

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Edith Monteiro de Oliveira

Educação permanente em saúde: o monitoramento sob a ótica das referências técnicas das
Unidades Regionais de Saúde de Minas Gerais

Juiz de Fora

2020

Edith Monteiro de Oliveira

Educação permanente em saúde: o monitoramento sob a ótica das referências técnicas das Unidades Regionais de Saúde de Minas Gerais

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Fundamentos Teóricos, Políticos e Culturais do Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Dr^a. Denise Barbosa de Castro Friedrich.

Juiz de Fora

2020

Edith Monteiro de Oliveira

Educação permanente em saúde: o monitoramento sob a ótica das referências técnicas das Unidades Regionais de Saúde de Minas Gerais

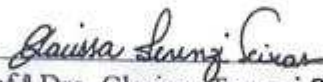
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Fundamentos Teóricos, Políticos e Culturais do Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Aprovada em 24 de novembro de 2020:


BANCA EXAMINADORA



Prof.ª Dra. Denise Barbosa de Castro Friedrich - Orientadora
Universidade Federal de Juiz de Fora



Prof.ª Dra. Clarissa Terenzi Seixas
Universidade do Estado do Rio de Janeiro



Prof.ª Dra. Beatriz Francisco Farah
Universidade Federal de Juiz de Fora

Dedico este trabalho aos profissionais de saúde que acreditam na educação como prática primordial para a promoção de uma assistência qualidade aos usuários do Sistema Único de Saúde.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por me honrar e fazer cumprir a TUA vontade em minha vida, iluminando os meus caminhos e me abençoando com realizações diárias.

Aos meus pais, Alcino Geraldo e Juçara, por acreditarem em mim e me apoiarem incondicionalmente. Saibam que todas as minhas conquistas não teriam o mesmo significado, sem vocês ao meu lado! Amor e gratidão eternas!

Ao amor da minha vida, Carlos Eduardo, por me encorajar e me impulsionar a buscar a minha melhor versão sempre. Obrigada por existir e estar ao meu lado nos momentos de alegria e nos mais desafiadores também, ao longo dessa trajetória. Você é a minha inspiração!

Aos meus irmãos, Alcino e Frederico, por serem meus mestres e exemplos de persistência. À Mariana, minha cunhada, pelos incentivos. Ao Lucas, meu sobrinho, por ser tão especial para toda família.

À minha orientadora, Dr^a. Denise Friedrich, por me propor desafios e por me apoiar para que eu conseguisse cumpri-los. Gratidão pelos momentos e conhecimentos compartilhados! O aprendizado sob a sua orientação foi de grande valia nessa minha formação e na vida também.

Às professoras Dra. Beatriz Farah, Dra. Clarissa Terenzi e Dra. Magda Faria e ao professor Dr. Fábio Carbogim, pela disposição para avaliação e contribuições para o enriquecimento da pesquisa.

Aos pesquisadores, Daniele Knopp, Elaine Franco, João André Tavares e Larissa Magalhães, pelo notável apoio no processo de coleta de dados.

Aos amigos, colegas, familiares e professores, que participaram dessa conquista direta e indiretamente, o meu muito obrigada!

Enfim, o Mestrado foi um divisor de águas em minha vida e só posso agradecer a oportunidade de ter vivenciado essa experiência tão pessoal e significativa. A minha visão de mundo nunca mais será a mesma e essa expansão se deve à minha dedicação e à colaboração de pessoas de grande maestria. Gratidão!

“Educação não transforma o mundo. Educação muda pessoas.
Pessoas transformam o mundo (FREIRE, 2005).”

RESUMO

A presente pesquisa tem por objetivo compreender o processo de monitoramento da Educação Permanente em Saúde sob a ótica das referências técnicas das Unidades Regionais de Saúde do estado de Minas Gerais. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, do tipo descritivo, no qual participaram 16 trabalhadores que são referências técnicas de Educação Permanente em Saúde e que atuam nas Unidades Regionais de Saúde de Minas Gerais. Os dados foram coletados no período de agosto a outubro de 2019, utilizando-se de uma entrevista semiestruturada, composta pela caracterização do perfil dos participantes e seis questões abertas, que visavam compreender a Educação Permanente em Saúde na prática dos entrevistados. Os conteúdos oriundos das entrevistas, foram consolidados e analisados à luz da hermenêutica dialética. Emergiram três categorias de análise: a) “O cotidiano de trabalho das referências técnicas em Educação Permanente em Saúde” – apresentou a dimensão das demandas institucionais, a complexidade multifacetária no contexto organizacional e a interface das práticas educativas; b) “ O monitoramento das ações de Educação Permanente em Saúde na prática” – apontou o monitoramento realizado informalmente, através de dados e por relatórios; c) “ Proposições para a consolidação do monitoramento” – evidenciou a necessidade de parâmetros de referência, a institucionalização de instrumentos para o monitoramento e o engajamento das referências técnicas de Educação Permanente em Saúde. Contudo, faz-se necessária a consolidação de instrumentos para que se realize o monitoramento, a fim de apoiar o processo de trabalho das referências técnicas.

Palavras-chave: Educação Continuada. Enfermagem. Gestão em Saúde.

ABSTRACT

This research aims to understand the process of monitoring Permanent Education in Health from the perspective of technical references from Regional Health Units in the state of Minas Gerais. It is a qualitative study, of a descriptive type, in which 16 workers participated who are technical references of Permanent Education in Health and who work in the Regional Health Units of Minas Gerais. Data were collected from August to October 2019, using a semi-structured interview, consisting of the characterization of the participants' profile and six open questions, which aimed to understand Permanent Health Education in the interviewees' practice. The contents from the interviews were consolidated and analyzed in the light of dialectical hermeneutics. Three categories of analysis emerged: a) "The daily work of technical references in Permanent Education in Health" - presented the dimension of institutional demands, the multifaceted complexity in the organizational context and the interface of educational practices; b) "The monitoring of Permanent Education in Health actions in practice" - pointed out the monitoring carried out informally, through data and reports; c) "Proposals for the consolidation of monitoring" - evidenced the need for reference parameters, the institutionalization of instruments for monitoring and the engagement of technical references in Permanent Health Education. However, it is necessary to consolidate instruments so that monitoring is carried out in order to support the work process of technical references.

Keywords: Continuing Education. Nursing. Health Management.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Aspectos discutidos nas Conferências Nacionais de Saúde relacionados à educação dos trabalhadores da saúde	21
Figura 1	Divisão assistencial da saúde de Minas Gerais: por região e região ampliada (PDR) e administrativa (URS: SRS e GRS) pertinente ao período de coleta de dados	44
Quadro 2	Categoria e Núcleos de sentido da pesquisa	48
Quadro 3	Perfil das referências técnicas em EPS das URS de MG, 2020.	50
Quadro 4	Categoria 01 e Núcleos de sentido	52
Quadro 5	Categorias 02 e 03 e respectivos Núcleos de Sentido	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMIB	Associação de Medicina Intensiva Brasileira
AUGAS	Auxiliar de Gestão e Assistência à Saúde
BIRD	Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento
CGR	Colegiados de Gestão Regional
CIES	Comissões de Integração Ensino Serviço
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conferências Nacionais de Saúde
COSEMS	Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
EPGS	Especialista em Planejamento e Gestão da Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAPEMIG	Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais
FUNED	Fundação Ezequiel Dias
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FMI	Fundo Monetário Internacional
GRS	Gerências Regionais de Saúde
GAPESE	Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Autocuidado e Processo Educativo em Saúde e Enfermagem
GTE	Grupo de Trabalho Estadual
HUV	Hospital Universitário de Vassouras
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MG	Minas Gerais
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
NVEH	Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar
NIMH	Núcleo Integrado de Monitoramento Hospitalar
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde

OCDE	Organização para Cooperação no Desenvolvimento Econômico
PAREPS	Plano de Ação Regional para a Educação Permanente em Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PEEPS	Planos Estaduais de Educação Permanente em Saúde
PES	Plano Estadual de Saúde
POP	Procedimento Operacional Padrão
PROAMI	Programa de Atualização em Medicina Intensiva
PROESF	Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PROFAE	Programa de Qualificação de Auxiliares e Técnicos de Enfermagem
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PPSUS	Programa Pesquisa para o Sistema Único de Saúde
PROUNI	Programa Universidade para Todos
REFORSUS	Reforço e reorganização do SUS
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SCIH	Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
SRS	Superintendências Regionais de Saúde
TGS	Técnico de Gestão em Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
URS	Unidades Regionais de Saúde
UV	Universidade de Vassouras
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	13
2 INTRODUÇÃO.....	15
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DIRECIONADAS AOS TRABALHADORES DA SAÚDE: PERCURSO HISTÓRICO E DISCUSSÕES VIGENTES.....	18
3.2 OS CONCEITOS DE PRÁTICAS EDUCATIVAS NO CONTEXTO DO DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL E AS SUAS INTERFACES NA SAÚDE..	23
3.2.1 Educação Permanente: Percurso Histórico e Conceitos.....	24
3.3 A EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO PROPOSTA DE POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.....	27
3.4 O MONITORAMENTO: TRAJETÓRIA GERACIONAL.....	32
3.5 O DESENVOLVIMENTO DO MONITORAMENTO NO CENÁRIO DA SAÚDE NO BRASIL.....	34
3.6 DESAFIOS PARA A CONSOLIDAÇÃO DAS PRÁTICAS DE MONITORAMENTO DAS AÇÕES DE EPS.....	36
4 OBJETIVOS.....	40
4.1 OBJETIVOS GERAIS.....	40
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	40
5 PERCURSO METODOLÓGICO.....	41
5.1 TIPO DE ESTUDO.....	41
5.2 CENÁRIO DE ESTUDO.	41
5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	43
5.4 COLETA DE DADOS.....	44
5.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	44
5.6 RESPONSABILIDADE ÉTICA.....	46
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	48
6.1 O COTIDIANO DE TRABALHO DAS REFERÊNCIAS TÉCNICAS DE EPS.....	50
NS – A INTERFACE DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS	51
NS - A DIMENSÃO DAS DEMANDAS INSTITUCIONAIS.....	53
NS – A COMPLEXIDADE MULTIFACETÁRIA NO CONTEXTO ORGANIZACIONAL.....	55

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	58
REFERÊNCIAS.....	60
APÊNDICE A – Roteiro da Entrevista Semiestruturada.....	68
APÊNDICE B – Resultados Segmento 02.....	69
ANEXO A – Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde de Minas Gerais....	87
ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	110
ANEXO C – Parecer Consubstanciado CEP/UFJF.....	111
ANEXO D – Comprovante de Submissão de Artigo.....	114

1 APRESENTAÇÃO

É que ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhando, sem aprender a refazer, a retocar o sonho por causa do qual a gente se pôs a caminhar (FREIRE, 2005).

Após a minha aprovação no Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), tive a oportunidade de participar do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Autocuidado e Processo Educativo em Saúde e Enfermagem (GAPESE). A partir dessa inserção, aproximei-me da Educação Permanente em Saúde (EPS), por meio das pesquisas do grupo.

A EPS, objeto desta pesquisa, já tinha feito parte da minha rotina laboral no Hospital Universitário de Vassouras (HUV), no Rio de Janeiro. Lá, atuei como Coordenadora do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH), o qual fazia parte do Núcleo Integrado de Monitoramento Hospitalar (NIMH). Ademais, ele também era composto pelo Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH). Entre as diversas atribuições do NIMH, é imprescindível destacar seu papel como responsável por promover a integração de todas as atividades de capacitação e de desenvolvimento em educação permanente e continuada em saúde, além dos processos relativos a ela no âmbito institucional.

Nessa instituição, tive a oportunidade de tomar conhecimento do grande desafio que os gestores tinham para desenvolver espaços de discussão e problematização dentro dos setores, em conformidade com a especificidade de cada serviço e dos próprios trabalhadores de saúde da ponta em participar e se envolverem efetivamente nessas discussões.

Para tanto, a então diretora geral do HUV, já com essa visão inovadora de gestão compartilhada e adepta à educação como meio de transformação e de promoção da qualidade da assistência, propôs ao NIMH a transformação das práticas pedagógicas tradicionais e o incentivo do pensar e o fazer nas atividades diárias dentro dos próprios setores.

Essa mudança tinha como objetivos: conduzir a superação de fatores limitantes que influenciavam a qualidade do cuidado; oportunizar espaços para o aprimoramento, discussão e troca de saberes entre os trabalhadores; promover ações de educação em saúde e a integração do ensino-serviço; apoiar o processo de comunicação; fortalecer a consciência da qualidade e encorajar a humanização nas relações interpessoais e assistenciais com os pacientes.

As linhas estratégicas preconizadas pelo NIMH perpassavam a condução da melhoria dos processos através do mapeamento que permitia determinar e focar na assistência de

qualidade. Ainda, instituía também uma supervisão frequente das normas e rotinas técnico-operacionais.

Além disso, o monitoramento era realizado por meio de indicadores, elaborando planos de ações a partir dos resultados avaliados, colocando em pauta e discutindo de forma sistemática entre os serviços, propondo estratégias de planejamento embasadas no conhecimento técnico-científico e o acompanhamento da implementação dos planos de ação.

A partir do exposto, ratificou-se a importância da padronização dos serviços e os resultados positivos advindos dessa padronização, que transcorreram a qualificação profissional e afetaram diretamente a redução de riscos e a qualidade do serviço prestado. Sendo assim, foi desenvolvido o Procedimento Operacional Padrão (POP) do NIMH, que foi a compilação desse novo modelo das ações. Felizmente, tive a oportunidade de redigi-lo e vê-lo ser publicado como um capítulo de livro da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB).

Tendo em vista meu percurso profissional e a minha formação acadêmica em Enfermagem, na Universidade de Vassouras (UV), pelo Programa Universidade para Todos (PROUNI) (2014), especialização em Segurança do Paciente em Rede de Atenção às Urgências e Emergências pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) (2017) e Saúde da Família pela Universidade Estácio de Sá (2018), considerei a interface com a EPS e me senti motivada a desenvolver meu estudo neste âmbito.

Logo, a minha dissertação participa de uma pesquisa intitulada “Educação Permanente como Dispositivo de Gestão do Sistema Único de Saúde” — financiada pela agência de fomento Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG) e por meio do Programa Pesquisa para o Sistema Único de Saúde (PPSUS) — e aborda a EPS e o monitoramento sob a ótica das referências técnicas das Unidades Regionais de Saúde (URS) de Minas Gerais (MG).

Como profissional de enfermagem, que se caracteriza por ser uma ciência pautada no cuidado, acredito que cuidar é mais que um ato: é uma atitude que envolve um momento de atenção, de zelo e de cuidado, isto é, requer uma atitude de ocupação, de preocupação e de responsabilização pelo outro (BOFF, 1999). Dessa forma, defendo um processo de mudança da prática de aprendizagem que viabilize a qualidade da assistência prestada, por meio da construção de um conhecimento que envolva sujeitos capazes de (re)pensar, de refletir e de agir com a realidade em prol da transformação, assumindo, assim, uma postura de agente de mudança, frente à problematização das necessidades sociais.

2 INTRODUÇÃO

A educação está estreitamente relacionada ao campo da saúde e é uma prática primordial no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil. Em conformidade com os pressupostos pedagógicos de Freire (2005), a educação é uma praxe conciliadora entre o indivíduo e a sociedade, entre a teoria e a prática, que se consolida por meio do diálogo.

Nesse âmbito, o processo de ensino-aprendizagem vem sofrendo mudanças significativas no que tange ao modelo de transmissão para o de construir o conhecimento — sendo que tal conhecimento é considerado pessoal e criável por meio da realidade, a partir da ação-reflexão transformadora do sujeito sobre o mundo (GIGANTE; CAMPOS, 2016).

Pode-se destacar, na saúde, dois processos de formação dos trabalhadores inseridos nos serviços. O primeiro é a educação continuada (EC), cuja proposta pedagógica reside nessa transmissão de conhecimento e apresenta-se de forma incipiente para atender às demandas do SUS e às práticas de atenção à saúde, majoritariamente (CARVALHO; THEODORO, 2019). Já o segundo é a educação permanente em saúde (EPS), entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, a formação que ocorre no cotidiano dos trabalhadores e do trabalho, de acordo com os desafios enfrentados na prática e que considera os conhecimentos e as experiências daqueles que estão envolvidos no processo (CECCIM, 2019).

A EPS despontou como estratégia do Ministério da Saúde (MS) para o desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e para a consolidação do SUS, viabilizando as relações entre ensino e serviço, docência e atenção à saúde. Ela se dá no âmago da formação, da gestão, do desenvolvimento e do controle social (CECCIM; FEUERWERKER 2004).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi instituída em 2004 por meio da Portaria GM/MS nº198/2004 (BRASIL, 2004), que estabeleceu diretrizes para a sua implementação. Em 2007 foi reformulada pela Portaria GM/MS nº 1.996/2007 (BRASIL, 2007), a fim de adaptá-la às diretrizes operacionais e ao Pacto de Saúde. Finalmente, em 2017, foi lançado o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS (PRO EPS-SUS), através da Portaria GM/MS nº 3.194, de 28 de novembro de 2017 (BRASIL, 2017).

Muitos desafios foram encontrados no processo de implementação da PNEPS. Dentre estes, destacam-se: a pouca articulação entre gestores, trabalhadores, controle social e instituições de ensino; a incipiente atuação dos gestores municipais; a implantação insuficiente de Comissões de Integração Ensino Serviço (CIES) regionais; o desafio na aplicação dos recursos financeiros; a precariedade de critérios para a construção dos projetos e a insuficiência

de avaliação e de monitoramento das práticas de formação, de gestão e de atenção na saúde (GONÇALVES et al., 2019).

Logo, acredita-se que para a melhoria de toda e qualquer política pública, faz-se necessário reconhecer os desafios enfrentados e, a partir disso, buscar soluções ou para a mitigação ou para a eliminação desses desafios. Considerando tal assertiva, a literatura, nos mais variados campos do conhecimento, tem corroborado para desvelar meios em função do aperfeiçoamento das políticas.

Dentre eles, tem-se destacado o papel do monitoramento, o qual é definido por Sousa (2018) como: “um rol de esforços para o acompanhamento sistemático a respeito de algum dos aspectos de uma determinada intervenção, por meio de indicadores mensurados a partir da coleta contínua de dados” (p.290).

À vista disso, o PRO EPS-SUS (BRASIL, 2017) apresenta como uma de suas principais diretrizes o monitoramento e a avaliação permanente. Ademais, busca fortalecer, estimular e acompanhar a qualificação dos trabalhadores da área de saúde a fim de transformar suas práticas e de acatar os princípios basilares do SUS. Tudo isso a partir da realidade local e do diagnóstico coletivo dos processos de trabalho (BRASIL, 2017).

