CIESs, pesquisas anteriores^{8,13} apontaram a desarticulação e a baixa atuação dessas instâncias na implementação da política de Educação Permanente (EP) nos estados, sugerindo ser preciso trabalhar seu papel de articulação macrorregional, a partir da configuração dada a essas Comissões. Nesse sentido, identificam-se lacunas na literatura sobre as atribuições e o papel das CIESs.

Nessa perspectiva e diante da escassez de estudos sobre a questão, este artigo analisa o papel das CIESs no desenvolvimento das políticas de EP implementadas no conjunto das Secretarias Estaduais de Saúde (SESS) do Brasil. O estudo integra a pesquisa “Análise da Política de Educação Permanente implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde”, que analisou a estrutura, os processos da PNEPS, os planos estaduais de educação permanente (PEEPS), os espaços de diálogo e pactuação, especialmente das CIESs estaduais e regionais, nos estados. Para fins deste artigo, serão apresentados parte dos resultados da pesquisa nacional.

Método

Trata-se de estudo multicêntrico de abordagem qualiquantitativa¹⁴, que teve como cenário de pesquisa as SESS do Brasil e as CIESs. Os dados foram coletados por meio de questionário disponibilizado em meio *on-line* autoaplicável, aos gestores/responsáveis pela condução da política de Educação Permanente em Saúde nas SESS, e entrevista semiestruturada, dirigida aos coordenadores das CIESs. O questionário investigou aspectos sobre o perfil dos gestores e sobre as dimensões organizacional e operacional da implementação da política.

As entrevistas foram gravadas e conduzidas por três pesquisadores, com o auxílio de roteiro abordando: identificação das CIESs; articulação com instituições formadoras; atividades desenvolvidas e financiamento. Foram selecionadas sete CIESs por sorteio, sendo uma da Região Sul, uma do Sudeste e uma do Centro-Oeste. Nas regiões Norte e Nordeste foram pesquisadas duas CIESs em cada.

Os questionários foram respondidos entre os meses de junho e agosto de 2015 e as entrevistas realizadas entre agosto e novembro do mesmo ano. O processamento dos dados dos questionários foi registrado em banco informatizado e realizado por meio de planilhas de Microsoft Office Excel. As entrevistas foram transcritas na íntegra, submetidas à análise de conteúdo temático¹⁵ e operacionalizadas em três etapas: pré-análise, que consistiu na organização do material a ser analisado mediante leitura e demarcação dos trechos a serem trabalhados; codificação, classificação e categorização do material; e interpretação dos resultados, emergindo então as categorias histórico/criação; composição; dinâmica/funcionamento; atividades desenvolvidas; relação Cies/

SES; relação com as instituições formadoras e repasse/utilização dos recursos.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Para preservar o anonimato, os entrevistados foram identificados pela letra E, numerados de 1 a 7.

Resultados e discussão

A conformação da PNEPS nas Secretarias Estaduais de Saúde no Brasil

A análise do perfil dos gestores estaduais de EP revelou a predominância de mulheres (74%); alto grau de escolarização e formação na área da saúde. A feminilização da ocupação do setor saúde é referida em outros estudos^{16,17}. No entanto, chama atenção o crescimento do número de mulheres para assumir a função gestora, o que se coaduna com os achados do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS)¹⁸. Tal estudo identificou, em 2015, a presença feminina em 70,4% das estruturas de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde nas SESs.

No que tange à vinculação dos gestores, este estudo apontou uma evidência importante em relação à situação funcional, uma vez que 62% dos respondentes são do quadro permanente das SESs, em regime estatutário; com tempo médio de permanência no cargo entre três e oito anos; e possuem experiência anterior em EP na saúde. Esses achados sugerem maior estabilidade nos processos desenvolvidos, maior qualificação da gestão e valorização dos profissionais de carreira no âmbito das secretarias (Tabela I).

Os achados também apontaram que 20 das 27 SESs dispõem de setor específico de EPS em sua estrutura organizacional. Contudo, a ausência do mesmo parece não inviabilizar a existência de ações de EPS, uma vez que as mesmas são realizadas por áreas técnicas, em diferentes cenários, envolvendo diversos atores (Figura I).

No que se refere ao status ocupado pela área na secretaria, observou-se que em apenas três estados o setor de EPS vincula-se diretamente ao núcleo de decisão da Secretaria de Saúde (Gabinete). Foram identificados também vários níveis de subordinação e nomenclatura nos cargos, com ênfase em direção, gerência e coordenação. Tais resultados sugerem distintas compreensões das funções, valores, percepções e importância da política de educação permanente.

A Tabela 2 apresenta a estrutura interna, os recursos físicos, materiais e humanos para o de-

envolvimento das principais atividades educativas do setor de EPS. Verificou-se que os setores das SESs contam com: estrutura física própria e recursos de internet e informática (mais citados) e audiovisuais (menos citados), além de equipamentos para videoconferência e biblioteca. Nas SESs em que o setor de EPS não consta no organograma, os gestores também afirmam dispor de estrutura física para a realização das ações de educação.

Considerando achados de pesquisa anterior¹⁹, que apontou a precária infraestrutura para adoção de estratégias mais coletivas de educação, como espaço físico, equipamentos, computadores e internet, referidas como fatores que dificultavam a implementação e o gerenciamento da EPS, observou-se no presente estudo um conjunto de investimentos mencionados pelos respondentes que revelam incentivos das políticas governamentais para a formação dos trabalhadores da saúde.