As referências técnicas em EPS possuem uma importante atribuição na governança regional da EPS, desempenhando a articulação entre municípios e atores da gestão, do serviço, do ensino e da comunidade (MINAS GERAIS, 2018). Isto é, são mediadoras na interface dos atores sociais e nas demandas apresentadas pelos municípios, marcado inevitavelmente e necessariamente pela intersubjetividade.

Para este estudo, foram definidos como referências técnicas de EPS (MINAS GERAIS, 2018), os trabalhadores de saúde responsáveis pela condução do processo de EPS; pela ampliação das possibilidades de vínculo, de cogestão e de transdisciplinaridade; pela garantia de certa horizontalidade das relações hierárquicas entre os diversos atores envolvidos no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) e pela mediação das demandas e da capacidade de construção compartilhada de soluções.

A partir desta contextualização e do pressuposto de que, a partir do PRO EPS-SUS, as referências técnicas em EPS realizam o monitoramento da EPS nas URS do estado de Minas Gerais (MG), observou-se a necessidade de compreender o processo de monitoramento em EPS. Acredita-se que este se constitui como uma ferramenta efetiva na reorientação dos processos de trabalho das Unidades Regionais de Saúde (URS) e fomenta a integração multiprofissional e o planejamento e execução de ações de EPS, com vistas ao fortalecimento e à melhoria da qualidade da atenção prestada ao usuário do SUS. Assim sendo, o presente

estudo teve como objeto a EPS e buscou compreender o processo de monitoramento da EPS, sob a ótica das referências técnicas de EPS das URS do estado de MG.

Nesse segmento, para o desenvolvimento dessa pesquisa, será feita a contextualização da EPS e da relevância do monitoramento das suas ações. Em seguida, serão apresentados os objetivos traçados e o percurso metodológico percorrido. Posteriormente, os resultados alcançados, por meio do conteúdo encontrado nos textos resultantes das falas dos participantes, serão discutidos e embasados pelo referencial teórico proposto e serão analisados sob à luz da hermenêutica dialética. Por fim, serão abordadas as considerações finais, as quais subsidiarão reflexões sob a temática em questão.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O presente capítulo tem por objetivo constituir o embasamento teórico que subsidiará os resultados da referida pesquisa. Ele está estruturado na seguinte ordem: Políticas públicas direcionadas aos trabalhadores da saúde: percurso histórico e discussões vigentes; Os conceitos de práticas educativas no contexto do desenvolvimento profissional e as suas interfaces na saúde; Educação permanente: percurso histórico e conceitos; A educação permanente como proposta de política de saúde no Brasil; O monitoramento: trajetória geracional; O desenvolvimento do monitoramento no cenário da saúde no Brasil e Desafios para a consolidação das práticas de monitoramento das ações de EPS.

3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DIRECIONADAS AOS TRABALHADORES DA SAÚDE: PERCURSO HISTÓRICO E DISCUSSÕES VIGENTES

Ao analisar todo o percurso histórico das discussões acerca das políticas voltadas para os trabalhadores do setor de saúde, notou-se que, durante muito tempo, a organização do sistema de saúde e o financiamento dos serviços foram alvos de destaque nas agendas governamentais, ao passo que os recursos humanos foram julgados como mais um *input* e não receberam a devida relevância.

Freitas et al. (2018) elucidam que o contexto histórico sobre a educação e a saúde no Brasil é um desafio devido às suas numerosas facetas que corroboraram para o avanço e para a integração dos dois campos. Contudo, apesar dos desafios, ainda há muito a ser superado, sendo fundamental considerar os marcos históricos que possibilitaram destaque ao país, viabilizando novos modelos de (re)organização da educação nesse contexto.

Um marco nas políticas voltadas para os trabalhadores da saúde ocorreu a partir da década de 1960, decorrente de uma crise no campo. Isso esteve associado diretamente à escassez de mão de obra qualificada e à inexistência, no setor público, de um recrutamento hábil de recursos humanos para facilitar a capacitação dos trabalhadores designados, além da complexidade na disposição regular destes nas diferentes regiões do Brasil (MAGNAGO et al., 2017).

Saldiva e Veras (2018) enfatizam que tal problemática persevera, haja vista a dificuldade de algumas categorias profissionais em se estabelecerem em cidades de pequeno porte — em particular, no norte, nordeste e centro-oeste do país.

Cabe destacar que, no cenário internacional, a educação, no contexto da saúde, tornou-se também uma temática relacionada à inquietude. Exemplo dessa preocupação foi o debate proposto por um órgão de grande relevância, a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), que propôs um debate através de sua Comissão Internacional sobre Educação do século XXI, a partir da presunção de que a “formação de pessoas precisa ocorrer ao longo de toda a vida, pois o conhecimento está em constante evolução e o fundamental é aprender a ser” (FAURE, 1981, p. 225).

Para este autor, a compreensão apresentada pela UNESCO condiz com a ideia de que o processo de aprendizagem é um processo fundamentado na diversidade de experiências dos indivíduos e grupos humanos, e deve abarcar aprendizagem e expressão, comunicação e capacidade de questionamento.

No setor da saúde, a partir da década de 1970, a concepção de uma nova organização acerca do processo de trabalho despontou, no Brasil, a partir de movimentos sociais como: o Movimento Popular de Saúde e o Movimento pela Reforma Sanitária, os quais englobavam ações pelas reformas na saúde (SOUTO; OLIVEIRA, 2016).

Em meados das décadas de 1970 e 1980, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a partir de discussões para o desenvolvimento de recursos humanos, fomentou um plano com o intuito de fazer da educação dos trabalhadores da saúde um processo permanente, em que o trabalho fosse a base do processo educativo, a razão do conhecimento e o instrumento de transformação (LEMOS, 2016).

Nesse mesmo período, a Carta de Ottawa (1986), fruto da Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, organizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), estabeleceu que a capacitação tinha o objetivo de alcançar a equidade em saúde e estava sendo instaurada como crucial à promoção da saúde. Alguns eixos primordiais de ação foram propostos neste documento, a saber: reforço da ação comunitária; elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; desenvolvimento de habilidades pessoais e criação de ambientes favoráveis à saúde e à reorientação do sistema de saúde.

As considerações expostas acima, embora breves, elucidam a discussão sobre a educação para a saúde, tanto nacional quanto internacionalmente. Contudo, cabe ressaltar também a importância das Conferências Nacionais de Saúde (CNS), que foram instituídas legalmente no ano de 1937. Desde a sua criação, as características institucionais, os objetivos e o potencial de intervenção destes fóruns sobre as políticas de saúde têm sido diversificados ao longo do tempo.

Dentre os aspectos apresentados como recomendações das conferências, desponta a educação dos trabalhadores da saúde, aqui compreendidos como: “os que se inserem direta ou indiretamente na atenção à saúde no setor saúde, podendo ter ou não formação específica para as funções atinentes” (MACHADO; NETO, 2018, p.1972), conforme observado no quadro 01.

Quadro 1 – Aspectos discutidos nas Conferências Nacionais de Saúde relacionados à educação dos trabalhadores da saúde.

CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE	ANO	TEMA	ASPECTOS RELACIONADOS À EDUCAÇÃO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE
I Conferência Nacional de Saúde	1941	Situação sanitária e assistencial dos estados	Foram discutidos principalmente assuntos relacionados à organização sanitária, à ampliação, à sistematização das campanhas nacionais contra a tuberculose e a hanseníase e ao desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento e das atividades de proteção ao grupo materno-infantil. Sendo assim, não contém registros que mereçam destaques.
II Conferência Nacional de Saúde	1950	Legislação referente à higiene e à segurança do trabalho	Foi destinada a analisar pontos de vista dominantes entre os sanitaristas. Foram discutidas assistência médica e preventiva aos trabalhadores e às gestantes, sem nenhuma referência importante à educação de trabalhadores. Os Anais dessa conferência não foram publicados na íntegra, utilizamos aqui de fontes secundárias.
III Conferência Nacional de Saúde	1963	Descentralização na área da saúde	Foram discutidos alguns problemas nos recursos humanos: carência e má distribuição de mão de obra, além da necessidade de traçar programas de capacitação e interiorização de trabalhadores de saúde nas regiões menos favorecidas. Para tanto, levantou-se a necessidade de formular uma política de seleção do pessoal técnico e foi proposta a descentralização de ensino desse pessoal. Nota-se que a nomenclatura ainda aplicada era “pessoal” da saúde e não “recursos humanos”, e a figura do médico era notável. Além disso, não se tinha a compreensão de equipe de saúde. Este é o ponto de partida para as políticas de recursos humanos no Brasil.
IV Conferência Nacional de Saúde	1967	Recursos humanos para as atividades em saúde	Foi centrada na discussão acerca da formação de recursos humanos, de aperfeiçoamento profissional e de desenvolvimento de uma Política Nacional de Saúde. Percebe-se aqui a utilização dos termos “recursos humanos” em vez de “pessoal”. Ademais, a expressão “treinamento de pessoal” deu lugar ao termo “desenvolvimento de recursos humanos”, e houve a extensão do leque de trabalhadores em

			todos os níveis, além do médico, antes estabelecido como “pessoal técnico”.
V Conferência Nacional de Saúde	1975	Constituição do Sistema Nacional de Saúde e sua institucionalização	Foi debatida a questão da Política de Formação de Recursos Humanos, com destaque para a ausência do planejamento no sistema de ensino brasileiro. Isso gerou um aumento na oferta de cursos de formação profissional, desarticulado das necessidades socioeconômicas do país.
VI Conferência Nacional de Saúde	1977	Controle das grandes endemias e da interiorização dos serviços de saúde	Foi recomendada, no segundo eixo temático, a promoção de treinamento intenso, objetivando a capacitação dos recursos humanos (com foco na adequação dos serviços e das rotinas operacionais). Essa recomendação também tinha a finalidade de sanar as deficiências mais graves no setor de vigilância sanitária.
VII Conferência Nacional de Saúde	1980	Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos	Foram apresentados dois importantes subtemas em painel: “Modelos de serviços básicos de saúde e sua articulação com os demais níveis de atendimento” e “Recursos Humanos para os serviços básicos de saúde”.
VIII Conferência Nacional de Saúde	1986	Saúde como direito, reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento setorial	Foram definidos eixos temáticos, a saber: a valorização do trabalhador de saúde, a preparação de recursos humanos, as estratégias de integração interinstitucional para os órgãos de desenvolvimento de recursos humanos, a organização dos trabalhadores e a relação do trabalhador de saúde com o usuário do sistema
IX Conferência Nacional de Saúde	1992	Municipalização é o caminho	Foi proposto que, para implementação do SUS, os gestores deveriam garantir uma política de formação e capacitação de recursos humanos articulada com órgãos formadores. Para isso, era necessário assegurar escolas de formação para o trabalhadores da saúde, destinar recursos orçamentários para o desenvolvimento e formação de pessoal, instituir núcleos de recursos humanos com ações administrativas e de desenvolvimento de pessoal, buscar a manutenção e ampliar vagas para a residência médica e de outros trabalhadores de saúde.
X Conferência Nacional de Saúde	1996	Construção do modelo de atenção à saúde	Foi proposto que fossem atribuídas às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, a responsabilidade de implantação e de manutenção técnica e financeira das escolas de formação. Cabe destacar que o relatório final desta conferência abarcou apenas deliberações e que não foi apresentado o quadro da situação atual da saúde.
XI Conferência Nacional de Saúde	2000	Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social	Foi apontada como competência do SUS a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde e foi proposto que os novos trabalhadores do setor público tenham acesso à formação adequada para atuarem no novo modelo de atenção à saúde. Já para os trabalhadores antigos, foi sugerida a promoção de cursos de capacitação. Ainda nessa Conferência foram aprovados os Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS.
XII Conferência Nacional de Saúde	2003	Saúde um direito de todos e um dever do	Foi sugerida a EPS para a formação e a qualificação dos trabalhadores de saúde,

		Estado: a saúde que temos, o SUS que queremos	buscando consolidar a formação dos trabalhadores (a qual estava sendo desenvolvida apenas esporadicamente). Isso deveria ser feito por meio de cursos de atualização e de treinamentos, sendo implementados projetos com recursos específicos e pontuais.
XIII Conferência Nacional de Saúde	2007	Saúde e Qualidade de Vida: Políticas de Estado e desenvolvimento	Foram estabelecidos alguns nós críticos na saúde brasileira como a precarização do trabalho e o investimento reduzido na qualificação dos recursos humanos, sendo proposto o fortalecimento das instituições formadoras do SUS e um plano de cargos e salários peculiares para os trabalhadores da saúde pública.
XIV Conferência Nacional de Saúde	2011	Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública e Patrimônio do Povo Brasileiro	Foi proposto o fortalecimento da PNEPS nos estados da Federação, com a participação das três esferas de governos, qualificando todos os trabalhadores de saúde, a fim de promover melhorias no atendimento ao usuário. Tal processo seria coordenado pelas SES, consolidado em planos de EPS e efetivado por meio de Núcleos de EPS e nos diversos âmbitos do Sistema Estadual de Saúde, promovendo, assim, a integração ensino-serviço.
XV Conferência Nacional de Saúde	2015	Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro.	Foi estabelecida a consolidação da PNEPS com vistas à participação e à construção coletiva na gestão dos serviços de saúde, assegurando a aplicação de recursos do SUS para a qualificação dos trabalhadores de saúde e estabelecendo parcerias com instituições públicas de ensino.
XVI Conferência Nacional de Saúde	2019	Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS	Foram discutidas questões acerca do fortalecimento do PRO EPS-SUS, buscando a garantia, o investimento e o monitoramento da execução da PNEPS como estratégia de formação para todos os trabalhadores de saúde do SUS.

Fonte: A autora (2020).

As CNS podem ser analisadas em dois períodos principais: as realizadas antes e após a VIII CNS. Isso se dá porque ela pode ser considerada um marco, devido aos resultados e à ampla participação da população, dos trabalhadores da saúde, da sociedade civil e dos conselhos municipais, regionais e estaduais, na organização dos temas e das discussões, antes da conferência. O primeiro período compreende as conferências I a VII, uma vez que a VII já apontava para a necessidade de mudanças efetivas no modo como eram organizadas. O segundo período, isto é, as edições VIII a XVI, refletia as medidas concretas que vêm sendo formuladas e (re)formuladas em prol da efetivação das políticas públicas para consolidação do SUS.

Nessa perspectiva, as propostas avançaram no que diz respeito à instituição de mecanismos de consolidação da política de desenvolvimento e de formação de pessoal, mediante as seguintes estratégias: fortalecimento da relação entre processo formativo e de trabalho em saúde, buscando valorizar a formação de trabalhadores por meio das necessidades

reais de saúde da população; estabelecimento de investimentos financeiros com repasses específicos para essas práticas e discussão com as secretarias de saúde estaduais e municipais, as quais devem prover técnica e financeiramente escolas de formação — com autonomia e integração entre os relativos conselhos de saúde — assim como as secretarias de Educação e as universidades, priorizando as universidades estaduais (GIGANTE, CAMPOS, 2016).

Diante disso, a conexão dos serviços de saúde com os dispositivos formadores e os mecanismos de controle social do SUS ressurgem, nesse contexto, com imponente de proposições.

3.2 OS CONCEITOS DE PRÁTICAS EDUCATIVAS NO CONTEXTO DO DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL E AS SUAS INTERFACES NA SAÚDE

Nos textos governamentais, constata-se a preocupação com a educação formal, que fornece habilitação profissional específica, e com o desenvolvimento dos trabalhadores já habilitados e incorporados no mundo do trabalho. A temática relacionada ao desenvolvimento dos profissionais desponta nos textos oficiais com numerosas designações e, apesar de fazerem referência às práticas educativas para o trabalhador inserido no serviço, exprimem diferenças metodológicas que caracterizam uma diferenciação de conceituação acerca do processo de ensino-aprendizagem (GIGANTE, CAMPOS, 2016).

Nesse sentido, apesar de não haver ainda consonância no meio acadêmico, tem-se buscado reduzir os equívocos e facilitar a compreensão de algumas designações utilizadas entre os trabalhadores da área da saúde. Discutiremos a seguir os conceitos de EC e de EPS, utilizados muitas das vezes na prática dos serviços de forma indistinta pelos trabalhadores de saúde (SENA et al., 2017).

Cabe destacar que EC e EPS, embora sejam práticas que se caracterizam pela continuidade das ações educativas e ainda que se respaldem em princípios metodológicos distintos, permitem a transformação do trabalhador por meio do desenvolvimento de habilidades e competências que fortalecem o processo de trabalho — quando executadas conjuntamente (PEIXOTO et al., 2013).

Por EC entende-se um processo que abarca atividades de ensino após a formação profissional, objetivando a atualização e a aquisição de novas informações, com atividades pontuais, com conteúdos pré-definidos e com metodologias tradicionais (BRASIL, 2018). Para a OMS, a EC compreende o processo que inclui todas as experiências posteriores à formação inicial. A OPAS acrescenta ainda que a EC trata de um processo permanente de educação,

complementando a formação básica, com o objetivo de atualizar e capacitar pessoas e grupos, frente às mudanças técnico-científicas (VIEIRA et al., 2015).

A EC despontou como uma continuidade do modelo escolar e objetivava a capacitação trabalhadores de saúde. Ela estava focada na atualização de conhecimentos, sob a ótica disciplinar, e foi sistematizada numa concepção técnica da prática como aplicação linear de conhecimentos especializados (CAVALCANTI, GUIZARDI, 2018).

Ferreira et al. (2019) afirma que na educação dos trabalhadores de saúde, predomina este modelo formativo, pautado em cursos esporádicos e fragmentados, desenvolvido através da oferta de treinamentos e de capacitações com abordagem metodológica de transmissão de conhecimento. Isso aproxima-se do que é caracterizado como educação continuada, a qual objetiva principalmente a atualização de procedimentos, de protocolos e de rotinas, geralmente baseada nas recomendações estabelecidas pelo MS ou SES.

A EC, geralmente, se insere como prática educativa tradicional, conquanto, busca responder às demandas de serviço e dos trabalhadores, recuperando conhecimentos e habilidades esquecidas, tal como a evolução advinda do progresso científico tecnológico, e aprimorando o desempenho profissional. Entretanto, Ceccim e Feuerwerker (2004), dois grandes estudiosos dessa temática, elucidam que a EC, por vezes, faz-se necessária e deve ser realizada, mas sem perder de vista a “educação que pensa o trabalho” e a “educação que pensa a produção do mundo”.

Frente à explanação acima, faz-se necessária uma discussão ampliada acerca do conceito de educação permanente, uma vez que trata do objeto de estudo da presente pesquisa. Para tanto, torna-se pertinente uma seção apenas para a designação em questão, a qual virá a seguir.

3.2.1 Educação Permanente: Percurso Histórico e Conceitos

Ao abordar o conceito de educação permanente e a sua relação na formação dos trabalhadores de saúde, é cabível resgatar aspectos relevantes no contexto da Pedagogia, uma vez que essa foi a primeira área a tratar da temática — tendo como cenário principal a França, no que tange às primeiras discussões acerca do assunto.

Assim sendo, serão apontados grandes autores, assim como: Pierre Furter, professor francês e membro do Comitê Diretor da Educação Permanente do Conselho da Europa, que muito discutiu sobre o tema e que teve suas obras traduzidas no Brasil; e Moacir Gadotti que formulou a sua tese de doutorado sobre educação permanente (EP), a partir da origem do tema,

após realizar seus estudos em documentos que compunham a EP, em Genebra, na Suíça (PASSONE, 2019).

Historicamente, na França, a compreensão de EC como uma educação prolongada e progressiva, participava de um programa educativo na Revolução de 1789, sintetizando-a à Constituição de 1791, ao mencionar que seria criada e organizada uma instrução pública comum a todos os cidadãos, gratuita no que concerne o ensino substancial a todos os homens. No ano de 1792, foi apresentado um relatório na Assembleia Legislativa, apontando que a instrução não poderia negligenciar os indivíduos que saem das escolas e que esta deveria englobar todas as idades, uma vez que não há faixa etária em que não seja benéfico e possível aprender (SMAHA; CARLOTO, 2010).

A partir da colocação de Gaston Bachelard — que em 1938, na França, afirmou que “uma cultura retida no tempo escolar é a recusa da própria cultura científica, dado que sem escola não há ciência” —, Gadotti (1982) reforçou a relação intrínseca entre a EP e o desenvolvimento das ciências e da técnica. No ano de 1946, Bachelard, no Plano Langevin-Wallon, o qual falava sobre a reformulação do ensino francês, evidenciou que a estruturação do ensino possibilitaria o contínuo aperfeiçoamento do cidadão e do trabalhador, objetivando a modernização e o progresso.

O termo EP foi citado pela primeira vez em 1955, em um projeto de reforma do ensino e foi elaborado pela Liga Francesa de Ensino, tendo Pierre Arantes como redator. Alguns objetivos desse projeto eram assegurar, após a escola, a manutenção da instrução e da educação recebida na escola; possibilitar o aperfeiçoamento, a complementação, a renovação ou a readaptação das capacidades; facilitar a atualização dos conhecimentos (BRIGHENTE, MESQUIDA, 2016).

A partir da garantia dos direitos apresentados à educação, no que tange à EP, foi oficializada na França, em 1956, o prolongamento da escolaridade obrigatória e a reforma do ensino público. Dessa forma, a EP passou a ser difundida na sociedade, por meio de circunstâncias específicas, econômicas, sociais, demográficas, exigências pessoais ou até mesmo por conjunturas criadas pela máquina publicitária. Diante do exposto, em 1960, Gaston Berger lançou os fundamentos de uma filosofia de EP, apresentando a imprescindibilidade da técnica nesses novos tempos (SMAHA; CARLOTO, 2010).

A difusão desse conceito incitou a ideia da Política Nacional da UNESCO, difundida por meio do projeto intitulado “Cidade Educativa”, que foi adotado por vários países, inclusive pelo Brasil. Embora não tenha atingido as metas mínimas desejáveis, relacionadas à educação fundamental, aspirou instaurar a educação para a vida toda (FONSECA, 2009).

Em 1968, o panorama brasileiro preocupou as autoridades internacionais, em virtude das circunstâncias instauradas com o Ato Institucional nº5, que levou a repressão e a ameaça à liberdade de expressão em todos os âmbitos. Nesse momento, os estudantes foram às ruas com o lema: “[...] façam universidades durante toda a vida, mas não façam a guerra[...]” (CARVALHO, 2014), levando o país a implantar um novo modelo escolar. Então, a partir desse cenário, a UNESCO, o Conselho da Europa e a Organização para Cooperação no Desenvolvimento Econômico (OCDE) recomendaram ao Brasil a transferência do sistema tradicional de educação pelo sistema de EP (DAVID et al., 2015).

Em relação à EP, Gadotti (1982) salienta que Pierre Furter afirmou que o plano de trabalho desta estrutura percorreu uma fase conceitual no período de 1966 a 1971, fundamental para refletir como ofertar a cada indivíduo uma educação que atendesse às necessidades sociais, econômicas e pessoais. A fase operacional ocorreu entre 1966 a 1971, período de aplicabilidade dos tópicos refletidos. Durante esse momento, Furter (1974) expôs três definições principais, que serão apresentadas a seguir.

A primeira delas afirma que a EP faz referência a um processo contínuo do desenvolvimento individual, no qual o desenvolvimento do indivíduo ocorre conforme a sua necessidade e as suas condições. Para tanto, não há organização central nem coordenação; a atividade é desenvolvida individualmente e, por vezes, autodidata, sempre por iniciativa voluntária e tendo o promotor como teórico da educação.

Na segunda definição, a EP é reconhecida como um princípio de organização de um sistema global de formação, agrupando-se em um parassistema com a inspeção do Estado e exercendo uma ação inovadora. Dessa forma, torna o sistema escolar mais amplo e flexível, sendo promovido pelos administradores e planejadores da educação.

A terceira definição da EP elucida que essa é uma estratégia de formação para o desenvolvimento cultural e que tem como finalidade orientar uma política de recursos humanos, por meio de atividades em grupo. Essas atividades devem ser norteadas por trabalhadores interessados, sendo a supervisão e a avaliação realizadas por educadores especializados. Nessa perspectiva, a organização não possui um sistema e os promotores são os planejadores de recursos humanos em âmbito regional. Além disso, são utilizadas instituições já envolvidas, interdisciplinarmente e interministerialmente, em programas.

Diante do exposto, nota-se que na terceira definição, Furter faz referência ao que, posteriormente, será identificado na Política Nacional de Saúde. Entretanto, a complexidade de conceitos e categorias que permeiam a EP pode ocasionar conflitos de informações, desse modo, é oportuno o que Bácia (1982) aponta.

Esta autora destaca que há equívocos nos termos que caracterizam a EP, a saber: educação compensatória, educação pós-compulsória ou andragogia, autoeducação, autorregulação, EC, autodidaxia, educação não formal e autogestão. Nesse sentido, ela defende que a EP não é autoeducação, uma vez que a educação requer seja um ambiente solicitador seja uma necessidade social para adaptação ou modificação do meio. Desse modo, Bárcia (1982) justifica a necessidade de educação de modo permanente, a qual deve ser processada através da autodeterminação, destinada ao aperfeiçoamento constante e progressivo, e fundamentada no meio social.

Nessa perspectiva, Gadotti (2004) ratifica que a EP está em constante evolução e define três etapas principais ao longo da história da EP: a) a designação do termo “a educação de adultos”, norteado pela formação profissional contínua; b) fase utópica envolvendo as ações educativas, a fim de promover mudanças efetivas em todo o sistema educacional e c) a aplicabilidade de projetos práticos, com vistas a alcançar um sistema educacional permanente.

Ainda para este autor, em concordância com Freire (1987), a EP, nessa conjuntura, se apresenta como uma ideia desordenada, viável para restringir concepções distintas, congregar correntes e ampliar o conceito de educação. Desse modo, os autores propõem que a filosofia da educação desvele a condição humana e sugerem estratégias para a libertação do homem, alicerçada na condição humana, de modo que a EP viabilize uma releitura frequente da realidade, na qual somos sempre aprendizes. Para tal, ela passa a ter sentido, à medida que instiga, provocando, intima uma tomada de decisão.

3.3 A EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO PROPOSTA DE POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

No Brasil, muito se discutiu acerca da relevância e da viabilidade da disseminação pedagógica por toda a rede do SUS, buscando tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho. Para tanto, o conceito de EPS foi adotado para dimensionar esta tarefa, abarcando a formação, a gestão, a atenção e a participação nesta área de saberes e práticas (CECCIM, 2005).

Logo, a EPS foi definida pelo MS como a aprendizagem no trabalho, isto é, onde há a integração do aprender e do ensinar, considerando os conhecimentos e as experiências que as pessoas já possuem, assim como as necessidades das populações. Tudo isso, baseando a EPS na aprendizagem significativa (BRASIL, 2017).

A determinação da EPS, como uma estratégia político-pedagógica, foi apresentada pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), do MS, em 2003, a partir da aprovação pelo plenário do CNS, da pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e do reconhecimento na 12ª CNS. Sendo assim, adquiriu uma face institucionalizada com a criação da PNEPS, por meio da Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004 (BRASIL, 2004). Essa determinação buscou processar um eixo transformador, como estratégia mobilizadora de recursos para o fortalecimento da estrutura do SUS, de modo que seja efetivado o conceito ampliado de saúde (BRASIL, 2004).

Por ocasião dessa portaria, os polos de EPS instituíam a principal estratégia do MS para disseminar e implementar a PNEPS. Eles deveriam funcionar como instâncias de articulação interinstitucional e locorregional conformadas por gestores estaduais e municipais de saúde e de educação; instituições formadoras na área da saúde (escolas técnicas, escolas de saúde pública, núcleos de saúde coletiva, entre outros); estudantes da área de saúde; trabalhadores da saúde; conselhos municipais e movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2017).

Posteriormente, o MS reeditou a PNEPS, por meio da Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007). Com isso, adequou-a às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde de 2006, o qual reforça a importância dos instrumentos de planejamento e de gestão do SUS (BRASIL, 2007).

Tal reorientação provocou mudanças na organização da Política nos estados, na medida em que os polos passaram a se reorganizar em CIES. Logo, passaram a ser coordenados pelos Colegiados de Gestão Regional (CGR) e orientados pelo Plano de Ação Regional para a Educação Permanente em Saúde (PAREPS), tendo como atribuições, por exemplo, o apoio à construção e à execução deste Plano (CARDOSO *et al.*, 2017).

Ainda em 2007, ocorreu a XIII CNS, na qual foram estabelecidos alguns nós críticos na saúde brasileira, como: a precarização do trabalho e o investimento reduzido na qualificação dos recursos humanos, sendo proposto o fortalecimento das instituições formadoras do SUS, e um plano de cargos e salários específico para os trabalhadores da saúde pública (MACHADO; NETO, 2018).

Ademais, os planos de EPS se configuraram mais como um cumprimento de uma agenda burocrática e como pré-requisito para galgar recursos financeiros, com ações focadas apenas em cursos — em sua maioria desarticulados com a realidade local. Por essa razão, no transcorrer da implementação da política, foi possível observar uma desmobilização dos polos

e, sobretudo, dos atores envolvidos com a pauta da EPS, principalmente, nos municípios (CARVALHO, MERHY, SOUZA, 2019).

No ano de 2012 foi proposta “A EPS em movimento”, pelo DEGES/Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do MS, em parceria com as instituições de ensino, gestores e trabalhadores do SUS. O programa envolveu o aperfeiçoamento e a especialização de atores sociais do trabalho em saúde para o exercício qualificado da EPS, promovendo uma experiência nacional de formação semipresencial em EPS e contando, ainda, com uma plataforma virtual (PLATAFORMA OTICS, 2018).

O percurso formativo era gerido pelo aluno, na EPS em Movimento, contando com o apoio do tutor que fornecia ferramentas, embasado em sua experiência e provocando o aluno a ir ao encontro de suas experiências de EPS. Todo o material estava em construção contínua, sendo proposto uma caixa de ferramentas em que os participantes utilizavam, em conformidade com as suas necessidades e desafios enfrentados em seu cotidiano. Este podia ainda deixar suas contribuições autorais, por meio do que foi designado diário cartográfico e/ou caixa de afecções (CARVALHO; MERHY; SOUZA, 2019).

Para estes autores, em geral, as narrativas que ainda prevalecem são as de que os trabalhadores não sabem, não compreendem, sendo necessário capacitá-los. À vista disso, um dos principais objetivos da EPS em Movimento compreendia o reconhecimento de práticas e de saberes do trabalhador, existentes no cotidiano de trabalho, compartilhando as experiências com outros trabalhadores e fortalecendo, desse modo, a produção de novos sentidos no fazer saúde. Contudo, a EPS em Movimento não foi adiante devido às outras prioridades governamentais e, especialmente, em virtude das mudanças nos rumos do país.

No decorrer dos anos, análises do diagnóstico de implementação da PNEPS nos estados e municípios, pelo DEGES, apontaram evidências relevantes sobre os desafios encontrados no processo. Dentre as questões apontadas, destacam-se: a pouca articulação entre os gestores, trabalhadores, controle social e instituições de ensino; a incipiente atuação dos gestores municipais; a implantação insuficiente de CIES regionais; o desafio na aplicação dos recursos financeiros; a precariedade de critérios para a construção dos projetos; e a insuficiência de avaliação e de monitoramento das práticas desenvolvidas de formação, gestão e atenção na saúde (GONÇALVES et al., 2019).

Diante do exposto, evidenciou-se a necessidade de seguimento das iniciativas e de financiamento que apoiasse a formulação de projeto de EPS para a consolidação da política nacional. Para tanto, foi lançado o PRO EPS-SUS, por meio da Portaria GM/MS nº 3.194, de 28 de novembro de 2017 (BRASIL, 2017), aspirando estimular, acompanhar e fortalecer a

qualificação profissional dos trabalhadores da saúde. Tudo isso, a fim de transformar práticas de saúde, respaldado nos princípios do SUS, nas necessidades locais e na apreciação coletiva dos processos de trabalho (BRASIL, 2017).

Com o propósito de garantir apoio técnico institucional e financeiro aos municípios, o PRO EPS-SUS prevê aos estados e Distrito Federal incentivo de custeio para a construção de Planos Estaduais de Educação Permanente em Saúde (PEEPS). Este documento é orientador das ações de formação e de qualificação dos trabalhadores de saúde do SUS, construído de modo a fortalecer as ações publicadas na PNEPS, se configurando, portanto, como instrumento de planejamento para a área de Educação em Saúde (BRASIL, 2018).

Em virtude da adesão do estado de MG ao PRO EPS-SUS (MINAS GERAIS, 2018), foi criado o PEEPS de MG (ANEXO A), documento oficial resultante de várias ações que serão descritas, a seguir.

Por seu caráter de construção coletiva, foi considerada a organização territorial assistencial e administrativa de MG para a elaboração do PEEPS. Isso está exposto nas diretrizes do Plano Estadual de Saúde (PES) de MG, para o quadriênio 2016-2019, e está disposto na Resolução CES/MG nº016, de 12 de dezembro de 2016 (MINAS GERAIS, 2016) e os resultados da Oficina Preparatória e Oficinas Regionais de Ativadores de EPS (MINAS GERAIS, 2018).

As oficinas e a construção do Plano transcorreram em quatro etapas. A primeira foi a Oficina Preparatória de Ativadores de EPS para as Referências Técnicas das URS, nível central da SES de MG e membros do Grupo de Trabalho Estadual (GTE); a segunda foram as Oficinas Regionais, que viabilizaram a participação do controle social, instituições de ensino, gestores e trabalhadores; a terceira foram as Oficinas de Análise e Consolidação dos resultados das Oficinas Regionais pelo GTE e quarta foi a Produção do PEEPS pelo GTE (MINAS GERAIS, 2018).

Para a efetivação das oficinas — as quais objetivaram realizar uma discussão acerca da compreensão dos participantes a respeito da EPS e reconhecer as práticas e os recursos utilizados nos territórios para o seu desenvolvimento —, o GTE levou em consideração a sua capacidade técnica e operacional. Além disso, considerou questões logísticas para a participação dos representantes nas regiões de saúde, que teve como público: trabalhadores da saúde nos municípios; representantes das URS e de Conselhos Municipais de Saúde; instituições de ensino; Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG); Fundação HEMOMINAS; Fundação Ezequiel Dias (FUNED) e apoiadores do Conselho Estadual de

Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) regional. Cerca de 650 trabalhadores da saúde participaram das 14 Oficinas Regionais e da Oficina Preparatória (MINAS GERAIS, 2018).

Por fim, foi estruturado pelo GTE, o Plano fundamentado em uma Matriz de Análise dos Conteúdos resultantes das Oficinas, considerando a EPS como referencial político-pedagógico. Assim, foram estabelecidas as categorias, a seguir: Sentidos e Concepções de EPS; Dificuldades de Implementação da EPS e Diretrizes e Estratégias para a Implementação e Consolidação da EPS (MINAS GERAIS, 2018).

Para a implementação das ações de EPS em MG, ponderou-se que o PEEPS deve ser visto como um documento norteador em construção contínua, dado que os processos em desenvolvimento no campo da EP estabelecem constantes revisões de suas ações e metas. Além disso, definem que, para alcançar os resultados esperados, o trabalhador deve ser percebido como sujeito e agente transformador do seu meio, sendo o trabalho considerado um processo de trocas, de enriquecimento, de coparticipação, de corresponsabilização, de criatividade e de comprometimento mútuos (MINAS GERAIS, 2018).

Contudo, para o monitoramento e avaliação do PEEPS foi determinado que, deverá ser objeto de ação sistemática e regular sobre todas as iniciativas e contará com a participação dos atores sociais comprometidos com a PNEPS, acerca das diretrizes e estratégias abarcadas pelo plano, devendo o processo de avaliação ocorrer mediante oficinas anuais de avaliação do PEEPS (MINAS GERAIS, 2018).

As referências técnicas possuem uma importante atribuição na governança regional da EPS, desempenhando a articulação entre os atores da gestão, do serviço, do ensino da comunidade e entre os municípios (MINAS GERAIS, 2018). Ou seja, são mediadores na interface dos atores sociais e das demandas apresentadas nos municípios, marcado inevitavelmente e necessariamente pela intersubjetividade.

Para este estudo foram definidos como referências técnicas de EPS, os trabalhadores de saúde responsáveis pela condução do processo de EPS, ampliando as possibilidades de vínculo, de cogestão e de transdisciplinaridade, garantindo certa horizontalidade das relações hierárquicas entre os diversos atores envolvidos no processo e mediando as demandas e a capacidade de construção compartilhada de soluções.

Contudo, o modelo de gestão deve oportunizar espaços que permitam emergir e circular a palavra e, por meio desta discussão, devem sistematizar dispositivos de conhecimento que subsidiem a tomada de decisão e possibilitem maior eficiência, eficácia e efetividade às ações desenvolvidas. Destaca-se, assim, o planejamento, que abarca o monitoramento e a avaliação, elementos fundamentais para a gestão dos serviços de saúde (SOUSA, 2018).

3.4 O MONITORAMENTO: TRAJETÓRIA GERACIONAL

O monitoramento será foco central neste estudo e aqui é compreendido como o acompanhamento rotineiro de informações importantes, que busca verificar a existência de mudanças, mas não suas causas a fundo. Trata-se de um processo sistemático e contínuo de supervisão de indicadores de saúde, visando obter informações, em tempo oportuno, para subsidiar a tomada de decisão, a diminuição de problemas e a melhoria de metas. Em síntese, o monitoramento averigua se as atividades foram realizadas e se os objetivos foram alcançados (CARVALHO; SHIMIZU, 2017).