Estruturas próprias para formação de pessoal, como escolas técnicas (59,3%) e de Saúde Pública (22,2%), além de Centros Formadores, foram referidas em 90% das SESs. As evidências são relevantes e confirmam o potencial desses espaços de produção e disseminação de ofertas educativas pertinentes a competências do setor e ao campo da educação e trabalho em saúde. As secretarias pesquisadas afirmaram que há diálogo entre o setor de EP e as áreas técnicas para a execução das ações.

No entanto, existem aspectos ligados à dinâmica de funcionamento das instâncias de formação vinculadas às SESs que precisam ser destacados. Nesse sentido, a pesquisa do Conass¹⁸ revelou que, em 81% das SESs, a execução das ações de desenvolvimento/formação para os trabalhadores era atribuída a outros setores.

A pesquisa identificou a existência de CIES, no âmbito estadual e/ou regional, em 88% das SESs.

Os gestores afirmaram que as CIEs são coordenadas majoritariamente pelo representante do órgão responsável pela EP na SES, e têm dinâmica própria de funcionamento, o que corrobora com o caráter que se espera das CIEs, qual seja: instâncias permanentes para a formulação e condução do desenvolvimento do PEEPs²⁰.

Observa-se certa coerência em relação às atividades desenvolvidas pelo setor de EPS nas SESs, evidenciando um movimento importante de organização das políticas estaduais. Dentre as atribuições mencionadas, destacam-se: assessoria e coordenação das CIEs (77,8%), articulação e organização dos estágios curriculares (74,1%),

Tabela 1. Perfil do Gestor/Responsável pela condução da PEP na SES.

	Brasil	
	N = 27	%
Sexo		
Feminino	20	74,1
Masculino	7	25,9
Grau de escolaridade		
Graduação Completa	27	100,0
Maior titulação		
Mestrado Profissional	2	7,4
Mestrado Acadêmico	7	25,9
Especialização	16	59,3
Doutorado	2	7,4
Área		
Recursos Humanos	10	37,0
Saúde Coletiva/Saúde Pública	9	33,3
Administração	3	11,1
Educação	3	11,1
Outra	6	22,2
Tipo de vínculo		
CLT	2	7,4
DAS/cargo comissionado	8	29,6
Estatutário/DAS ou cargo Comissionado	7	25,9
Estatutário/função gratificada	1	3,7
Estatutário	9	33,3
Tempo na SES		
Menos de 1 ano	14	51,9
De 1 a 5 anos	6	22,2
De 6 a 10 anos	5	18,5
Mais de 10 anos	2	7,4
Tempo no cargo atual		
Mais de 8 anos	2	7,4
De 4 a 8 anos	5	18,5
De 1 a 3 anos	6	22,2
Menos de 1 ano	14	51,9
Experiência anterior de trabalho na área de Educação Permanente		
Sim, na área da Saúde	16	59,3
Não	11	40,7

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

bem como formação em cursos de especialização e técnico/profissional (70,4%), as áreas sob responsabilidade do setor de EPS (Tabela 2).

A Portaria n° 1.996/2007 determina que os planos estaduais devem conter as ações de EPS previstas, cujos pressupostos refletem as diretrizes da PNEPS. Nesse sentido, 22 das SESs pesquisadas possuem PEEPs elaboradas com a participação dos trabalhadores.

Os aspectos positivos dos PEEPs, indicados pelos respondentes, são apresentados no Gráfico

1. Destacam-se: o diálogo com as instituições de ensino; projetos que atendem a demanda local; possibilidade de negociação e pactuação e aprovação de projetos.

O estudo também indicou que, para os gestores, as principais competências do setor de EPS nas Secretarias são: a identificação das necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, os principais problemas de saúde enfrentados pela gestão e pelos serviços da região e a promoção da integração da saúde e da

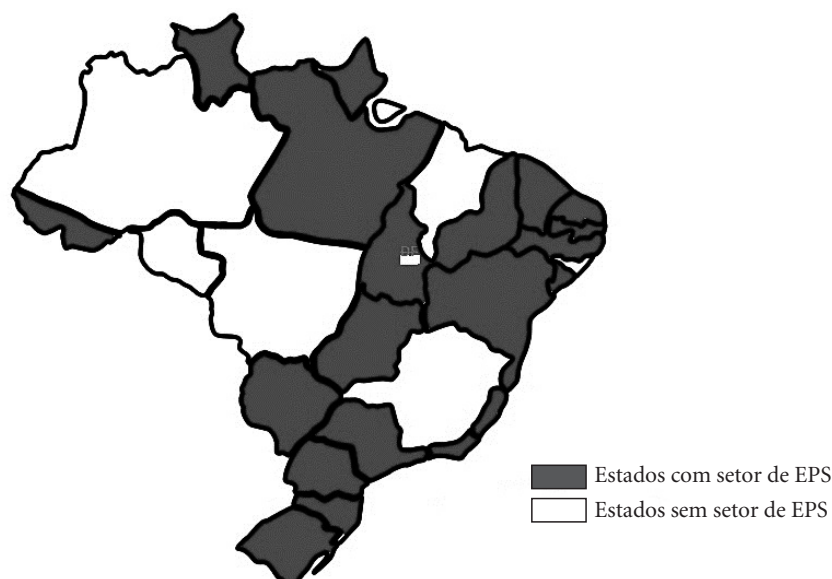


Figura 1. Mapa com setores específicos de EPS. Brasil, 2015.