Na literatura especializada, há diferentes concepções que balizam o conceito de monitoramento e avaliação em saúde. Entretanto, Sousa (2018) assegura que há um consenso no que tange à ideia geral do que venha a ser o monitoramento e a avaliação tendo em vista que o monitoramento compreende um rol de esforços para o acompanhamento de uma determinada intervenção, através de indicadores mensurados a partir da coleta contínua de dados. Ainda, a avaliação de cenários e de perspectivas em saúde pressupõe a mensuração, compreensão e julgamento das repercussões desta intervenção, de maneira a subsidiar as escolhas.

O autor reitera ainda que, a partir dessa compreensão, o monitoramento e a avaliação se complementam, à medida que as atividades relacionadas com o processo de monitoramento, corroboram para a produção de informações que fundamentem a execução de processos avaliativos. Logo, em concordância com Sousa (2018), é possível considerar o monitoramento como uma face dialética complementar aos processos avaliativos, sendo uma parte dinâmica peculiar das ações avaliativas em curso.

Contudo, tais práticas são atividades antigas e presume-se que já eram utilizados métodos avaliativos formativos, pelos chineses, para convocar funcionários públicos há quatro mil anos. Na história contemporânea do ocidente, a avaliação/monitoramento tem seus primórdios no século XVIII, na França e na Grã-Bretanha, sendo resultado de um processo contínuo de construção e de reconstrução dos meios de produção do conhecimento sobre intervenções (DUBOIS et al., 2011).

Com a modernização das sociedades ocidentais, houve a implementação de grandes transformações sociais, políticas, econômicas e culturais. Logo, quando se pretende identificar a evolução das práticas de monitoramento de programas e de serviços no tempo, é recorrente,

na literatura, o histórico proposto por Guba & Lincoln (1989), alusivo às quatro gerações da avaliação.

A primeira geração (1910-1930), conhecida como “geração da mensuração”, enfatiza a aplicação de instrumentos para que, assim, a variável que se desejasse investigar pudesse ser mensurada; caso não houvesse um instrumento pertinente, considerava-se que o avaliador que tinha uma função técnica, possuía conhecimento necessário para criá-lo.

A segunda (1930 -1967) destaca a descrição da intervenção, marcando o surgimento da avaliação/monitoramento de programas. O avaliador assume também a função de descritor, pois além da coleta sistemática dos dados e da execução de ações de intervenção, ele passa a descrever programas, apreender sua estrutura, identificar as potencialidades e fragilidades, buscando analisar se respondem aos objetivos, a fim de recomendar melhorias.

Dubois et al. (2011) elucida que as necessidades advindas da Segunda Guerra Mundial intensificaram o papel da avaliação, repercutindo diretamente no campo da saúde, em que foi desenvolvido o Centro para o Controle do Paludismo nas Zonas de Guerra — o qual objetivava assegurar a vigilância da prevalência das doenças e apoiar os estados na formulação de programas de saúde pública. Nesse mesmo período, houve a criação da OMS que suscitou a relevância das ferramentas e dos métodos de mensuração na saúde pública, para fortalecer as políticas e programas e para melhorar seus resultados.

A terceira geração (1967-1980) é sustentada no julgamento de mérito e no valor de uma intervenção para apoiar na tomada das melhores decisões, logo, é atribuído ao avaliador também a função de juiz. E, para embasar seu julgamento, segue a utilização da mensuração e da informação descritiva, sendo possível uma melhor exploração dos dados, devido aos avanços tecnológicos.

Embora se enfatize o juízo do avaliador nesse terceiro período, nota-se uma expansão nos parâmetros desse julgamento, objetivando abarcar ainda as questões econômicas dos programas (ao considerar a insuficiência de recursos). Nesse período, também, destaca-se a profissionalização da avaliação, por meio da formação de associações, da propagação de conhecimentos e da estruturação de órgãos públicos direcionados à prática avaliativa, corroborando para a sua institucionalização.

Todavia, as três gerações apresentadas, conforme salienta Furtado (2001), apontam fragilidades que necessitam ser reexaminadas, tais como: propensão à hegemonia gerencial nos processos avaliativos; incapacidade em abranger os diversos atores e ações relacionadas à qualquer programa e supremacia do modelo positivista, desprezando o contexto e privilegiando métodos quantitativos.

Assim, desponta a quarta geração, a partir de 1980, como alternativa às gerações anteriores e pautada na avaliação inclusiva e participativa, fazendo alusão à negociação entre os envolvidos nos processos avaliativos. Logo, neste período, a função de moderador do avaliador prevalece sobre o técnico, o descritor e o juiz. Dessa maneira, a avaliação não se configura somente como uma atividade técnica, mas também prática e, principalmente, emancipadora.

Na primeira década do século XXI, foi proposto por Baron & Monnier (2003), a quinta geração da avaliação. Embora ainda não consolidada, ela teria caráter emancipatório, com participação da sociedade civil em todas as etapas, se comprometendo com a melhoria das políticas públicas e propiciando, aos envolvidos no processo, uma melhor compreensão dos desafios. Além disso, seria proposta a orientação de estratégias para transpô-los, decorrendo de um sistema de coprodução, em que o avaliador exerce a função pedagógica de mediador e de tradutor do processo analítico e de seus resultados.

Posto isto, nota-se que a trajetória geracional alusiva à concepção da avaliação/monitoramento, como uma prática sistematizada no contexto das organizações e da sociedade, desponta, conforme Figueiró (2010), do desfecho de um processo de construção e de reconstrução, que abrange numerosas vertentes.

3.5 O DESENVOLVIMENTO DO MONITORAMENTO NO CENÁRIO DA SAÚDE NO BRASIL

No Brasil, o monitoramento em saúde se destacou em diferentes momentos históricos, seja nos primórdios da implementação do SUS, seja no âmago da Saúde Pública oficializada. Todavia, Furtado e Silva (2014) relatam que o incentivo à utilização dessas práticas pela OMS, a partir da declaração de Alma-Ata, reverberou tardiamente no país por dois motivos correlatos, a saber: as características do estado autoritário, em vigor no início dos anos de 1980, contrário a expor suas políticas embrionárias à avaliação ou à qualquer tipo de análise e a sociedade brasileira que não exigia transparência nas políticas públicas de seus programas e serviços.

Contrapondo ao exposto, o estabelecimento do SUS, a partir da nova constituição de 1988 e de sua regulamentação em 1990, implementado através de novos programas, serviços, modelos de gestão e atenção, fez com que despontasse o interesse pelo monitoramento em saúde, por parte dos gestores dos níveis municipal, estadual e federal do SUS e pesquisadores em diferentes universidades (VIACAVA; BELLIDO, 2016).

Todavia, a inserção de práticas de monitoramento no interior do SUS foi impulsionada devido às exigências contratuais de empréstimos dos órgãos internacionais de financiamento, assim como: Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (BIRD ou Banco Mundial) e o Fundo Monetário Internacional (FMI). Eles foram firmados entre esses últimos e o MS, justificada pela busca de melhoria da gestão pública e prestação de contas aos gestores e à população (AKERMAN; FURTADO, 2016).

Em 1996, foi lançado o REFORSUS (Reforço e reorganização do SUS), uma iniciativa da gestão federal como resposta às instituições financiadoras, frente as construções inacabadas destinadas à Saúde. O projeto objetivou viabilizar a inauguração das referidas obras, além de impulsionar a qualidade da gestão, da administração, de insumos e de assistência. Entretanto, priorizou-se para a liberação de recursos para este fim, relatórios periódicos, com vistas ao monitoramento e à avaliação, assumindo grande relevância, conforme acordo multilateral (VIACAVA; BELLIDO, 2016).

Ainda nos anos 1990, surgiram outras propostas fomentadas pelo Banco Mundial, tal como o projeto “VIGISUS”, o qual visou estruturar o sistema de vigilância em saúde, com foco na identificação e no controle de epidemias e na atenção em DST-Aids. Além disso, ele conduziu a prática do monitoramento para âmbitos específicos da saúde, similar as que o REFORSUS apresentou em contexto geral (OLIVEIRA, CRUZ, 2015).

O Programa de Qualificação de Auxiliares e Técnicos de Enfermagem (PROFAE), no final da década de 1990, desenvolvido com o objetivo de melhorar a profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem, também obteve custeio do Banco Mundial e dispôs de iniciativas de monitoramento com recursos provenientes do MS (PAIVA, 2015).

A partir de um acordo de empréstimo firmado entre o Banco Mundial e o governo brasileiro, em 2003, foi instituído o Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), fundamentado em três eixos principais: o apoio à conversão do modelo de Atenção Básica de Saúde — qualificação e ampliação da estratégia de saúde da família; o desenvolvimento de recursos humanos — fortalecimento da capacidade técnica da gestão —; a estruturação das práticas de monitoramento/avaliação nas SES e respectivos municípios (SOUSA, 2018).

Em meados de 2011, o MS criou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ – AB) e, por meio do monitoramento de indicadores de saúde e da avaliação de padrões de qualidade, o financiamento da Estratégia Saúde da Família (ESF) passou a ser determinado inclusive pelo desempenho das equipes. Com isso, condicionou

a transferência de recursos ao desempenho dos serviços, corroborando para impulsionar a agenda nacional de monitoramento e de avaliação (FACCHINI; TOMÁSI; DILÉLIO, 2018).

Em outubro de 2011, o MS revisou a Política Brasileira de Atenção Básica em Saúde e, no contexto do monitoramento, reforçou a necessidade da sua institucionalização, delegando a responsabilidade aos três níveis de gestão quanto à qualificação da atenção básica por meio do planejamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços (SOUSA, 2018).

Além de evidenciar o dever dos trabalhadores de se envolverem no planejamento local, assim como no monitoramento das ações na sua equipe, unidade e município, objetivando a readequar o processo de trabalho às necessidades, realidade, fragilidades e potencialidades analisadas. Em 2017, a política passou por novas mudanças, entretanto, tais premissas não sofreram inferências (SOUSA, 2018).

Conforme exposto nesse breve apanhado das principais iniciativas do MS, no âmbito do monitoramento no cenário da saúde no Brasil, grandes esforços e iniciativas voltadas para a consolidação das práticas de monitoramento/avaliação, vem sendo desenvolvidas, ora reforça-se estratégias e concepções organizativas advindas dos seus primórdios, ora concebe novas formas e aprimora as pregressas, movimentos de idas e vindas, a caminho da sua institucionalização, conforme evidenciado.

3.6 DESAFIOS PARA A CONSOLIDAÇÃO DAS PRÁTICAS DE MONITORAMENTO DAS AÇÕES DE EPS

No Brasil, apesar dos grandes esforços, o monitoramento ainda é pouco implementado, é desarticulado e possui caráter pontual, que nem sempre corrobora com o processo decisório. Infelizmente, isso acontece embora ele tenha grande importância no campo das políticas de saúde, uma vez que possibilita determinar o grau de efetivação de uma ação e seus efeitos. Nesse sentido, monitorar as ações de educação é uma necessidade para o fortalecimento da PNEPS e, conseqüentemente, para a consolidação do SUS (SILVA; SCHERER, 2020).

Ainda para estas autoras, o fato das ações de EPS se desenvolverem dinamicamente, de múltiplas formas, as quais são plurais e não estanques, cotidianamente, ainda são pouco documentadas, acompanhadas e reconhecidas como estratégia de mudança institucional. Desse modo, privilegia-se o registro de ofertas educativas verticalizadas e normatizadas, uma vez que são mais facilmente identificadas e compreendidas.

Para Silva et al. (2016), os desafios em estabelecer práticas de monitoramento das ações de EPS, condiz: com a falta de planejamento, sobretudo, de um plano pedagógico institucional

de educação em saúde; com as questões culturais; com as ações educativas pautadas no tecnicismo reducionista; com o reduzido contingente de trabalhadores, sobrecarregados de trabalho; com os fatores econômicos e financeiros, e, ainda, com os processos de trabalho fragmentados entre concepção e execução.

Todavia, ao buscar compreender a temática do monitoramento no cenário do estado de MG, conforme evidenciado no PNEEPS, nota-se que o plano está em consonância com o proposto pelo PRO EPS-SUS, que salienta que todo o processo de qualificação dos trabalhadores do SUS deverá ser monitorado permanentemente (BRASIL, 2017).

O PRO EPS-SUS determina que o monitoramento do desenvolvimento das propostas de ações no contexto do programa deverá ser realizado por meio de indicadores, tais como: o percentual de profissionais, por categoria profissional, que realizaram atividade de EPS no município; o percentual de equipes que realizaram atividade de EPS no município e a quantidade de atividades de EPS realizadas no município (BRASIL, 2018).

Entretanto, os indicadores apresentados tratam-se de indicadores quantitativos ainda limitantes, conforme apresentado pelos trabalhadores de saúde que participaram das oficinas. Eles alegaram dificuldades em realizar o monitoramento das ações de educação permanente, salientando a inexistência de indicadores que transpusessem a mera quantificação dos cursos e das outras atividades realizadas (GONÇALVES et al., 2019).

Silva et al. (2016) elucidam em seu estudo que o monitoramento é uma fonte de informação para a tomada de decisão, quer para manter o processo, quer para sua reorientação ou aprimoramento. Entretanto, a mera descrição quantitativa de dias, número de horas trabalhadas e número de participantes no processo educativo, não configura ou assegura um modelo de monitoramento de EPS. Os indicadores são um tipo de demonstração da realidade — podendo estes serem quantitativos ou qualitativos — e apontam se os objetivos e os resultados de uma política ou serviços estão sendo conduzidos adequadamente ou, ainda, se serão alcançados (MINAYO, 2009).

A construção de indicadores por meio de recursos qualitativos possibilita a expressão da voz, dos sentimentos, dos pensamentos e das práticas concebidas pelos trabalhadores implicados no processo. Assim, destaca-se a adoção ou a rejeição de certas atitudes, valores, estilos de comportamento e de consciência, pautada na necessidade de evidenciar a importância das relações vividas intersubjetivamente, compreendendo que elas participam de qualquer processo social e o influenciam (MINAYO, 2009).

Nessa perspectiva, Carvalho e Shimizu (2017) ressaltam que, ao se considerar a diversidade de iniciativas e de experiências institucionais de monitoramento na gestão

governamental em saúde, faz-se necessário compreender o cotidiano desses trabalhadores. Para isso, é preciso identificar as tendências gerais, com a finalidade de sistematizar as experiências mais significativas, de identificar o cumprimento de preceitos normativo, de possibilitar o aprimoramento das funções gestoras e o desenvolvimento de suas práticas e, por conseguinte, propiciar a tomada de decisão com segurança e qualidade.

Cabe destacar o antagonismo vivenciado pelos trabalhadores de saúde em seus espaços de trabalho. Por um lado, eles estão inseridos em uma dinâmica de democratização e das ações autênticas de políticas públicas, em uma configuração normatizada de trabalho, sendo considerados muitas das vezes como “agentes de mudança”. Por outro lado, estão envolvidos em uma lógica de mercado típica de sistema capitalista, adquirindo uma perspectiva de produção de metas, baseada na ideologia do produtivismo, podendo ser verificada na mensuração de indicadores quantitativos, conforme estabelecido pela política (FISHBORN; CADONÁ, 2018).

Podemos compreender a natureza dicotômica da política pública, inserida na lógica do capital financeiro: de um lado, busca fazer saúde, porém, de outro, necessita de capital para dar continuidade ao processo. Dessa forma, alinha-se a uma compreensão da gestão de serviços de saúde fragmentada, baseada na lógica de produção por metas, de rotinização e de uma lógica de mercado (TESTON et al., 2018).

O monitoramento tende a seguir um modelo normativo em que a realidade é considerada de forma objetiva e quantificável, alinhada à lógica do capitalismo, implicando grandes desafios para o SUS. Diante disso, o monitoramento deve ser elemento de autorreflexão para todos os trabalhadores envolvidos no processo, devendo constituir-se em uma prática social, não se limitando apenas a cumprir regras, normas e atribuir valor a uma determinada política (TESTON et al., 2018).

Diante do exposto, Albuquerque e Martins (2017) corroboram com as ideias apresentadas ao afirmarem que um desafio subjacente à consolidação das políticas de saúde no Brasil diz respeito à falta de instrumentos de monitoramento, da implementação aos resultados. Por essa razão, monitorar se torna uma problemática por conta da ausência de indicadores sensíveis.

Um estudo realizado com gestores estaduais, quanto à percepção destes em relação às práticas de monitoramento no âmbito do SUS, evidenciou que trata-se de um processo inarticulado entre os três entes federados em que há um sobreposição entre as diversas funções de gestão, uma baixa qualificação das equipes e uma integração insuficiente dos sistemas de informação. Ademais, ainda há a questão dos ciclos viciosos concebidos de práticas

fragmentadas, impossibilitando, assim, a institucionalização de instrumentos de monitoramento (CARVALHO, SHIMIZU, 2017).

Contandriopolus (2006), por sua vez, assegura que tal institucionalização para melhorar o sistema de saúde é paradoxal, apesar de justificada pela suposição de que a informação produzida corrobore para racionalização dos processos de decisão. Nota-se, entretanto, que os diferentes atores, que ocupam posições distintas, com frequência não conseguem chegar a um consenso em relação à pertinência dos resultados que a avaliação produz.

Contudo, o monitoramento deve ser uma ferramenta utilizada para a comparação de resultados e de fomento de modificações. Portanto, deve ter a adesão de todos os envolvidos, desde a construção do processo, com a responsabilização no preenchimento de registros necessários, com a análise e com a elaboração de planos de ação, consoante as necessidades. Sendo assim, é de suma importância o apoio dos gestores para que não existam barreiras que levem à desmotivação dos trabalhadores, mas que propiciem possibilidades reais de efetivação do monitoramento (BAÓ et al., 2019).

4 OBJETIVOS

A seguir será apresentado o objetivo geral e os objetivos específicos:

4.1 OBJETIVO GERAL

Compreender o processo de monitoramento das ações de EPS, sob a ótica das referências técnicas, que atuam nas URS do estado de MG.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Caracterizar o perfil das referências técnicas de EPS;
- b) Conhecer as atividades das referências técnicas de EPS;
- c) Identificar o processo de monitoramento realizado pelas referências técnicas de EPS nas URS de MG.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, do tipo descritiva, escolhida como caminho metodológico por expressar satisfatoriamente a ótica das referências técnicas das URS de MG acerca da EPS, oportunizando uma compreensão da realidade e viabilizando maior proximidade com o desafio salientado (MINAYO, 2014).

5.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O Estado de Minas Gerais se diferencia dos demais estados da Federação devido às suas características peculiares no âmbito cultural e socioeconômico, assim como na diversidade ambiental, solo, relevo, clima e vegetação. Apresenta a quarta maior área territorial (586.521,121 km²) e o segundo maior número de habitantes (21.040.662 pessoas estimadas para 2018), subdivididas em seus 853 municípios, em conformidade com os dados apresentados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018).