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

educação no sentido de fortalecer as instituições formadoras de profissionais atuantes na área. A transferência de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde foi também citada pela maioria dos gestores como a mais importante contribuição desse órgão.

A maior parte dos recursos envolvidos para a execução da PNEPS é oriunda dos repasses da União. Para os gestores das SESs, questões de natureza administrativa e jurídico-legais dificultam sua execução. Em estudos anteriores^{12,21}, no que concerne à efetivação da PNEPS, a liberação dos recursos e dúvidas acerca da gestão financeira foram as dificuldades mais referidas pelos gestores. Corroborando com as evidências, constatou-se que 30,8% dos gestores das SESs e SMSs declararam que a liberação de recursos financeiros é uma das principais dificuldades enfrentadas¹³, tendo em vista impedimentos para utilização dos mesmos.

A descentralização do financiamento da PNEPS, de responsabilidade compartilhada, encontra limites. As diferentes instâncias do SUS foram capazes de produzir mecanismos céleres para o financiamento e contratação de ações e serviços de saúde, mas isso não ocorreu nas ações e serviços educacionais, pois “toda a máquina

pública, que opera bem em âmbito das ações de saúde, ‘emperra’ quando se trata de ações de educação”²¹.

A necessidade de aperfeiçoamento dos processos administrativos e marcos legais de estados e municípios, que devem estar aptos a viabilizar a contratação e a execução das ações de EP, também é relatada²². Nele, inserem-se aspectos como: critérios de distribuição de recursos financeiros para implementação e acompanhamento de projetos^{20,23}. Stroschein e Zocche²⁰ destacam que há necessidade de aperfeiçoar os processos administrativos e marcos legais de estados e municípios para viabilizar a contratação e execução das ações de EP.

Outra dimensão importante refere-se à participação das instâncias coletivas gestoras nas definições das prioridades de EP. Mais de 85% dos respondentes declararam que planejam suas ações e elegem a clientela que participa delas seguindo critérios definidos e pactuados na Comissão Intergestora Bipartite (CIB).

Os gestores afirmam que todos os trabalhadores podem participar dos processos de qualificação propostos, mas salientam que a legislação restringe algumas ações para servidores do quadro efetivo e ocupantes de cargo em comissão,

Tabela 2. Estruturação da EPS nas SES, Brasil, 2015.

	Brasil	
	N = 27	%
Setor específico de Educação Permanente em Saúde na estrutura da SES		
Não	7	25,9
Sim	20	74,1
Presença do setor de Educação Permanente em Saúde (EPS) no organograma oficial da SES		
Não sabe	1	3,7
Não	10	37,0
Sim	16	59,3
Existência de estrutura física própria para o setor de Educação Permanente em Saúde		
Sim	18	66,7
Não	9	33,3
Recursos físicos disponíveis para o setor de EPS		
Recursos informáticos	22	81,5
Sala de aula	10	37,0
Sala de reunião	18	66,7
Internet	22	81,5
Recursos audiovisuais	18	66,7
Estrutura específica para formação de pessoal		
Escola de saúde pública	6	22,2
Escola técnica	16	59,3
Centro formador	2	7,4
Não possui estrutura própria	3	11,1
Principais áreas/atividades sob a responsabilidade do setor de EPS		
Cursos de Especialização	19	70,4
Assessorar a CIES	21	77,8
Coordenar a CIES	20	74,1
Residências Médica e Multiprofissional	14	51,9
Articulação/Organização de estágios curriculares	20	74,1
Formação técnica/profissionalizante	19	70,4
ProgeSUS	14	51,9
Telessaúde	10	37
Pró-Saúde	9	33,3
PET-Saúde	9	33,3
Ver-SUS	7	25,9
Existência de diálogo entre o setor de EPS e as áreas técnicas da SES		
Não sabe	1	3,7
Não	0	0
Sim	26	96,3
Existência de CIES no estado		
Não	2	7,4
Regional (ais) + Estadual	14	51,9
Estadual	8	29,6
Não sabe	1	3,7

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

excluindo os funcionários contratados. Outras qualificações são específicas para áreas técnicas ou serviços e, nesses casos, há uma priorização dos servidores efetivos.

As restrições apontadas inibem a efetivação de um processo permanente de qualificação, com efeitos para o trabalhador e a qualidade do serviço prestado à população. Na atualidade, o setor

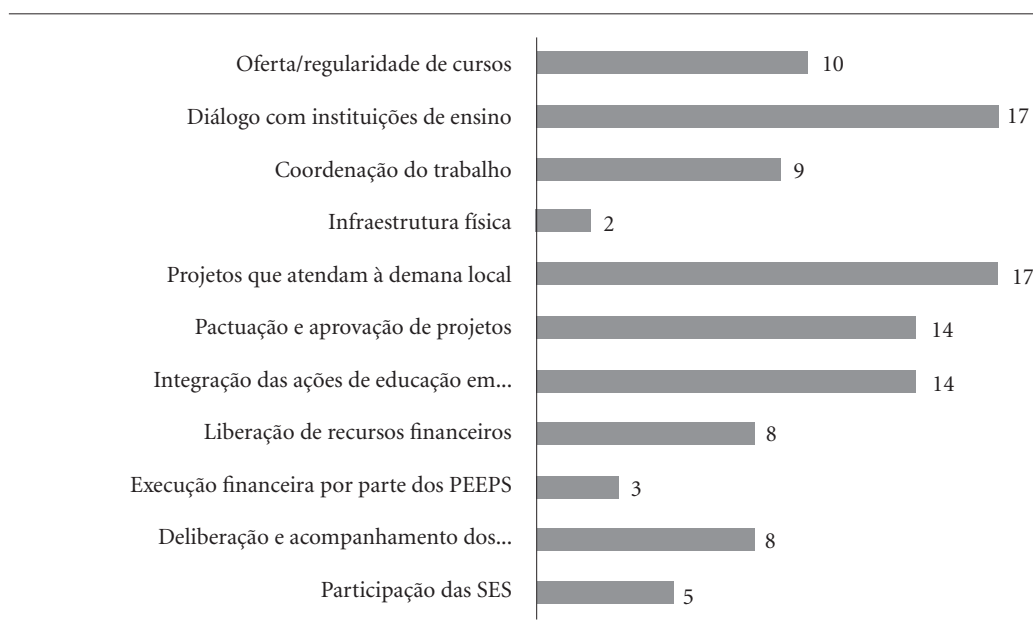


Gráfico 1. Aspectos positivos do PEEPS apontados pelos gestores estaduais de EPS. Brasil, 2015.

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

público tem considerável volume de trabalhadores contratados de forma terceirizada, por meio de Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) ou por empresas prestadoras de serviço, nas quais a qualificação de profissionais não tem sido considerada como de responsabilidade do Estado (empregador), diante das imposições de órgãos de controle²⁴.

O monitoramento das ações de EP nas SESs é feito utilizando diferentes modalidades, quais sejam: controle do total de concluintes das modalidades educativas ofertadas, utilização dos recursos financeiros, relatórios de cursos e outros instrumentos da prestação de contas. Percebe-se que, embora as avaliações se encontrem fortemente ancoradas nos aspectos quantitativos, movimentos no sentido de qualificar e institucionalizar os processos avaliativos vêm sendo estimulados dentro das SESs.

Como benefícios apontados em relação às ações de EPS foram declarados: o engrandecimento pessoal do trabalhador, a progressão na carreira, o pagamento de gratificações e melhorias e mudanças no processo de trabalho. Estudos anteriores^{23,25} reforçam que a EPS promove reflexão e mudanças nos modos de organização e

funcionamento do serviço, contribui para o trabalho em equipe e induz mudanças para melhor integração entre a equipe e a comunidade.

As CIESS e o desenvolvimento da política de EP implementada pelas SESs

Nesta seção serão apresentados os resultados das entrevistas realizadas com sete coordenadores das CIESS estaduais em consonância com as categorias anteriormente definidas.

Histórico, criação e composição

As entrevistas revelaram que o processo de instituição das CIESS ocorreu em diferentes momentos e movimentos, tais como: realização de um movimento de sensibilização das instituições; seminários para debate e esclarecimentos da política; reuniões com diferentes atores e até a formação de um coletivo. Foi relatado também um trabalho em parceria com os colegiados intergestores e os regionais de saúde para implantação das CIESS regionais.

A composição das CIESS é plural, ou seja, tem representação ampla e de diversas instituições: formadoras, tanto públicas como privadas,

membros das gestões estadual e municipal, Conselho Estadual de Saúde, Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), Fundações, unidades assistenciais, sindicatos de trabalhadores do SUS. Segundo um dos entrevistados, por se tratar de um processo mais amplo, a composição da CIESs em seu estado natal não seguiu o preconizado pela Portaria:

[...] a gente partiu de um princípio [...] que foi não seguir só a portaria. A portaria ela limita uma coisa, a meu ver, há um aspecto de diretrizes de forma muito definida assim, mas a CIES ela é mais ampla que a educação permanente ela envolve todo um processo. (E5)

Essa pluralidade da CIES é notada como positiva, permitindo maior abertura da comissão, equilibrando o poder da gestão e fortalecendo o controle social.

[...] acho que a concepção de composição das CIES que tem que ser plural é uma das estratégias que favorece que ela não fique fechada, que ela não dê todo poder à gestão, que ela não deixe o controle social, sozinho [...] (E6)

Estudo realizado na cidade de Campinas apontou a baixa participação da população nas instâncias de definição e pactuação das ações de EP como um limite para a política de Educação Permanente²⁶. É oportuno destacar que a EP deve se materializar como uma estratégia potencial para promover: a gestão participativa, a apropriação das políticas de saúde pública pelos gestores, trabalhadores e usuários e a humanização das relações de trabalho^{25,27}.

Dinâmica de funcionamento e atividades desenvolvidas

No que tange ao processo de trabalho das Comissões, aspectos relevantes de análise foram observados. Na maioria das SESs as reuniões das comissões acontecem mensalmente.

No que se refere à dinâmica das reuniões, em um dos estados foi relatado o funcionamento desigual entre as CIESs regionais, as quais se encontram em diferentes estágios de organização.