Ao considerar a discrepância econômica e demográfica entre os municípios, os quais demandam um arranjo institucional entre as esferas de gestão que viabilize atenção de qualidade a todos, foi instituído o Plano Diretor de Regionalização (PDR) em vigor em MG, o qual estabeleceu a divisão do Estado em dois níveis regionais, a saber: treze macrorregiões de saúde ou regiões ampliadas de saúde e setenta e sete microrregiões ou simplesmente, regiões de saúde, considerando a complexidade da realidade mineira (MINAS GERAIS, 2016).

Logo, para o desenvolvimento das políticas de saúde com foco no cidadão e em conformidade com as características regionais, foi designada à SES/MG a missão de prestar apoio aos municípios no processo de planejamento, fortalecimento e gestão do SUS, sendo composta por 28 Superintendências Regionais de Saúde (SRS) e Gerências Regionais de Saúde (GRS), denominadas Unidades Regionais de Saúde (URS), que têm como propósito cooperar tecnicamente com os municípios (MINAS GERAIS, 2016).

A Resolução SES nº 7076, de 03 de abril de 2020 (MINAS GERAIS, 2020), reitera que as URS são unidades administrativas descentralizadas da SES/MG e têm como competência a gestão, implementação e monitoramento das políticas e ações de saúde em suas áreas de abrangência, fortalecendo a governança regional do SUS-MG (MINAS GERAIS, 2020).

Figura 1 – Divisão assistencial da saúde de Minas Gerais: por região e região ampliada (PDR) e administrativa (URS: SRS e GRS) pertinente ao período de coleta de dados



Fonte: Mapa de Minas Gerais (2016).

À vista disso, o cenário de estudo foi composto pelas 28 URS de MG. Estas têm por finalidade garantir a gestão do Sistema Estadual de Saúde nas regiões do Estado, assegurando a qualidade de vida da população, competindo-lhe: I – coordenar, implementar, monitorar e avaliar as redes e ações de saúde, em todos os níveis de atenção; II – promover e fortalecer ações de vigilância em saúde; III - coordenar, monitorar e acompanhar o sistema de regulação assistencial; IV – auxiliar os municípios na criação de uma identidade macro e microrregional; V - executar e gerenciar as atividades gerenciais sob sua condição técnica de execução; VI – executar e fiscalizar instrumentos congêneres no âmbito de sua atuação (MINAS GERAIS, 2020).

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes da pesquisa foram trabalhadores de saúde, responsáveis técnicos pela EPS das URS de MG que demonstraram, após contato prévio via telefone, e-mail e WhatsApp, interesse e disponibilidade em participarem da pesquisa no período de agosto a outubro de 2019, período este destinado à coleta de dados. Assim sendo, o estudo teve a seguinte representatividade: 16 referências técnicas de EPS de 10 URS de MG.

A escolha dos participantes foi realizada inicialmente em municípios aleatórios, buscando ter a representatividade de pelo menos uma URS por macrorregião de saúde de MG. Logo, tal representatividade se deu nas macrorregiões: Norte, Jequitinhonha, Centro, Leste do Sul, Sudeste, Sul, Oeste, sendo possível acessar um ou mais municípios e referências técnicas de EPS que atuam nas URS desses. Nas demais macrorregiões: Nordeste, Leste, Centro Sul, Triângulo do Sul, Triângulo do Norte e Noroeste, há 02 URS sem referências técnicas de EPS e os demais municípios se recusaram a participar ou não houve êxito ao contatar via telefone, no contato disponibilizado no site da SES.

Foi realizado um contato telefônico com as URS, buscando pela referência técnica de EPS. Em sua maioria, houve a transferência de um setor para outro(s) que desconheciam um trabalhador do SUS responsável pela EPS. Em alguns casos nomes foram levantados, mas, ao tentar contatá-los, a suposta referência tinha desconhecimento acerca dessa responsabilidade.

Logo, dispendeu-se um tempo notável para estabelecer a comunicação e, ao estabelecê-la, uma apresentação da pesquisa era realizada e as referências técnicas eram convidadas a participarem da mesma. Ao optarem pela realização da entrevista, um agendamento prévio era realizado, conforme a disponibilidade do entrevistado, para coleta de dados mediante o assentimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), encaminhado via e-mail. Alguns agendamentos prévios foram remarcados e/ou foi solicitado um prazo para retorno. Entretanto, após três contatos via e-mail ou telefone sem resposta, considerou-se a recusa em participar da entrevista.

Foram adotados como critério de inclusão para este estudo: ser trabalhador de saúde contratado ou efetivo, atuante no âmbito das URS de MG; aceitar participar formalmente do estudo por meio da assinatura do TCLE (ANEXO B). E, como critérios de exclusão, trabalhadores em licença ou férias no período da coleta de dados.

5.4 COLETA DE DADOS

As entrevistas foram realizadas presencialmente e por contato telefônico, conforme a escolha do participante, sendo possível por meio das entrevistas presenciais, uma observação mais minuciosa do cotidiano de trabalho dos entrevistados. Contudo, as informações foram

coletadas por meio de entrevistas individuais, com roteiro semiestruturado (APÊNDICE A), que viabilizou maior flexibilidade no decorrer da entrevista e o levantamento de questionamentos relevantes ao interlocutor frente a temática. Isso está em consonância com o proposto por Minayo (2014) que expõe que no questionário semiestruturado, o participante tem a possibilidade de discorrer livremente sobre o tema proposto, sem condições prefixadas pelo pesquisador. Tal roteiro semiestruturado dividiu-se em dois momentos.

O primeiro momento destinou-se à caracterização do perfil dos participantes, compreendendo nome, idade, sexo, formação e qualificação profissional, tempo de atuação, tipo de vínculo e se já exerceu outra função dentro da URS de MG. No segundo momento, foram elaboradas seis perguntas acerca da temática de EPS e o monitoramento desta nas URS de MG, buscando não apenas analisar as suas ações de forma isolada, mas também procurando compreender como as referências técnicas de EPS relacionam o conhecimento sobre a temática com sua prática cotidiana.

5.5 ANÁLISE DOS DADOS

O teor da entrevista foi consolidado e tratado mediante o processador de texto Word 2010, versão 14.0, ferramenta dos aplicativos da Microsoft Office® e, posteriormente, analisado à luz da hermenêutica dialética, embasado nos princípios do “método de interpretação de sentidos” proposto por Minayo (2014), o qual busca a interpretação do contexto, das razões e da lógica das falas e das ações.

A autora destaca que a abordagem da hermenêutica busca diferenças e semelhanças entre o contexto dos autores e o contexto do investigador; supõe o compartilhamento entre o mundo observado e os sujeitos e busca uma reflexão sobre o contexto histórico dos fatos e falas dos diferentes atores de modo que esses se sintam contemplados.

Enquanto isso, a dialética é a ciência e a arte do diálogo, da pergunta e da resposta, a qual busca na linguagem, nos signos e na cultura realizar a crítica sob os núcleos de sentido encontrados. O pensamento dialético cria instrumentos de crítica e compreensão com a finalidade de significar e valorizar as falas, relações e as ações (MINAYO, 2014).

Dessa forma, quando se articula a hermenêutica com a dialética, pode-se valorizar as divergências e as complementaridades que existem entre elas traçando, assim, um importante caminho para a fundamentação das pesquisas qualitativas a partir da valorização das falas, das relações e das práticas (MINAYO, 2014). A partir dessa perspectiva, os dados foram operacionalizados conforme o percurso proposto por Minayo (2014), a saber: ordenação dos dados, classificação dos dados e análise final.

A ordenação dos dados compreendeu a transcrição das entrevistas gravadas em áudio em formato mp3. As falas dos entrevistados foram transcritas na íntegra, assegurando a fidedignidade dos pensamentos e identificadas pela letra “E”, acrescida do número da ordem em que as entrevistas foram realizadas. Em seguida, deu-se início à elaboração de sínteses, buscando a compilação do discurso dos participantes de acordo com os questionamentos suscitados no roteiro semiestruturado, a fim de auxiliar na interpretação das respostas.

A classificação dos dados decorreu dos textos produzidos das transcrições e síntese, sendo realizadas leituras flutuantes do material empírico, identificando as ideias centrais, intentando a coerência das informações e visando a construção das categorias empíricas e analíticas. Houve ainda leituras compreensivas das entrevistas na íntegra e das partes que as constituíam — respostas dadas a cada questão. A partir da decomposição das unidades de registro, possibilitou-se identificar nas unidades de sentido as contradições e as semelhanças entre as falas e a interpretação produzida na síntese.

A imersão nos textos oportunizou atribuir sentido, direção e revisão ao que foi apreendido, extraindo assim os núcleos de sentido. Os fragmentos das falas, após a identificação dos núcleos de sentido, foram correlacionados a cada núcleo de sentido e sistematizado em categoria analítica por meio da correlação entre eles.

A análise final abarcou uma produção discursiva, buscando confrontar a concepção entre as diferentes reflexões dos sujeitos embasada no pressuposto, nos objetivos e no referencial teórico da pesquisa. Construiu-se categorias de análise mediante a triangulação dos dados empíricos com o referencial teórico e o aporte de autores, tal como a visão da pesquisadora. As categorias e os núcleos de sentido serão apresentados no **quadro 2**, a seguir:

Quadro 2 – Categorias e núcleos de sentido da pesquisa

CATEGORIA	NÚCLEO DE SENTIDO
Categoria 01 – O cotidiano de trabalho das referências técnicas de EPS	1) A Interface das Práticas Educativas; 2) A Dimensão das Demandas Institucionais; 3) A Complexidade Multifacetária no Contexto Organizacional.
Categoria 02 – O monitoramento das ações de EPS na prática	1) Monitoramento informal; 2) Monitoramento através de dados; 3) Monitoramento por relatórios
Categoria 03 – Proposições para a consolidação do monitoramento	1) O monitoramento por meio de parâmetros; 2) Instrumento para o monitoramento; 3) O engajamento das referências técnicas de EPS

Fonte: A autora (2020).

Os resultados foram apresentados em conformidade com o referido percurso metodológico, as unidades de sentido — falas dos participantes — foram correlacionadas aos denominados núcleos de sentido e estes agrupados por meio da analogia e coerência que apresentavam mutuamente, em categorias analíticas.

5.6 RESPONSABILIDADE ÉTICA

A presente pesquisa assegurou os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução CNS/MS nº 466/12, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012). À vista disso, os riscos envolvidos nesta consistiam em riscos mínimos, sendo garantido o compromisso em maximizar os benefícios e minimizar os danos e riscos, os quais podiam ser subjetivos, como a manifestação de diferentes sentimentos, incluindo o constrangimento ao responder alguma pergunta.

Ademais, os participantes foram esclarecidos quanto aos riscos e que a sua participação era voluntária, sendo que a recusa não acarretaria qualquer tipo de penalidade. Logo, foi dada a eles completa autonomia para interromperem sua participação, sem que isso interferisse na relação entre pesquisador e participante. Assim, foi-lhes garantido, também, a manutenção do anonimato e do sigilo relacionado à sua identificação pelas informações. Outrossim, objetivando a preservação das suas identidades sem a perda da riqueza expressa pelos textos no presente estudo, adotou-se um pseudônimo alfanumérico para cada um dos participantes.

Os trabalhadores foram convidados a participar da pesquisa e frente à concordância, o TCLE que fora emitido em duas vias, foi assinado. Destaca-se que nas entrevistas presenciais: uma via foi fornecida para cada participante e a outra via será arquivada pela pesquisadora. E nas entrevistas que foram realizadas via contato telefônico, foi encaminhado o TCLE via e-mail e, para participação, o mesmo foi assinado, digitalizado e encaminhado para o e-mail da pesquisadora. Todos os TCLE's serão arquivados pela pesquisadora por um período de cinco anos e, após esse tempo, serão destruídos.

Frente ao exposto, cabe salientar que a presente pesquisa está inserida numa pesquisa maior intitulada “Educação Permanente como Dispositivo de Gestão do Sistema Único de Saúde”, financiada pela agência de fomento Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG), por meio do Programa Pesquisa para o Sistema Único de Saúde (PPSUS), tendo todos os procedimentos éticos atendidos, conforme exposto no parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFJF (ANEXO C).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diante da realização das entrevistas e dos resultados obtidos, considerou-se viável explicitar o perfil dos trabalhadores que atuam como referência técnica de EPS das URS de MG, sujeitos participantes desta pesquisa conforme o quadro 3, a seguir:

Quadro 3 – Perfil das referências técnicas de EPS das URS de MG, 2019.

Idade	Sexo	Formação	Graduação Concluída em:	Ensino	Especialização	Cargo/Função na URS	Tempo de Atuação	Tipo de Vínculo	Exerceu outra função dentro da URS
53 anos	Masculino	Ciências Econômicas e Direito	1991/2000	Público/ Privado	-Planejamento e Gestão Social -Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde - Escola de Governo - Didática do Ensino Superior	Especialista em Políticas e Gestão da Saúde - EPGS	13 anos	Estatutário	Sim
38 anos	Masculino	Enfermagem	2008	Privado com Bolsa	-Educação em Gestão do Trabalho -Gestão em Saúde Pública	Coordenador do Núcleo de Atenção Primária em Saúde (NAPRIS)	4 anos	Estatutário	Não
57 anos	Feminino	Letras e Licenciatura Plena	1993/2000	Privado	-Gestão do Trabalho - Educação em Saúde	Auxiliar de Gestão e Assistência à Saúde (AUGAS) e função: Coordenadora do Núcleo de Gestão de Pessoas e Educação em Saúde.	33 anos	Estatutário	Sim
58 anos	Feminino	Psicologia	1985	Público	-Doutorado em Psicologia Clínica e da Saúde	Referência Técnica de EPS.	10 anos	Estatutário	Sim
63 anos	Feminino	Odontologia	1977	Público	- Saúde Pública - Auditoria	Referência Técnica de EPS, setor de Gestão de Pessoas.	09 anos	Estatutário	Sim
59 anos	Feminino	Psicologia	1985	Privado	-Psicologia Organizacional -Psicologia Clínica -Psicopedagogia -Psicologia Empresarial -Saúde Pública -Mestrado Incompleto	Especialista em Políticas e Gestão da Saúde - EPGS	08 meses	Estatutário	Sim
55 anos	Feminino	Magistério Superior e Serviço Social	2001/2010	Público/ Privado	- Saúde Pública	Coordenadora do Núcleo de Regulação	11 anos	Estatutário	Sim
29 anos	Masculino	Administração Pública e Recursos Humanos	2012/2016	Público	-Políticas Públicas - Gestão Governamental	Coordenador do Núcleo de Gestão Participativa e Superintendente Adjunto	2 anos e 8 meses	Estatutário	Sim
55 anos	Feminino	Psicologia	1989	Privado com Bolsa	- Gestão - Educação permanente	Especialista em Políticas e Gestão da Saúde - EPGS	33 anos	Estatutário	Sim
56 anos	Feminino	Pedagogia	1981	Privado com Bolsa	-Administração Escolar -Programa Saúde da Família -Gestão Microrregional de Saúde	Núcleo de Gestão de Pessoas	35 anos	Estatutário	Sim
60 anos	Feminino	Serviço Social	2010	Privado	Não	Técnico de Gestão em Saúde - TGS	38 anos	Estatutário	Sim
33 anos	Feminino	Direito	2011	Público	Não	Técnico de Gestão em Saúde - TGS	06 meses	Estatutário	Não

39 anos	Masculino	Comunicação social	2005	Privado	-Gestão de conteúdo	Especialista em Políticas e Gestão da Saúde - EPGS	05 meses	Estatutário	Não
62 anos	Masculino	Ciências Econômicas	1982	Privado	Não	Agente governamental	15 anos	Estatutário	Não
59 anos	Feminino	Enfermagem	1985	Público	- Saúde Pública -Gestão do Trabalho	Referência Técnica de Educação Permanente em Saúde	05 anos	Estatutário	Não
40 anos	Masculino	Jornalismo	2005	Privado	- Jornalismo Político	Especialista em Políticas e Gestão da Saúde – EPGS/ Função: Assessor de Comunicação	03 meses	Estatutário	Não

Fonte: A autora (2020).

De acordo com os dados apresentados no quadro 01, constatou-se que, das 16 referências técnicas entrevistadas, predominou o sexo feminino, correspondendo a 10 entrevistadas. Sabe-se, no entanto, que as mulheres compõem a maioria dos servidores públicos estaduais e municipais, em setores responsáveis por atender às demandas em saúde, área tradicionalmente relacionada ao gênero feminino, condizente com o explanado na pesquisa (SANTI; BARBIERI; CHEADE, 2017).

Quanto à idade, as referências técnicas estão na faixa etária entre 29 a 63 anos, sobressaindo a idade entre 50 a 59, que correspondeu a 08 participantes, estando diretamente ligada, em sua maioria, ao longo período de atuação na URS, o que sugere maturidade, vasto conhecimento e experiência na EPS. Em contrapartida, há inserção de novos trabalhadores envolvidos recentemente nas discussões em EPS, compreendendo a cerca de 04 referências técnicas atuando entre 1 a 11 meses.

Pode-se perceber, também, uma diversidade de cursos superiores nos quais as referências técnicas se formaram, a saber: Administração Pública (01), Recursos Humanos (01), Ciências Econômicas (02), Comunicação Social (01), Direito (02), Enfermagem (02), Jornalismo (01), Letras (01), Licenciatura Plena (01), Magistério Superior (01), Odontologia (01), Pedagogia (01), Psicologia (03) e Serviço Social (02).

A graduação dos participantes foi concluída entre os anos de 1977 a 2016, sendo oito no ensino privado, sete no ensino público e três no ensino privado com bolsa. Por fim, treze participantes da pesquisa têm uma especialização ou mais.

No que diz respeito à função/cargo na URS, notou-se que alguns destacaram a função que atuam: Agente Governamental, Coordenador do Núcleo de Atenção Primária, Coordenador do Núcleo de Regulação e Referência Técnica de EPS, Coordenador do Núcleo de Gestão Participativa e Superintendente Adjunto. Houve, ainda, outros que foram empossados após aprovação no concurso público nos seguintes cursos: Especialista em Planejamento e Gestão

da Saúde (EPGS) e Técnico de Gestão em Saúde (TGS). Apenas dois participantes abordaram o cargo e a função: Auxiliar de Gestão e Assistência à Saúde (AUGAS) e Coordenadora do Núcleo de Gestão de Pessoas e Educação em Saúde; e cargo de EPGS e função de Assessor de Comunicação.

Os dados acima ressaltam que os entrevistados, em sua maioria, são EPGS e atuam como referências em outras áreas além da EPS, apontando que esses fragmentam o seu tempo de trabalho, pois realizam outras ações prioritárias no setor de atuação. Todos os participantes são servidores com vínculo efetivo no Estado e o quantitativo de 06 referências técnicas não exerceram outra função diferente da relatada dentro da URS.

A partir da sistematização das informações emergidas do corpus, buscou-se delinear a categoria 01 e os núcleos de sentido encontrados no quadro (Quadro 04) a seguir:

Quadro 4 – Categoria 01 e Núcleos de sentido

CATEGORIA 01	NÚCLEOS DE SENTIDO
<p>O cotidiano de trabalho das referências técnicas de EPS</p>	<p>A Interface das Práticas Educativas; A Dimensão das Demandas Institucionais; A Complexidade Multifacetária no Contexto Organizacional.</p>

Fonte: A autora (2020).

6.1 O COTIDIANO DE TRABALHO DAS REFERÊNCIAS TÉCNICAS DE EPS

Estes estudos propiciaram buscar a compreensão do trabalho das referências técnicas de EPS, percebendo a constituição do processo no macro e as ações locais das pessoas que trabalham. Tal entendimento do chamado “mundo do trabalho” criou uma aproximação do campo do cotidiano.

A palavra cotidiano no dicionário é definida como monotonia, hábito, banalidade, algo corriqueiro e sem importância. Entretanto, etimologicamente, cotidiano é de origem latina, deriva de rotina (rupta) que se associa à ideia de rota (caminho), donde advêm as expressões ‘rotura’ ou ‘ruptura’, que dizem respeito ao ato ou efeito de romper ou interromper (COUTINHO, OLIVEIRA; SATO, 2016).

Logo, por um lado, compreender o cotidiano como um espaço de rotina e repetição leva a pensar acerca da ocupação cotidiana pela racionalidade capitalista, de modo a se tornar

lócus de privação. Por outro lado, o cotidiano pode ser visto não apenas como um lugar de repetição, mas também de inovação, do imprevisível, do aleatório e do excepcional (COUTINHO; OLIVEIRA; SATO, 2016).

Certeau (2014) define cotidiano como aquilo que é dado diariamente ou o que cabe em partilha e que impulsiona a cada dia. Pode ser visto não só como um simples cenário rotineiro de trabalho, mas também como um espaço de produção, transformação e ressignificação, em conformidade com as necessidades de possibilidades.

À vista disso, nota-se uma invisibilidade no cotidiano dos trabalhadores em saúde que se completa no fazer de cada indivíduo e nas relações interpessoais estabelecidas entre estes e os demais trabalhadores do SUS, em que se exprime a subjetividade e a experiência no ínterim das ações diárias, oportunizando processos de autorreflexão e discussão, que viabilizam constantes transformações no trabalho em saúde.

Este pensamento é reforçado por Coutinho, Oliveira e Sato (2016) ao salientarem que o cotidiano tem essa qualidade resistente, de modo que a sua presença nem sempre é registrada pelo poder burocrático; ele prossegue num misto de práticas e pensamentos fluidos, múltiplos e simbolicamente densos.

Nesta pesquisa, o cotidiano das referências técnicas é marcado por diversas ações e atividades realizadas, sendo os vocábulos mais salientados durante as entrevistas o atendimento às demandas, as múltiplas funções e a realização de capacitações. Logo, buscou-se por meio do agrupamento dos núcleos de sentido (NS) (A Dimensão das Demandas Institucionais; A Complexidade Multifacetária no Contexto Organizacional e A Interface das Práticas Educativas) compreender o cotidiano das referências técnicas de EPS no contexto das URS de MG.

NS – A INTERFACE DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS

No que tange às ações executadas de EPS, a realização de capacitações foi evidenciada como corriqueira na rotina de trabalho das referências técnicas conforme evidenciado nas unidades de sentido a seguir:

Então a gente tá hoje aqui na regional, com dois cursos em desenvolvimento pra implantação a partir de setembro, que é o curso de sala de vacinas [...] E a gente também tá estruturando pra fazer um curso introdutório pra agente comunitário [...] Então, a gente na área da educação permanente, a gente tem trabalhado fornecendo esse tipo de trabalho aqui na rotina [...] (E2).

[...] muitos projetos...e nesse de hanseníase nós conseguiu no hospital das clínicas, trazer, já tem o projeto [...] ele ofereceu pra gente, então o que nós fizemos, também disparamos para fazer a inscrição para conseguir um médico que ele que dá o diagnóstico ne?! Pelo menos um médico e uma enfermeira ou um médico e um fisioterapeuta, um médico e um... da área da saúde... então tá... e tá sendo esse curso lá, essa capacitação, então foi muito bacana, ne?! [...] Nós abrimos esse espaço aqui, foi muito bom... foram três capacitações no mesmo mês e outros encontros para capacitar tutores, para estar junto ao NAPRIS, para capacitar mais um apoio à atenção básica (E5).

[...] a gente fez um simpósio o mês passado, a gente passou muito tempo construindo o simpósio [...] (E8).

Os termos cursos, simpósios, capacitações e treinamentos foram apresentados como ações de EPS sob a ótica dos participantes. Logo, nota-se a utilização indiscriminada dos conceitos de EPS e EC inusitado para trabalhadores que atuam como referências na área, embora ainda comum a outros trabalhadores de saúde conforme evidenciado nos estudos de Sena et al. (2017) e Rossetti et al. (2019).

A realização de capacitações coaduna com o apresentado por Ferreira et al. (2019) ao afirmar em seu estudo que na educação dos trabalhadores de saúde predomina um modelo formativo, pautado em cursos esporádicos e fragmentados, desenvolvido através da oferta de treinamentos e de capacitações com abordagem metodológica de transmissão de conhecimento, aproximando-se do que se caracteriza a educação continuada. Sendo assim, objetiva principalmente a atualização de procedimentos, protocolos e rotinas, geralmente baseando-se nas recomendações estabelecidas pelo MS ou SES.

Entretanto, Ceccim e Feuerwerker (2004) salientam que as capacitações, por vezes, são necessárias e devem ser realizadas, porém não devem perder o foco da “educação que pensa o trabalho” e “a educação que pensa a produção do mundo”, embasadas na reflexão crítica.

No contexto das URS, pode-se inferir que, embora as capacitações assumam um caráter formativo, ainda assim oportunizam um momento de encontro entre os trabalhadores, possibilitando o diálogo, a troca de experiência, a problematização e a reflexão, o que viabiliza a construção do conhecimento característico da educação permanente.

Percebe-se a articulação entre a educação continuada e permanente no cenário do estudo, sendo possível compreender que, embora sejam estratégias antagônicas, ao mesmo tempo, se complementam. À vista disso, fundamenta-se o fato das referências técnicas de EPS descreverem as “capacitações” como ações de EPS.

Todavia, os achados dessa pesquisa sugerem que as ações de EPS não devem se ater apenas à organização de cursos ou pacotes programáticos específicos, mas torna-se

imprescindível maior empenho para a sistematização do processo de formação e da EPS, viabilizando que os trabalhadores sejam protagonistas nesse movimento de construção do conhecimento.

Na perspectiva da EPS, a formação pode ser compreendida quando uma nova informação provoca inquietação e, em decorrência disso, o trabalhador se questiona acerca da forma que tem conduzido o seu trabalho; o resultado dessa reflexão o impede que continue a ser como outrora. Logo, a formação se configura na capacidade de gerar mudanças na prática de trabalho, por meio da indução de uma atitude reflexiva e propositiva pelo trabalhador (CECCIM; FERLA, 2020).

Assim sendo, a referência técnica de EPS deve ser uma facilitadora desse processo, de modo a apoiar as ações de EPS nas diferentes instâncias da URS, não se limitando somente a atender solicitações, normas e realizar encontros pontuais para discorrer sobre conceitos. Mais importante que isso, é desenvolver um processo de trabalho que possibilite criar redes transversais em que a EPS se faça de fato presente e possa ser reconhecida pela sua capilaridade e efetividade no cenário do SUS.

NS – A DIMENSÃO DAS DEMANDAS INSTITUCIONAIS

As falas dos participantes explicitaram que a prática diária realizada no trabalho é, na maioria das vezes, o atendimento às demandas compreendido como o atendimento às solicitações externas provenientes dos municípios da área de abrangência das URS ou internas da própria dinâmica da URS, conforme evidenciado nas unidades de sentido a seguir:

Minha rotina de trabalho é majoritariamente em função de atendimento de demandas [...] (E1).

A gente chega né... olha os e-mails e vê as necessidades, a gente trabalha com 39 municípios da nossa é ... superintendência, a gente têm às vezes videoconferência, a gente têm as RT do estado todo, fica lá no central e a gente olha as demandas né?! As demandas que têm algum pedido [...] (E4).

[...] por demandas, a partir de demandas, ne?! Tanto do TGS, quanto todo estado e do Ministério (E12).

O termo ‘demanda’ definido como a “manifestação de um desejo, pedido, exigência ou solicitação” (DEMANDA, 2020), vai ao encontro do que é atendido pelas referências técnicas nas URS. Todavia, para maior clareza do processo e o acompanhamento das suas métricas, Melo e Alcântara (2015) elucidam acerca da importância do gerenciamento da

demanda, que corresponde ao alinhamento estratégico da demanda com a capacidade operacional, por meio da rápida e adequada integração das necessidades.

Nas falas das referências técnicas foi observado que há autonomia na condução das demandas; assim, ao recebê-las, busca-se uma resolução para elas, porém sem um processo específico para o seu gerenciamento, característica da organização institucional. Ademais, a literatura vigente que embasa as ações a serem desenvolvidas em EPS não apresenta um modelo de apoio ao desenvolvimento de competências em gestão da demanda, especialmente para as referências técnicas, além de não existir qualquer informação disponível sobre essa temática.

Santos, Amorim e Terra (2017) elucidam acerca da necessidade de gestão da demanda dado os inúmeros fatores que a influenciam, não devendo ser negligenciado ações como: a previsão da demanda, a sazonalidade, o estabelecimento de metas e a comunicação entre os envolvidos, formando novas parcerias e maior envolvimento dos usuários. Reiteram ainda que, se essas ações forem negligenciadas, podem impactar negativamente no desempenho da organização.

Logo, o gerenciamento da demanda, por se tratar de um processo estratégico, pode direcionar a tomada de decisão das referências técnicas de EPS, identificando as principais vulnerabilidades e antecipando ações dentro da organização. Desse modo, pode-se separar as diversas demandas de acordo com a sua natureza, adaptar os processos para adequá-las em conformidade com a sazonalidade e as condições específicas para a sua atuação, de modo a otimizar o atendimento, propondo discussões e direcionamento que vislumbre mais qualidade ao processo.

A existência de necessidades múltiplas e crescentes no setor da saúde e a transversalidade da educação permanente face às demais políticas públicas em saúde conduz a necessidade do gerenciamento das demandas, com vistas a assegurar a efetividade do processo de trabalho da referência técnica de EPS.

Contudo, o presente estudo evidenciou também que tais demandas relacionadas à EPS consistem, principalmente, no repasse de orientações técnicas encaminhadas pela SES e o apoio para a realização de capacitações em conformidade com o apontamento das necessidades em saúde, sendo o público-alvo dessas atividades: os gestores das URS e as referências técnicas dos municípios sob sua jurisdição.

Considerando que a EPS diz respeito a uma prática de ensino-aprendizagem que acontece no cotidiano de trabalho, Almeida et al. (2016) salienta que esse processo não deve se limitar à transferência de normas e protocolos, mas também deve se atentar à experiência

profissional e pessoal dos atores envolvidos, sendo agregada de modo a desenvolver um serviço de qualidade.

Constatou-se que, embora os trabalhadores que atuam como referência técnica de EPS, possuam formação acadêmica em diferentes áreas de conhecimento como: ciências humanas, da saúde e sociais, grande parte detém uma vasta experiência e conhecimento em EPS, devido ao longo período de atuação na área.

Portanto, acredita-se que esses trabalhadores possam atuar como agentes de mudança no cotidiano de trabalho, auxiliando no processo de ensino-aprendizagem, viabilizando uma reflexão acerca da EPS enquanto uma opção político-pedagógica e corroborando no gerenciamento das demandas, de modo a potencializar ações que influenciem diretamente na qualidade do serviço prestado aos usuários do SUS.

NS – A COMPLEXIDADE MULTIFACETÁRIA NO CONTEXTO ORGANIZACIONAL

Nas unidades de sentido abaixo, os participantes salientam acerca das múltiplas funções que exercem dentro das URS de MG:

[...] só deixando bem claro, eu não trabalho exclusivamente com educação permanente em saúde. Eu sou a referência técnica em educação permanente em saúde, mas sou referência técnica também de outras cinco áreas, tá?! Sou secretário executivo da Comissão Intergestora Regional. Sou referência técnica em SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. Sou referência técnica em comunicação. Sou referência técnica em controle social. E teve uma que agora até passei pra outra pessoa [...] (E1).

[...] aí a gente faz referência de PMAC, de NASF, educação permanente (E2).

[...] eu trabalho, principalmente, a parte de evento, né?! Eu faço a cobertura de eventos, ajudo na organização [...] tô fazendo a parte aqui de mobilização social [...] É elaboração de periódicos que a gente chama de informativos, são informativos mensais que a gente faz, são as notícias daqui da regional que a gente encaminha pra os municípios e pros funcionários aqui dentro. Uai! É basicamente isso aí, assessoria de divulgação mesmo [...] (E13).

Face ao exposto, destaca-se na fala dos participantes as várias funções que desempenham, além da função de referência técnica de EPS no cenário das URS de MG, emergindo uma maior representatividade a vertente multifuncional no cotidiano de trabalho desses, conforme apresentado no núcleo de sentido.

O trabalhador multifuncional é aquele que executa múltiplas funções relativas à sua área de trabalho, garantindo a organização, o aumento da produtividade e a eficiência da

mesma, embasados na polivalência e na rotação de tarefas (SILVA, FERREIRA, ALMEIDA, 2019).

Nessa lógica, o trabalhador que atua como referência técnica de EPS possui um cargo ao qual prestou um concurso para atuar na SES e exerce diferentes funções, conforme estabelecido pelos gestores da URS que o nomeia de modo a atender aos atos normativos de diferentes políticas de saúde.

A presente pesquisa, em concordância com o exposto no relatório das oficinas regionais (MINAS GERAIS, 2018), apontou acerca dessa multifuncionalidade a qual acarreta uma sobrecarga de trabalho dos trabalhadores que atuam como referência técnica de EPS, inviabilizando ações efetivas de EPS.

Nessa perspectiva, Viapiana, Gomes e Albuquerque (2018) salientam que o termo ‘multifuncionalidade’ reflete na intensificação dos ritmos e cargas de trabalho dos trabalhadores. Para tanto, sugerem que o termo “multitarefeiras” seja o que melhor expresse a nova condição posta ao trabalhador na contemporaneidade, em virtude da característica de responsabilização por múltiplas ações fragmentadas.

As referências técnicas de EPS cumprem inúmeras tarefas pertinentes as diferentes funções as quais foram nomeados, caracterizando-as “multifuncionais” e “multitarefeiras”, comum ao perfil de trabalhadores recrutados para trabalhar no setor privado.

Entretanto, tais trabalhadores tendem apenas a atenderem de modo superficial e fragmentado as normativas com foco apenas nos resultados momentâneos a serem alcançados, ocorrendo uma falta de priorização das ações de EPS. Sendo assim, não é possível estabelecer um tempo para uma reflexão apropriada acerca dos processos a serem desenvolvidos em EPS, impactando diretamente na qualidade do serviço prestado aos usuários do SUS.

Quadro 5 – Categorias 02 e 03 e, respectivos, Núcleos de Sentido.

CATEGORIAS	NÚCLEOS DE SENTIDO
Categoria 02 – O monitoramento das ações de EPS na prática	1) Monitoramento informal; 2) Monitoramento através de dados; 3) Monitoramento por relatórios.
Categoria 03 – Proposições para a consolidação do monitoramento	1) O monitoramento por meio de parâmetros; 2) Instrumento para o monitoramento; 3) O engajamento das referências técnicas de EPS.

Fonte: A autora (2020).

Os resultados alusivos à compreensão das referências técnicas acerca do processo de monitoramento das ações de EPS, das URS do estado de MG, correspondentes às categorias 02 e 03 supracitadas, serão apresentados em formato de artigo intitulado: “Educação Permanente em Saúde: o monitoramento das Unidades Regionais de Saúde de Minas Gerais” (APÊNDICE B). Esse artigo foi submetido à Revista Cogitare Enfermagem, versão eletrônica, no dia 08 de outubro de 2020 (ANEXO D). Os achados apontam a imprescindibilidade de EPS para as RT sobre monitoramento e monitoramento em EPS, a necessidade de parâmetros para referência, a institucionalização de instrumentos para o monitoramento, além da essencialidade de um maior engajamento das referências de EPS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao compreender o processo de monitoramento das ações de EPS, sob a ótica das referências técnicas, que atuam nas URS do estado de MG, foi possível apreender que este ainda se apresenta incipiente, haja vista que ainda é realizado informalmente, por meio de dados e relatórios, não assumindo destaque nas atividades de gestão, apesar da vigência do PRO EPS-SUS.

É notória a necessidade de maiores discussões acerca dos instrumentos pertinentes a este programa, uma vez que discorrem sobre ações locais de monitoramento a partir de indicadores quantitativos. Entretanto, estes só são condizentes, no contexto do monitoramento das ações de EPS, quando a EPS se articular com a educação continuada.

Para a consolidação do monitoramento das ações de EPS, proposições foram referidas como: a indispensabilidade de EPS para as referências técnicas sobre o monitoramento e o monitoramento em EPS, a necessidade de parâmetros de referência, a institucionalização de instrumentos para o monitoramento, além do engajamento das referências técnicas de EPS.

Ao considerar a dimensão do estado de MG e as especificidades das regionais e seus municípios de abrangência, faz-se necessário que a construção de parâmetros para o acompanhamento das ações de EPS ocorra de forma coletiva e transversal em consonância com a realidade nas URS e seus municípios de abrangência. Para tanto, deve contar com uma gestão colaborativa e com atores estratégicos, para que esta cultura seja implantada e arraigada, ou seja, para que haja a integração das práticas de monitoramento no sistema organizacional, influenciando-o e abarcando as ações analíticas e as de gestão nas ingerências programáticas.

Logo, apesar de todos os desafios evidenciados na literatura acerca da institucionalização de um instrumento de monitoramento, acredita-se que o manejo deste é factível, desde que a cultura de monitoramento esteja estabelecida no contexto micro, isto é, nas URS e seus municípios de abrangência, para que tenha respaldo e torne-se viável a discussão deste no contexto macro, através de experiências e conhecimentos atrelados à prática.

Sugere-se a construção do instrumento de monitoramento de acordo com a realidade e necessidade de cada região, assim recomenda-se a realização de oficinas que tenham como produto o instrumento de monitoramento.