Outro depoimento destacou o fato de as reuniões serem abertas, com a palavra franqueada aos presentes, numa estratégia para garantir o número mínimo de presentes. O entrevistado avalia que o fluxo de trabalho foi progressivamente se organizando e que a comissão aprendeu com os erros e os equívocos cometidos.

As reuniões das CIES estadual eram absolutamente abertas, não tinha uma configuração de quem pode falar, quem isso, quem aquilo [...] com

o tempo esse fluxo de trabalho foi se organizando, a gente começou em cima dos nossos próprios erros e equívocos a organizar o fluxo (E6).

Em outro estado, o fato de a coordenação da CIESs estar fora da gestão foi considerado, pelo entrevistado, como um diferencial. Ele pontuou o fato de a política regional ser executada pelas próprias regiões, sendo que a CIESs estadual não toma decisões pela região, não havendo, portanto, ações hierarquizadas. Dessa forma, as regionais apresentam funcionamento diferente: melhor ou pior, atribuindo essa diferença à flexibilidade e à autonomia existente no regimento. Sobre o regimento, este foi mencionado por dois entrevistados, sendo que um deles pontuou sua existência em todas as CIESs regionais.

A participação dos segmentos dos trabalhadores e usuários foi apontada como frágil nas CIESs, atribuindo-se ao fato desses segmentos estarem em processo de conhecimento do seu papel. Em estudo realizado no Rio Grande do Sul, identificou-se que a participação dos trabalhadores na definição de propostas educativas em alguns despertava interesse ativo e, noutros, desinteresse¹⁹.

A mobilização de muitas das instituições de ensino em participar da CIESs resultava da expectativa de captar recursos. O interesse diminuiu ao constatarem que a discussão era mais ampla, pois se queria superar a *lógica de balcão* e discutir a política de forma ampla:

[...] alguns exemplos típicos de instituição de ensino é que muitos foram com olhar [...] numa lógica de querer captar o recurso que estava lá. [...] Quando percebia que a gente estava numa discussão muito mais ampla do que isso, a gente queria de fato uma política não nessa lógica de balcão, a gente queria superar inclusive isso, então muitos perdiam um pouco o interesse disso. (E5)

Essa *lógica de balcão* traduz o momento dos Polos de EPS, anterior à PNEPS, quando a limitada participação dos municípios na identificação de necessidades para construção de estratégias de EPS induziu que outros sujeitos assumissem protagonismos, criando problemas, pois, em geral, os projetos não se estruturavam a partir de necessidades locais dos serviços, ou seja, eram propostas pré-elaboradas pelas IESs, sem a articulação necessária²⁵.

Destacou-se, como importante para o funcionamento da CIESs, que os gestores tenham uma postura dinâmica e uma visão descentralizada do SUS, o que possibilitaria o trabalho em equipe. Quando isso ocorre, há bom funcionamento da CIESs, além de outras estruturas. Para o infor-

mante, gestores interessados, mesmo sem autonomia e liberdade, conseguem realizar ações, ao passo que outros se acomodam. Como verificado em outro estudo²⁶, a baixa participação dos gestores nas ações de EPS é apontada como fator limitante para implantação dos planos regionais de EPS.

A realização de cursos de naturezas diversas encontra-se entre as atividades mais desenvolvidas pelas CIESS. Os entrevistados defendem que é preciso manter a discussão sobre a necessidade de se realizar cursos técnicos já planejados e de especialização em áreas diversas (obstetrícia, UTI, saúde mental), bem como refletir sobre os egressos dos cursos oferecidos, verificando-se onde, como e se continuam atuando na rede de serviços.

Numa entrevista, relatou-se que o trabalho da CIESS ainda está longe do ideal, pois a maior parte de seus integrantes ainda não tem consciência do significado e da importância de sua atuação.

A maioria das pessoas ainda não tem essa consciência ainda do que é CIES [...] *o pessoal das regionais, a própria CIES estadual tem essa dificuldade ainda de saber qual é o papel da CIES [...] o gestor, o trabalhador, o controle social, ainda está faltando esse reconhecimento de cada um.* (E3)

Identificou-se, em um dos estados, por exemplo, a realização de capacitações dos membros das CIESS regionais, já participantes ou a serem inseridos.

Numa das entrevistas destacou-se que há dificuldades para se romper com a lógica de que capacitação soluciona todos os problemas, pois a EP vai além da capacitação:

[...] não se consegue sair dessa lógica que só capacitação resolve tudo [...] a educação permanente vai muito além da educação continuada que seria esse mecanismo de capacitação [...] o que sustenta isso, o que faz a roda girar é efetivamente essas mudanças quase que individuais e mudanças coletivas no processo de trabalho lá na ponta, o saber de um complementando o saber do outro, as discussões, o olhar do outro lá que não está vendo o sistema do controle social, do próprio indivíduo que está sendo atingido. Isso aí é muito complexo você imaginar que capacitações isoladas vão dar conta de equacionar esse processo amplo. (E4)

O processo de descentralização não foi acompanhado de qualificação das equipes gestoras e o mesmo pode ser afirmado em relação às CIESS, que precisam conhecer o processo de gestão, organização e estruturação da PNEPS dos seus respectivos territórios de abrangência²¹.