Todavia, ao conhecer o cotidiano de trabalho das referências técnicas de EPS, pode-se constatar que este é marcado por diferentes atividades que nem sempre são registradas pelo poder burocrático, mas decorrem nas experiências das ações diárias e podem repercutir

diretamente na consolidação da EPS, caso não se torne prioridade de gestão e não haja um maior engajamento das referências em EPS.

O atendimento às demandas relacionadas a EPS, sejam estas de solicitações externas, provenientes dos municípios das áreas de abrangência das URS, ou de solicitações internas, da própria dinâmica da URS, compreende uma dessas atividades. Logo, é proposto que se incorpore o gerenciamento destas demandas, considerando que, por se tratar de um processo estratégico, poderá apoiar a tomada de decisão das referências técnicas de EPS, identificando as principais vulnerabilidades e antecipando ações dentro da organização.

Ademais, ponderou-se que as referências técnicas de EPS cumprem inúmeras atividades pertinentes, também, às diferentes funções as quais foram nomeadas, caracterizando-as “multifuncionais” e “multitarefeiras”, o que conduz a um atendimento superficial e fragmentado das normativas, atendo apenas a organização de simpósios, cursos e capacitações, inviabilizando o desenvolvimento de ações sistematizadas e efetivas de EPS.

A construção de parâmetros e estes movimentos que as referências técnicas vêm estabelecendo, embora pareçam muito vagarosos, possuem grande potencial. Ao compreender a capilaridade da EPS e a complexidade do monitoramento, é mister que estes trabalhadores, ao serem nomeadas para esta função, devem exercê-la em caráter exclusivo para um maior engajamento e desenvolvimento de estratégias que propiciem a transversalidade da EPS e o monitoramento das suas ações, no intuito do aperfeiçoamento de pessoal e da qualificação da atenção e da gestão do SUS.

Cabe destacar que foi feita a opção por apresentar em formato de artigo as categorias 02 e 03, correspondente à: “O monitoramento das ações de EPS na prática” e “Proposições para a consolidação do monitoramento”, respectivamente, considerando que a submissão de um artigo trata de uma exigência do Programa de Mestrado de Enfermagem da UFJF para a defesa, a exemplo de outros programas.

Finalmente, infere-se que as contribuições para a área da enfermagem e saúde deste estudo permeiam fatores associados ao processo de trabalho das referências técnicas de EPS que atuam no cenário das URS de MG e poderão servir de subsídio para estabelecer estratégias de consolidação da EPS em toda a APS, buscando potencializar/fortalecer novas práticas de assistência, ensino, gestão e participação social.

REFERÊNCIAS

AKERMAN, M.; FURTADO, J.P. **Práticas de avaliação em saúde no Brasil**: diálogos. 1.ed. Porto Alegre: Rede Unida; 2016.

ALBUQUERQUE, C.; MARTINS, M. Indicadores de desempenho no sistema único de saúde: uma avaliação dos avanços e lacunas. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. spe, p. 118-137, Mar. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017s10>. Acesso em: 19 Out. 2019.

ALMEIDA, J.R.S.; BIZERRIL, D.O.; SALDANHA, K.G.H.; ALMEIDA, M.E.L. Educação permanente em saúde: uma estratégia para refletir sobre o processo de trabalho. **Revista da Abeno**, Fortaleza, v.16, n. 2, p. 7-15, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.30979/rev.abeno.v16i2.248>. Acesso em: 16 Nov. 2019.

BÁO, A.C.P.; AMESTOY, S.C.; MOURA, G.M.S.S.; TRINDADE, L.L. Quality indicators: tools for the management of best practices in health. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, n. 2, p. 360-6, mar. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0479>, Acesso em: 16 Nov. 2019.

BÁRCIA, M. F. **Educação Permanente no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1982.

BARON, G.; MONNIER, E. Une approche pluraliste et participative: coproduire l'évaluation avec la société civile. **Informations Sociales**, Quebec, n. 110, set. 2003. Disponível em: https://www.sqep.ca/app/uploads/2019/04/publication_90.pdf. Acesso em: 16 Jan. 2019.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. 12.ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL. 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?** Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 25 Jun. 2019.

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. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em: 07 Nov. 2018.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004**. Política nacional de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/PortariaConsolidacao/comum/13150.html>. Acesso em: 07 Nov. 2018.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 3.194, de 28 de novembro de 2017**. Dispõe sobre o programa para o fortalecimento das práticas de educação permanente em saúde no sistema único de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3194_30_11_2017.html. Acesso em: 07 Nov. 2018.

BRASIL. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> . Acesso em: 07 Nov. 2018.

BRIGHENTE, M.F.; MESQUIDA, P. Paulo Freire: da denúncia da educação bancária ao anúncio de uma pedagogia libertadora. **Pro-Posições**, Campinas, v. 27, n. 1, p. 155-177, abr. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-7307201607909>. Acesso em: 26 Out. 2019.

CARDOSO, R. B. et al. Programa de educação permanente para o uso do prontuário eletrônico do paciente na enfermagem. **Journal of Health Informatics**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 25-30, 2017. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/429>. Acesso em: 04 Ago. 2019.

CARTA DE OTTAWA. *In*: **1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. Ottawa, 1986. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 21 Jun. 2019.

CARVALHO, A.L.B.; SHIMIZU, H.E. A institucionalização das práticas de monitoramento e avaliação: desafios e perspectivas na visão dos gestores estaduais do Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface Botucatu**, Botucatu, v. 21, n. 60, p. 23-33, mar. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0817>. Acesso em: 15 Abr. 2020.

CARVALHO, L.B. A censura política à imprensa na ditadura militar: fundamentos e controvérsias. **Revista da Faculdade de Direito UFPR**, Curitiba, v. 59, n. 1, p. 79-100, apr. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/rfdufpr.v59i1.36349>. Acesso em: 22 Abr. 2020.

CARVALHO, M.S.; MERHY, E.E.; SOUSA, M.F. Repensando as políticas de Saúde no Brasil: educação permanente em Saúde centrada no encontro e no saber da experiência. **Interface Botucatu**, Botucatu, v.23, sep. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.190211>. Acesso em: 09 Jul. 2020.

CARVALHO, W.M.E.S.; TEODORO, M.D.A. Educação para os profissionais de saúde: a experiência da escola de aperfeiçoamento do SUS no Distrito Federal, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2193-2201, jun. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018246.08452019>. Acesso em: 11 Set. 2019.

CAVALCANTI, F.O.L.; GUIZARDI, F.L. Educação continuada ou permanente em saúde? análise da produção pan-americana da saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 99-122, abr. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00119> .Acesso em: 05 Jan. 2020.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p.

975-986, dez. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000400020>
Acesso em: 19 Out. 2018.

CECCIM, R.B. Emergência de um “campo de ação estratégica”: ordenamento da formação e educação permanente em saúde. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, Sobral, v. 18, n. 1, p. 68-80, jan/jun. 2019. Disponível em:
<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1307/688> .Acesso em: 11 Set. 2019.

CECCIM, R.B.; FERLA, A.A. Educação e ensino da saúde: ensino formal, não formal e informal. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v.6, n.1, p. 5-9, 2020. Disponível em:
<https://doi.org/10.18310/2446-48132020v6n1.3227g471> .Acesso em: 16 Out. 2020.

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, jun. 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>. Acesso em: 24 Out. 2018.

CERTEAU, M.A. **A invenção do cotidiano: artes de fazer**. 15.ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, set. 2006. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000300017>. Acesso em: 19 Mai. 2019.

COUTINHO, M.C.; OLIVEIRA, F.; SATO, L. Olhar o cotidiano: percursos para uma psicologia social do trabalho. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 27, n.2, p. 289-295, mai/ago. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-656420140053>. Acesso em: 19 Mai. 2019.

DAVID, C.M.; SILVA, H.M.G.; RIBEIRO, R.; LEMES, S.S. **Desafios contemporâneos da educação**. 1.ed. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015.

DEMANDA, *In*: MICHAELIS, **Dicionário Brasileiro da língua Portuguesa**. São Paulo: Editora Melhoramentos Ltda, 2020. Disponível em:
<http://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=demanda>. Acesso em: 27 Jul. 2020.

DUBOIS, C.A.; CHAMPAGNE, F.; BILODEAU, H. Histórico da avaliação. *In*: HARTZ, Z.; CONTANDRIOPOULOS, A.P.; CHAMPAGNE, F.; BROUSSELLE, A. **Avaliação: conceitos e métodos**. 3.ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011, p.19-40.

FACCHINI, L.A.; TOMASI, E.; DILELIO, A.S. Qualidade da atenção primária à saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe, p. 208-223, set. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s114>. Acesso em: 17 Mar. 2020.

FAURE, E. et al. **Aprender a ser**. Lisboa: Livraria Bertrand, 1981.

FERREIRA, L. et al. Educação permanente em saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 223-239, mar. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912017>. Acesso em: 06 maio. 2019.

FIGUEIRÓ, M. N. D. **Educação sexual**: retomando uma proposta, um desafio. 3.ed. Londrina: Eduel, 2010.

FISCHBORN, A.F.; CADONÁ, M.A. Trabalho e autonomia dos trabalhadores em saúde: considerações sobre pressupostos teórico e metodológicos de análise do trabalho em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 227-237, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902018170719>. Acesso em: 26 Fev. 2019.

FONSECA, M. Políticas públicas para a qualidade da educação brasileira: entre o utilitarismo econômico e a responsabilidade social. **Cadernos CEDES**, Campinas, v. 29, n. 78, p. 153-177, ago. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-32622009000200002>. Acesso em: 12 Abr. 2020.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 42.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

FREITAS, C.M. et al. Conquistas, limites e obstáculos à redução de riscos ambientais à saúde nos 30 anos do sistema único de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p.1981-1996, jun. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.04702018>. Acesso em: 18 Dez. 2019.

FURTADO, J.P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 165-181, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000100014>. Acesso em: 13 Out. 2019.

FURTADO, J.P.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p. 2643-2655, dez. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00187113>. Acesso em: 13 Out. 2019.

FURTER, P. **Educação permanente e o desenvolvimento cultural**. Petrópolis: Vozes, 1974.

GADOTTI, M. **Convite à leitura de Paulo Freire - pensamento e ação no magistério**. 2.ed. São Paulo: Editora Scipione, 2004.

GADOTTI, M. **Educação e poder: introdução à pedagogia do conflito**. 3.ed. São Paulo: Editora Cortez, 1982.

GADOTTI, M. Lições de freire. **Revista da Faculdade de Educação**, São Paulo, v.23, n. 1-2, p., jan.1997. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-25551997000100002>. Acesso em: 13 Jun. 2019.

GIGANTE, R.L.; CAMPOS, G.W.S. Política de formação e educação permanente em saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 747-763, dez. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00124>. Acesso em: 15 Nov. 2019.

GONÇALVES, C. B. et al. A retomada do processo de implementação da política nacional de educação permanente em saúde no Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe, p. 4 - 23, ago. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019s101>. Acesso em: 19 set. 2019.

GUBA, E.; LINCOLN, Y. **Fourth generation evaluation**. 1.ed. Newbury Park: Sage Publications, 1989.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População**. Minas Gerais, 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/panorama>.

LEMOS, C.L.S. Educação permanente em saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente?. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 913-922, mar. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015213.08182015>. Acesso em: 05 Jun. 2019.

MACHADO, M.H.; XIMENES NETO, F.R.G. Gestão da educação e do trabalho em saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1971-1979, jun. 2018. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.06682018>. Acesso em: 12 Fev. 2020.

MAGNAGO, C. et al. Política de gestão do trabalho e educação em saúde: a experiência do ProgeSUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1521-1530, maio. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017225.32962016>. Acesso em: 06 Mar. 2020.

MELO, D.C.; ALCANTARA, R.L.C. A gestão da demanda em cadeias de suprimentos: uma abordagem além da previsão de vendas. **Gestão e Produção**, São Carlos, v. 18, n. 4, p. 809-824, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-530X2011000400009>. Acesso em: 19 Dez. 2019.

MINAS GERAIS. **Resolução CES/MG nº 016 de 12 de dezembro de 2016**. Dispõe sobre aprovação do plano estadual de saúde de Minas Gerais para o quadriênio 2016-2019. Belo Horizonte: Conselho estadual de saúde, 2016. Disponível em: http://jornal.iof.mg.gov.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/176229/caderno1_2017-01-25%2018.pdf?sequence=1. Acesso em: 13 Nov. 2018.

MINAS GERAIS. **Resolução SES/MG nº 6.535, de 05 de dezembro de 2018**. Divulga o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde em atendimento a Portaria GM/MS nº 3.194/2017. Belo Horizonte: Secretaria estadual de saúde, 2018. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RESOLU%C3%87%C3%83O_6535.pdf. Acesso em: 07 Out. 2019.

MINAS GERAIS. **Resolução SES/MG nº 7076, de 03 de abril de 2020**. Dispõe sobre a organização dos processos de trabalho das Superintendências Regionais de Saúde (SRS) e Gerências Regionais de Saúde (GRS). Belo Horizonte: Secretaria estadual de saúde, 2020. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RESOLU%C3%87%C3%83O%207076%20-%20PDF%20REPUBLICA%C3%87%C3%83O.pdf>. Acesso em: 19 Out. 2020.

MINAYO, M.C.S. Construção de indicadores qualitativos para avaliação de mudanças. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, p. 83-91, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000500009>. Acesso em: 19 Ago. 2019.

MINAYO, M.C.S. **Desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14.ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

OLIVEIRA, C.M.; CRUZ, M.M. Sistema de vigilância em saúde no Brasil: avanços e desafios. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 255-26, mar. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151040385>. Acesso em: 16 Set. 2019.

PAIVA, C.H.A. Izabel dos Santos e a formação dos trabalhadores da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p.1785-1793, jun. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.00132015>. Acesso: 22 Ago. 2019.

PASSONE, E.F.K. Uma perspectiva educacional histórico-crítica na educação permanente em saúde. **Revista @mbienteeducação**, São Paulo: Universidade Cidade de São Paulo, v. 12, n. 3, p. 132-153, set/dez. 2019. Disponível em: <http://publicacoes.unid.edu.br/index.php/ambienteeducacao/article/view/773/697>. Acesso em: 12 Jan. 2020.

Plataforma OTICS. Educação permanente em movimento [Internet]. 2018 [citado 1 Dez 2018]. Disponível em: <http://eps.otics.org>

ROSSETTI, L.T.; SEIXAS, C.T.; CASTRO, E.A.B.; FRIEDRICH, D.B.C. Educação permanente e gestão em saúde: a concepção dos enfermeiros. **Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 129-134, jan/mar. 2019. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6513/pdf_1. Acesso em: 11 Jan. 2020.

SALDIVA, P.H.N.; VERAS, M. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 32, n. 92, p. 47-61, abr. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-4014.20180005>. Acesso em: 18 Out. 2019.

SANTI, D.B.; BARBIERI, A.R.; CHEADE, M.F.M. Absenteísmo-doença no serviço público brasileiro: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, Campo Grande, v. 16, n. 1, p. 71-81, jan/mar. 2018. Disponível em: <https://www.rbmt.org.br/details/296/pt-BR/absenteismo-doenca-no-servico-publico-brasileiro--uma-revisao-integrativa-da-literatura>. Acesso em: 05 Dez. 2019.

SANTOS, D.S.; AMORIM, F.R.; TERRA, L.A.A. Gestão da demanda: as dificuldades enfrentadas pelo atacado distribuidor. **Iberoamerican Journal of Industrial Engineering**, Florianópolis, v. 9, n. 17, p. 118-137, 2017. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/IJIE/article/view/v9n1707/pdf>. Acesso em: 28 Jan. 2020.

SARDINHA PEIXOTO, L. et al. Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. **Enfermería Global**, Murcia, v. 12, n. 29, p. 307-322, jan. 2013. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000100017&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 02 Dez. 2019.

SENA, R.R. et al. Educação permanente nos serviços de saúde: atividades educativas desenvolvidas no estado de Minas Gerais, Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto

Alegre, v. 38, n. 2, e64031, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02>. Acesso em: 18 Nov. 2019.

SILVA, C.B.G.; SCHERER, M.D.A. A implementação da política nacional de educação permanente em saúde na visão de atores que a constroem. **Interface Botucatu**, Botucatu, v. 24, e190840, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.190840>. Acesso em: 10 Jan. 2020.

SILVA, J.P.C.; FERREIRA, L.S.; ALMEIDA, B.L.F. Os impactos das atuais condições de trabalho na saúde do trabalhador: o trabalho sob a nova organização e o adoecimento dos trabalhadores e das trabalhadoras atendidos no Cerest/JP. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 5, n. 11, p. 23206-23220, 2019. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/4462>. Acesso em: 06 Dez. 2019.

SILVA, L.A.A.; PINNO, C.; SCHMIDT, S.M.S. et al. A educação permanente no processo de trabalho de enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, Vista Alegre, v. 6, n. 3, p. 2349-2361, set. 2016. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1027/1168>. Acesso em: 20 Jan. 2019.

SMAHA, I.N.; CARLOTO, C.M. Educação permanente: da pedagogia para a saúde. **VII Seminário do Trabalho: trabalho, educação e sociabilidade**, Marília, p. 24-28, 2010. Disponível em: http://www.estudosdotrabalho.org/anais-vii-7-seminario-trabalho-ret-2010/india_nara_smaha_cassia_maria_carloto_educacao_permanente_da_pedagogia_para_a_saude.pdf. Acesso em: 06 Mar. 2019.

SOUSA, A.N. Monitoramento e avaliação na atenção básica no Brasil: a experiência recente e desafios para a sua consolidação. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe, p. 289-301, set. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s119>. Acesso em: 13 Ago. 2019.

SOUTO, L.R.F.; OLIVEIRA, M.H.B. Movimento da reforma sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 204-218, mar. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104-20161080017>. Acesso em: 24 Set. 2019.

TESTON, E.F. et al. Perspectiva de enfermeiros sobre educação para a saúde no cuidado com o diabetes mellitus. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, supl. 6, p. 2735-2742, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0396>. Acesso em: 11 Jan. 2020.

VIACAVA, F.; BELLIDO, J.G. Condições de saúde, acesso a serviços e fontes de pagamento, segundo inquéritos domiciliares. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 351-370, fev. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015212.19422015>. Acesso em: 07 Fev. 2020.

VIAPIANA, V.N.; GOMES, R.M.; ALBUQUERQUE, G.S.C. Adoecimento psíquico na sociedade contemporânea: notas conceituais da teoria da determinação social do processo

saúde-doença. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe4, p. 175-186, dez. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s414>. Acesso em: 13 Dez. 2019.