Algumas entrevistas apontaram que a CIESS não constitui uma prioridade para o governo e,

nesse caso, cursos, capacitações e seminários se caracterizam como ações pontuais e fragmentadas. Estudo anterior constatou que propostas educativas reiterativas e tecnicistas, com ênfase em treinamentos, capacitações e cursos em áreas específicas, são indispensáveis nas práticas de saúde, porém, é preciso transcender a fragmentação e a descontinuidade²⁶.

Relação CIESS/SESS e instituições formadoras

Três entrevistados declararam situações positivas na relação CIESS/SESS na qual todos os processos são remetidos à CIESS e à CIB:

[...] acredito que sempre foi essa relação tranquila com os membros da CIESS, mais num movimento de construção coletiva, do que num movimento contrário, né? A nossa relação é uma relação de construção coletiva mesmo, discussão dos processos de educação permanente, não tivemos nenhum problema maior de entendimento. Sempre que se tem alguma divergência, a gente chega ao consenso por meio de diálogo (E1).

Em dois estados, a relação com a SES é considerada boa, mas há distanciamento e desinteresse:

[...] acho que é uma falta de entendimento realmente do que é a comissão de integração. [...] a gente espera com essa nova reestruturação da Comissão Intergestores Bipartite que esse distanciamento seja diminuído e tenha uma relação mais íntima com o secretário, afinal de contas ele é o coordenador estadual da Comissão Intergestores Bipartite. (E2)

Mencionou-se, ainda, que há relações diretas da SES com o MS, suprimindo-se o repasse de informações ao coordenador da Cies. Uma série de outras dificuldades, como falta de diálogo e sentimento de baixa prioridade, também foram mencionadas entre SESS/CIESS, num estado. Outro entrevistado referiu problemas de entendimento acerca do papel do estado em relação à CIESS – autônoma, ou o estado apenas como mantenedor da secretaria executiva.

Todos os entrevistados relataram alguma aproximação da CIESS com as instituições formadoras, de diferentes naturezas jurídicas, amplitude e intensidade. Integram essa relação IESS públicas e privadas, de âmbito federal e estadual, além de escolas técnicas da rede do SUS. Declarou-se também que, a despeito da constituição da CIESS, a relação com as instituições formadoras é próxima, mas ainda não está institucionalizada, variando a integração e a participação das instituições de ensino segundo a região.

Um dos entrevistados apontou que as instituições buscam contrapartida financeira e têm uma visão utilitária do serviço:

[...] *Falta um pouco a participação das instituições formadoras, não tem, não é a contento, não é conforme está na portaria. A gente não tem essa participação ativa das instituições formadoras [...] a nível estadual; interior, então, ela é quase inexistente.* (E3)

Os achados das entrevistas corroboram com pesquisa anterior²¹, que reconhece haver boa articulação entre ensino e serviço, mas que é preciso aprimorá-la, com mecanismos que induzam uma ativa participação dos docentes e discentes nas CIESs, em especial naquelas que permitam que docentes, discentes e trabalhadores, juntos, construam programas educativos consoantes com a atenção e a gestão.

Um dos entraves destacados diz respeito aos estágios curriculares. Tanto universidades federais como as escolas particulares têm a rede pública de serviços como campo de estágio, levando a uma expressiva presença de alunos na rede, aspecto questionado pelo Ministério Público (MP).

[...] *essa questão do estágio está tomando muito nosso tempo, o MP cobrando muito uma resposta da gente com relação às IES. [...] muito aluno dentro das unidades e que essas instituições teriam que estar ajudando o estado em contrapartida. Já que não tem hospital escola, todos os estágios são feitos dentro das unidades do estado, então assim é um programa bem grande que a gente está levando para a CIES para tentar montar um plano de ação e ver como é que essas instituições podem estar dando contrapartida.* (E1)

Um dos entrevistados compreende que a gênese da relação com a academia ocorreu desde os primórdios da política, com a implantação dos polos de EP e de saúde da família, espaços onde eram discutidos e negociados os projetos. Mas, nesse momento, a academia chegava com seus projetos prontos, apenas visando financiamento, ao mesmo tempo em que havia uma incapacidade da gestão em estabelecer como se daria essa relação, levando a uma predominância da academia.

Foi declarado que as relações das IESs com CIESs como um “balcão de projetos” foram transformadas, graças ao reconhecimento de que é preciso participar das reuniões da Cies para o debate de necessidades:

A CIES passou por um grande descrédito, porque as instituições formadoras têm muito ainda uma posição: *não é balcão de projetos, mas então nos diga aonde que é o balcão. Não é mais aquele jeito, a gente não vai mais pedir dinheiro*

pra vender os nossos cursos, mas então aonde é que a gente tem que ir. Ah, tem que ir nas reuniões da CIES pra gente conversar. (E6)

Esse mesmo entrevistado afirma que ainda existe muita desinformação a respeito do SUS nas próprias universidades. Ele acredita que a Cies contribuiu para as mudanças no processo de formação, através do desenvolvimento de propostas do MS, tais como: PET-Saúde, Pró-Saúde e residências multiprofissionais.

Repasse e utilização dos recursos

Os entrevistados se preocupam com a dificuldade e discordam no que se refere à utilização e manejo dos recursos destinados à EP. Referem também que há limitações para o uso desses recursos, baixa capacidade de gasto por parte dos estados, recursos carimbados, com pouca flexibilidade de utilização, limites impostos pela Lei nº 8.666, além dos questionamentos do Tribunal de Contas, entre outras.

A partir de 2012, a suspensão do repasse automático e a possibilidade do financiamento por projeto foram ressaltadas como retrocesso. Além disso, afirmou-se que tal formato de financiamento representa uma tutela do MS para com estados e municípios. Defendeu-se que a transferência de recursos seja fundo a fundo, dando mais autonomia aos gestores, permitindo que estes apresentem suas prioridades.

[...] *que a gente retome essa prática. Eu acho danosa. Vai ser uma corrida aos recursos. E aí assim se não tiver uma boa articulação vai ser uma disputa fraticida entre a gente e a academia para ver quem é que consegue abocanhar mais recurso. Eu acho danoso isso, essa é uma competição que acaba sendo perversa pro sistema, ela é autofágica, vai ficar um engolindo o outro para ver quem chega primeiro no recurso.* (E3)

Dois entrevistados afirmaram haver dificuldade na execução dos recursos. Para o primeiro, um dos motivos foi a desinformação acerca de como utilizá-los de acordo com o preconizado pela portaria e conforme estabelecido no processo de regionalização da política. Essa situação deixou os recursos paralisados por alguns períodos, com acúmulo entre 2008 e 2011. Assim, apesar de repassado, a viabilização de ações era comprometida, sem utilização dos recursos no período. Em outra entrevista, as dificuldades para execução financeira dos recursos foram atribuídas à portaria do MS. O entrevistado sustenta que a ideia de que o estado é incompetente para a execução dos recursos é equivocada.

Considera-se como avanço a adoção de mecanismo de transferência fundo a fundo dos recursos da Portaria nº 1.996/2007, porém algumas dificuldades se mantêm. Há dúvidas sobre a gestão financeira, especialmente sobre a contratação de serviços na área de educação, tais como os impedimentos de remuneração de funcionários públicos nas atividades de EPS, previstos na Instrução Normativa do Tribunal de Contas da União, que acabam induzindo a presença de “intermediador” para o repasse dos recursos²¹.

Em pesquisa realizada com membros das CIESs da Grande Florianópolis e Região Carbonífera²¹, foi relatada grande dificuldade em utilizar os recursos financeiros destinados às ações de EPS por meio dos projetos elaborados coletivamente, e a partir das necessidades sociais evidenciadas em âmbito local. As duas CIESs apontaram como dificuldades os trâmites burocráticos associados à morosidade dos órgãos envolvidos na dinâmica do processo de trabalho das CIESs.

Considerações finais

A EPS tem sido compreendida, quanto aos seus pressupostos conceituais e metodológicos, como uma estratégia transformadora das práticas de saúde, colaborando para romper com o paradigma tradicional que orienta os processos de formação dos trabalhadores da saúde. Constitui um instrumento que aponta para o desenvolvimento pessoal, social e cultural e está centrada nos processos de ensino-aprendizagem, em que o próprio sujeito que aprende é um agente ativo, autônomo e gestor de sua educação.

Essa concepção ideológica e política, cuja condução se operacionaliza no âmbito de locorregiões de saúde, convoca os sujeitos a refletir de modo permanente sobre a realidade, buscando soluções criativas para a superação dos problemas de saúde e, por conseguinte, qualificando ações no intuito de aumentar a resolutividade e a eficiência do sistema de saúde.

Amparada nessa perspectiva, as análises da PEP nos focos organizacional, operacional, de controle, revelaram que: 88% das SESs têm PEEPS, estrutura de EP formalizada e dispõem de recursos físicos para ações de formação. As CIESs são estratégicas para 92,6% dos gestores das SESs, com abrangência regional, cuja coordenação tem dinâmica própria, ou estadual, coordenadas pelo responsável pela PEP. A escassez de recursos e limites para sua execução são os maiores obstáculos. O MS contribui prioritariamente

com a transferência de recursos. Destacou-se a relevância da EPS como indutora de mudanças no processo de trabalho, ao mesmo tempo em que a CIB foi reconhecida como uma instância importante de participação e pactuação.

O estudo apontou avanços demonstrando a importância das CIESs como instâncias e espaços de negociação, pactuação e desenvolvimento da EPS. Contudo, os desafios ainda precisam ser superados para que se consolidem os projetos nas SESs de modo a fortalecer a PNEPS.

Assume-se que, a despeito de conjunturas econômicas e políticas restritivas, é fundamental a continuidade do investimento técnico-financeiro por parte do governo federal para a manutenção das ações vinculadas à PNEPS.

Pela complexidade de elementos desse campo, os resultados deste artigo não esgotam o universo de questões que cercam o papel das CIESs na implantação da PNEPS. Na pesquisa que subsidiou o desenvolvimento deste artigo, investigou-se um conjunto de elementos para analisar a capilaridade das políticas de EPS no país. Aqui se elegeu algumas dimensões de análise. Há outros recortes e abordagens problematizando dimensões como o exame das relações entre as esferas de gestão para implantação da PNEPS ou a comparação do status de implantação da política nas regiões e ou estados. Considerando-se o escopo da pesquisa e o caráter interfederativo da PNEPS novos estudos são pertinentes.

Colaboradores

T França, KR Medeiros e SA Belisario trabalharam na concepção, coleta, interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final; CR Pierantoni na concepção, interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final; ICM Pinto na concepção, interpretação dos dados e aprovação da versão final; AC Garcia e JL Castro na coleta, interpretação dos dados e aprovação da versão final.

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo financiamento.

Referências

1. Lima SAV, Albuquerque PC, Wenceslau LD. Educação permanente em saúde segundo os profissionais da Gestão de Recife, Pernambuco. *Trab Educ Saúde* 2014; 12(2):425-441.
2. Cunha IS. *Educação permanente em saúde e planejamento estratégico situacional: o caso da Secretaria Estadual de Saúde do Piauí* [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2009.
3. Lemos M, Fontoura M. A integração da educação e trabalho na saúde e a Política de Educação Permanente em Saúde do SUS-BA. *Rev Baiana Saúd Púb* 2009; 33(1):113-120.
4. Silva KD. *Análise do Programa Telessaúde Brasil Redes no estado de Pernambuco no período de 2007 a 2011* [dissertação]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães; 2013.
5. Pessoa LR, Ferla AA, Andrade J, Meneghel S, Linger CA, Kastrup E. A educação permanente e a cooperação internacional em saúde: um olhar sobre a experiência de fortalecimento da rede haitiana de vigilância, pesquisa e educação em saúde, no âmbito do projeto Tripartite Brasil-Haiti-Cuba. *Divulg Saúd em Debat* 2013; 49:165-171.
6. Brasil. Portaria nº. 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. *Diário Oficial da União* 2004; 15 fev.
7. Brasil. Portaria nº. 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial da União* 2006; 23 fev.
8. Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva. *Relatório Final da Pesquisa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde*. São Paulo: FM/USP; 2007.
9. Brasil. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2007; 22 ago.
10. Haddad AE, Brenelli S, Passarella T, Campos T. Política Nacional de Educação na Saúde. *Rev Baiana Saúde Pub* 2008; 32:98-114.
11. Pinto HA, Sousa ANA, Ferla AA. Atenção Básica e Educação Permanente em Saúde: cenário apontado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). *Divulg Saúde Debate* 2014; 51:145-158.
12. Pierantoni CR, Garcia ACP. A gestão do trabalho e da educação na saúde em secretarias estaduais e municipais de saúde. *Divulg Saúd Debate* 2012; 47:44-54.
13. Oliveira JSA, Cavalcante EFO, Macedo MLAF, Martini JG, Backes VMS. Prática da Educação Permanente pela enfermagem nos serviços de saúde. *Ver Enf UFPE*. 2013;7(2):598-607.
14. Minayo MCS, organizador. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 2001.
15. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 4ª. ed. Lisboa: Edições 70; 2008.
16. Machado MH, Oliveira ES, Moysés NMN. Tendências do mercado do trabalho em saúde no Brasil. In: Pierantoni CR, Dal Poz M, França T, organizadores. *O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas*. Rio de Janeiro: Cepesc; 2011. p. 103-16.
17. Wermelinger M, Machado MH, Tavares MFL, Oliveira ES, Moyses NMN, Ferraz W. A feminilização do mercado de trabalho em saúde no Brasil. *Divulg Saúde Debate* 2010; 45:54-70.
18. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). *2º Levantamento da Organização, Estrutura e Ações da Área de Recursos Humanos das Secretarias Estaduais de Saúde*. Brasília: Conass; 2015. (Conass Documenta, 29).
19. Silva LAA, Leite MT, Pino C. Contribuições das Comissões de Integração Ensino-Serviço na Educação Permanente em Saúde. *Trab Educ Saúde* 2014; 12(2):403-424.
20. Stroschein KA, Zocche DAA. Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. *Trab. Educ. Saúde* 2011; 9(3):505-519.
21. Ferraz F, Backes UMS, Matinez FJM, Feuerwerker LCM, Lino MM. Gestão de recursos financeiros da educação permanente em saúde: desafio das comissões de integração ensino-serviço. *Cien Saude Colet* 2013; 18(6):1683-1693.
22. D'Avila LS, Assis LN, Melo MB. Adesão ao Programa de Educação Permanente para médicos de família de um estado da Região Sudeste do Brasil. *Cien Saude Colet* 2014; 19(2):401-416.
23. Paulino VC, Bezerra AL, Branquinho NC, Paranaguá TT. Ações de educação permanente no contexto da Estratégia Saúde da Família. *Rev Enferm UER* 2012; 20(3):312-316.
24. Martins MIC, Molinário A. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2013; 18(6):1667-1676.
25. Vianna AL, Pierantoni CR, Silva HP, Figueiredo JA, Pinheiro MC, Faria RM, Nakagawawa TM. O Modelo Polos: comparação de duas experiências recentes. In: Vianna AL, Pierantoni CR, organizadores. *Educação e saúde*. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 144-186.
26. Silva LAA, Leite MT, Hildebrandt LM, Pino C. Educação Permanente em Saúde na ótica de membros das Comissões de Integração Ensino-Serviço. *Rev Enf UFSM* 2013; 3(2):296-306.
27. Cardoso, IM. “Rodas de educação permanente” na atenção básica de saúde: analisando contribuições. *Saúde e Soc.* 2012; 21(1):18-28.

Artigo apresentado em 27/08/2016

Aprovado em 07/11/2016

Versão final apresentada em 09/11/2016