VIEIRA, L.J.E.S. et al. Capacitação para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes em quatro capitais brasileiras. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3407-3416, nov. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152011.20512014>. Acesso em: 08 Jan. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The first international conference on health promotion**. Ottawa, 21 nov. 1986. Disponível em: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>. Acesso em: 11 Dez. 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro da Entrevista Semiestruturada



PRIMEIRO MOMENTO – Caracterização do Participante

Iniciais do Nome: _____

Data: _____

e-mail: _____

Qual a sua idade? _____ anos

Sexo: Feminino () Masculino () Não declarado ()

Qual a sua formação? _____

Graduação concluída em: _____

Graduação no ensino: () Público () Privado () Privado com Bolsa

Algum curso de Especialização? () Sim () Não () Em andamento

Qual(is) área(s) _____

Cargo/Função na SRB/GRS _____

Tempo de Atuação na SRB/GRS _____

Tipo de vínculo: () Celetista () Estatutário

Já trabalhou em outra função dentro de SRB/GRS? _____

SEGUNDO MOMENTO – Perguntas à referência técnica na Educação Permanente em Saúde da Superintendência/Gerência Regional de Saúde.

- Como é a sua rotina de trabalho?
 - Quais atividades de educação permanente em saúde você desenvolve?
 - Qual é o público-alvo dessas atividades de EPS?
 - Como ocorre a EPS dos profissionais que trabalham na GRS/SRS?
 - Como você realiza o monitoramento das atividades de EPS?
 - No monitoramento da EPS, qual tema você considere que definitivamente não pode faltar?
-

APÊNDICE B – Resultados: Segmento 02

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: O MONITORAMENTO DAS UNIDADES REGIONAIS DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

RESUMO

Objetivo: Compreender o processo de monitoramento da Educação Permanente em Saúde sob a ótica das referências técnicas das Unidades Regionais de Saúde do estado de Minas Gerais.

Método: Estudo de natureza qualitativa, do tipo descritivo, no qual participaram 16 trabalhadores que são referências técnicas de Educação Permanente em Saúde e que atuam nas Unidades Regionais de Saúde de Minas Gerais. Os dados foram coletados através de entrevista semiestruturada e foram analisados à luz da hermenêutica dialética.

Resultados: Emergiram duas categorias de análise: a) “ O monitoramento das ações de EPS na prática” — que apontou o monitoramento realizado informalmente, através de dados e por relatórios e b) “ Proposições para a consolidação do monitoramento” — que evidenciou a necessidade de parâmetros de referência, a institucionalização de instrumentos para o monitoramento e o engajamento das referências técnicas de Educação Permanente em Saúde.

Conclusão: Faz-se necessária a consolidação de instrumentos para que se realize o monitoramento, a fim de apoiar o processo de trabalho das referências técnicas.

DESCRITORES: Atenção primária; Educação continuada; Enfermagem; Gestão em saúde; Sistema Único de Saúde.

INTRODUÇÃO

A criação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), estabeleceu, em 2004, diretrizes para a sua implementação, por meio da Portaria GM/MS nº198/2004⁽¹⁾, visando o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), através da formação e do desenvolvimento dos trabalhadores para o setor. Em 2007, foi reformulada pela Portaria GM/MS nº 1.996/2007⁽²⁾ a fim de adaptá-la às diretrizes operacionais e, em 2017, foi lançado o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS (PRO EPS-SUS) através da Portaria GM/MS nº 3.194, de 28 de novembro de 2017⁽³⁾.

Muitos desafios permearam sua efetivação, tais como: a pouca articulação entre gestores, trabalhadores, controle social e instituições de ensino; a incipiente atuação dos gestores municipais; a implantação insuficiente das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES); o desafio na aplicação dos recursos financeiros; a precariedade de critérios para a construção dos projetos e, por fim, a insuficiência de avaliação e monitoramento das práticas de formação, gestão e atenção na saúde desenvolvidas⁽⁴⁾.

O PRO EPS-SUS apresenta como uma de suas principais diretrizes o monitoramento e a avaliação permanentes, e busca fortalecer, estimular e acompanhar a qualificação dos trabalhadores da área de saúde para a transformação das práticas deste campo. Isso ocorre em função dos princípios basilares do SUS, segundo a realidade local e conforme o diagnóstico coletivo dos processos de trabalho⁽³⁾.

O monitoramento é compreendido como o acompanhamento rotineiro de informações relevantes e busca verificar a existência de mudanças, mas não as causas. Trata-se de um processo sistemático e contínuo de acompanhamento de indicadores de saúde que visam obter informações, em tempo oportuno, com vistas a subsidiar a tomada de decisão, a diminuição de

problemas e a melhoria de metas. Em síntese, o monitoramento averigua se as atividades foram realizadas e se os objetivos foram alcançados⁽⁵⁾.

As Superintendências e Gerências Regionais de Saúde, denominadas também de Unidades Regionais de Saúde (URS), são unidades administrativas descentralizadas da Secretaria Estadual de Saúde (SES). Além disso, possuem a competência de gestão, de implementação e de monitoramento de políticas e de ações de saúde em sua área de abrangência, buscando o fortalecimento da governança regional do SUS ⁽⁶⁾.

Em virtude da importante atribuição na governança regional da Educação Permanente em Saúde (EPS) destacam-se as referências técnicas (RT) as quais promovem a articulação entre os atores da gestão, do serviço, do ensino, da comunidade e entre os municípios ⁽⁷⁾. Em outras palavras, são mediadoras nas interfaces entre os atores sociais e nas demandas apresentadas nos municípios, tangíveis para a realização do monitoramento da EPS. Para tanto, ao dar voz ao profissional de saúde acerca da sua compreensão sobre a EPS e sobre sua completude, oportuniza o engajamento com a política de gestão compartilhada e de qualificação profissional ⁽⁸⁾.

Neste estudo, foram definidos como RT de EPS trabalhadores responsáveis pela condução deste processo a fim de ampliar as possibilidades de vínculo, de cogestão, de transdisciplinaridade, além de garantir a horizontalidade das relações hierárquicas entre os diversos atores envolvidos no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) e de mediar as demandas e a capacidade de construção compartilhada de soluções.

A partir desta contextualização e do pressuposto de que a partir do PRO EPS-SUS as RT de EPS realizam o monitoramento nas URS do estado de Minas Gerais (MG), observou-se a necessidade de compreender este processo. Acredita-se que esta ação se constitui como uma ferramenta efetiva na reorientação dos processos de trabalho das URS e objetiva fomentar a

integração multiprofissional, o planejamento e a execução de ações de EPS. Ademais, pretende fortalecer e melhorar a qualidade da atenção prestada ao usuário do SUS.

Assim sendo, a presente investigação buscou compreender o processo de monitoramento da EPS, sob a ótica das RT de EPS, das URS do estado de MG.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo descritiva, por permitir expressar satisfatoriamente a visão das referências técnicas das URS de MG acerca da EPS, de modo a oportunizar uma compreensão da realidade e viabilizar maior proximidade com o desafio salientado⁽⁹⁾. Cabe destacar, ainda, que este estudo se apoiou no Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ)⁽¹⁰⁾.

Os participantes do estudo foram trabalhadores responsáveis técnicos pela EPS das Unidades Regionais de Saúde do estado que demonstraram, após contato prévio via telefone, e-mail e/ou WhatsApp, interesse e disponibilidade em participar da pesquisa. A coleta de dados foi realizada mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no período de agosto a outubro de 2019.

A escolha dos participantes foi realizada inicialmente em municípios aleatórios, com o intuito de ter a representatividade de pelo menos uma URS de cada uma das 13 macrorregiões de saúde de MG. Foram adotados como critérios de inclusão para esta pesquisa ser profissional de saúde contratado ou efetivo atuante no âmbito das URS do estado e aceitar participar formalmente da pesquisa por meio da assinatura do TCLE. Paralelamente, foram adotados como critérios de exclusão ser profissional ou em licença ou em férias no período da coleta de dados.

O estado de MG, segundo o Plano Diretor de Regionalização (PDR), possuía 13 macrorregiões de saúde e 28 URS no período da coleta de dados. Posteriormente, o Decreto nº

47.769, de 29 de novembro de 2019, que dispõe sobre a organização da SES-MG, alterou esse número para 29 URS ⁽¹¹⁾.

Assim sendo, a investigação teve a seguinte representatividade: 16 responsáveis técnicos em EPS de 10 URS pertencentes a 7 macrorregiões de saúde de MG, a saber: Norte, Jequitinhonha, Centro, Leste do Sul, Sudeste, Sul e Oeste (sendo possível acessar um ou mais municípios por macrorregião e, conseqüentemente, as RT de EPS que atuam nas URS desses locais). Dentre as demais macrorregiões — Nordeste, Leste, Centro Sul, Triângulo do Sul, Triângulo do Norte e Noroeste — duas URS encontravam-se sem RT de EPS no período de coleta e os demais municípios se recusaram a participar ou não houve êxito ao contatar via telefone através do contato disponibilizado no site da SES.

As entrevistas, com duração média de 60 minutos, foram realizadas de forma presencial ou por meio telefônico, conforme a escolha do participante. Já a coleta das informações ocorreu a partir de entrevistas individuais, com roteiro semiestruturado acerca da temática da EPS e do seu monitoramento nas URS de MG.

O conteúdo das entrevistas foi analisado à luz da hermenêutica dialética, embasado nos princípios do “método de interpretação de sentidos” proposto por Minayo ⁽⁹⁾, que busca a interpretação do contexto, das razões e da lógica das falas e das ações. A partir dessa perspectiva, os dados foram trabalhados da seguinte forma: ordenação, classificação dos dados e análise final.

A ordenação dos dados compreendeu a transcrição integral das entrevistas gravadas em áudio mp3, assegurando a fidedignidade dos pensamentos. Para garantir o anonimato dos entrevistados, foi utilizado o seguinte código alfanumérico: a letra E (como uma referência a entrevistado) e o número sequencial de 1 a 16 (para diferenciar os entrevistados — E1 a E16). Na elaboração das sínteses, buscou-se a compilação da fala dos participantes, de acordo com os questionamentos suscitados no roteiro semiestruturado, a fim de auxiliar na interpretação ⁽⁹⁾.

Na etapa de classificação dos dados, emergiram as ideias centrais que foram agrupadas pela coerência das informações, visando a construção das categorias analíticas, por meio dos Núcleos de Sentido (NS) e das Unidades de Sentido (US)⁽⁹⁾.

O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente, obtendo parecer favorável de nº 3.292.061, no dia 19 de abril de 2019.

RESULTADOS

Participaram do estudo 16 RT cujas idades variavam entre 29 a 63 anos. Contudo, a faixa etária mais expressiva foi a de 50 a 59 anos (50%), o que está diretamente ligado, em sua maioria, a um longo período de atuação desses funcionários na URS. Além disso, é importante destacar que os participantes eram predominantemente do sexo feminino (62,5%).

Cabe apontar, ainda, que a graduação dos participantes foi concluída entre os anos de 1977 a 2016, sendo 7 RT (44%) no ensino público e 8 RT (50%) no ensino privado — desses, três possuíam bolsa de estudos. Em relação à pós-graduação lato senso, 13 participantes (81%) afirmaram ter cursado uma ou mais especializações.

Pôde-se perceber uma diversidade de cursos superiores nos quais os participantes se formaram, a saber: Administração Pública — 1 RT (6%), Recursos Humanos — 1 RT (6%), Ciências Econômicas — 2 RT (12,5%), Comunicação Social — 1 RT (6%), Direito — 2 RT (12,5%), Enfermagem — 2 RT (12,5%), Jornalismo — 1 RT (6%), Letras — 1 RT (6%), Licenciatura Plena — 1 RT (6%), Magistério Superior — 1 RT (6%), Odontologia — 1 RT (6%), Pedagogia — 1 RT (6%), Psicologia — 3 RT (19%) e Serviço Social — 2 RT (12,5%). Observou-se, também, que 4 participantes (25%) possuem duas formações.

Os entrevistados, majoritariamente, são servidores com vínculo efetivo no estado de MG e foram empossados no cargo de Especialista em Planejamento e Gestão da Saúde (EPGS), após aprovação no concurso público. Todos foram nomeados como RT de EPS e atuam também como RT em outras áreas além da EPS.

Por meio da imersão no corpus de análise, foi atribuído sentido e direção sobre o monitoramento das ações de EPS no contexto das URS de MG, sob a ótica das RT, sendo possível organizar duas categorias principais: “O monitoramento das ações de EPS na prática” e “Proposições para a consolidação do monitoramento”. Essas categorias serão analisadas nas próximas seções.

O monitoramento das ações de EPS na prática

Nas falas das RT, pôde-se perceber que a prática do monitoramento das ações de EPS consistia na análise de dados epidemiológicos, de indicadores e de relatórios técnicos. Faz-se necessário ressaltar, também, que muitas vezes o monitoramento era praticado de maneira informal — ou durante uma ligação seja ou em uma reunião — a fim de compreender as ações que estão sendo realizadas junto aos municípios de abrangência, conforme as falas abaixo:

[...] A gente liga, pergunta, mas um "monitoramento formal" não. Esse "informal" seria é... ligar, perguntar se mudou a RT, se...o que que está acontecendo, né?! Se alguma oportunidade dá para conversar, a gente pergunta [...]. (E4)

[...] Esse monitoramento assim dessa forma que nós nos reunimos, nós ponderamos, né?! As nossas próprias ações de capacitações, né?! E também assim... nesses momentos que eu te citei junto com os municípios [...] reunião [...]. (E6)

De acordo com as RT, o monitoramento através de dados, de dados epidemiológicos e de indicadores está em processo de construção, como consta nas seguintes falas:

[...] Depois da capacitação então tem uma... várias atividades de monitoramento, os indicadores, nós e elas juntas, então tem pessoas de lá, ela coloca no excel a atividade e o responsável, então tem responsável da EP junto com o pessoal de lá [...] os dados, né?! De cada município de uma determinada enfermidade, aí você já vai comparar, em tantos meses, me parece, não sei quanto tempo...que...monitora depois da realização dessa capacitação, então vamos monitorar através desses dados [...]. (E5)

[...] Então, a gente tá começando junto com a vigilância, entendeu?! A fazer um trabalho também de monitoramento em cima de dados, dados epidemiológicos com esses municípios. É um trabalho em construção, né?![...]. (E15)

As falas das RT apontam que o monitoramento das ações de EPS é igualmente realizado por meio de relatórios:

[...]Tem assim ... não tá sistematizado como relatório de gestão da educação permanente de saúde. Ele é incluído nas informações do relatório da gerência. Muitas vezes, consolidado com as outras áreas também [...]. (E1)

[...] O que a gente tem, um relatório, que fala: aqueles municípios participaram, esses não, mais com relação a isso [...]. (E2)

Proposições para a consolidação do monitoramento

As RT apresentam, em suas falas, a importância do monitoramento por meio de parâmetros e de um instrumento de monitoramento, além do engajamento das RT em atividades de EPS, como proposições para a consolidação deste processo.

A construção de parâmetros para o monitoramento dessas ações, foi mencionada como meio para que as RT pudessem acompanhar o que estava sendo realizado também nos municípios de abrangência, conforme apresentado a seguir:

[...] Eu vou ter uma planilha de monitoramento com isso [...] ‘Ahh, precisa disso, disso. Isso eu não previ nessa planilha, eu preciso incluir uma coluna, alguma coisa assim, um indicador que não tava e tal’. [...] Monitoramento é o acompanhamento, de tá lá, por exemplo, todo mês eu receber uma planilha do município: ‘Fiz isso, fiz aquilo’. Tanto quantitativo, quanto qualitativo. (E1)

Olha...pelo que estamos vivendo aqui, como te falei, importante são dados concretos, eu queria ter esses dados, entende?! É esses dados, indicadores, tudo isso para monitorar, para saber, para monitorar, comparar, essa comparação simples mesmo...e através desse monitoramento vai aperfeiçoando, né?! Daquilo que mais necessita e outra coisa que eu queria também, são dados que a gente pode conseguir e um encontro com representantes do município, né?! (E5)

A partir da realidade vivenciada pelas RT de EPS, ficou evidente em suas falas a necessidade de uma ferramenta para apoiar o monitoramento das ações de EPS. Isso pode ser observado nas transcrições abaixo:

[...] É virar pro pessoal e falar assim: 'O gente cês vão fazer é dessa forma aqui', que pode ser construída, pode ser de um consenso ou não [...] eu desconheço ferramental para avaliar dentro da avaliação de políticas públicas, dentro do monitoramento de políticas públicas como é que eu faço pra ver, que forma que a política tá sendo melhor ou pior implementada [...]. (E8)

[...] Olha eu acho que o que seria um instrumento único construído pelo estado e distribuído para cada regional. É porque embora você tenha ações diferentes em cada regional, a proposta é a mesma, né?! Então eu acho que esse instrumento ele poderia ser feito pelas referências e propostas de acordo com a sua referência. (E9)

Os entrevistados abordaram, ainda, a relevância de se ter RT de EPS engajadas, capazes de promover a articulação entre os setores das URS e os municípios de abrangência:

[...] 'Olha, vocês precisam ter uma pessoa preocupada com isso, pra fazer o link com os setores, né?!' Às vezes, você tem o povo da odontologia que já faz o trabalho de educação permanente lá, sem saber ou às vezes sabem, mas sem comunicar, sem divulgar para os outros, né?! E sem até comunicar pra mim aqui na Regional que sou referência técnica, porque o município às vezes não tem nem a referência técnica em educação permanente que poderia fazer esse elo. Entendeu?! [...]. (E1)

[...] Eu acho muito aberto, cada tempo tem uma referência, não é uma coisa institucionalizada, é isso que eu queria dizer, dentro das Regionais de Saúde. [...] E na prática eu faço muita coisa de educação permanente sim, aqui dentro até, interação com outros setores. [...] Mas o quê que precisa na prática é trabalhar isso. É o que a gente às vezes não tem tempo de fazer, entendeu?! (E3)

DISCUSSÃO

A análise dos resultados demonstra que o processo de monitoramento das ações de EPS nas URS investigadas ainda se encontra em fase de incorporação na rotina organizacional. Isso está relacionado ao fato de que ele ainda é realizado de modo informal, de forma assistemática, por meio de dados e de relatórios internos, não assumindo um destaque nas atividades de gestão — apesar da vigência do PRO EPS-SUS.

No Brasil, o monitoramento das atividades em saúde ainda é uma prática pouco implementada (geralmente de caráter pontual e desarticulada dos demais processos decisórios), embora tenha grande importância no campo das políticas de saúde, uma vez que possibilita determinar o grau de efetivação de uma ação e seus efeitos. Nesse sentido, monitorar as ações de EPS é uma necessidade para o fortalecimento da PNEPS e, conseqüentemente, para o fortalecimento do SUS ⁽¹²⁾.

Contudo, o monitoramento das práticas de EPS, ainda que incipiente, traz informações importantes para o cotidiano dos trabalhadores (o que pode influenciar o processo de trabalho das equipes e a qualidade da assistência prestada aos usuários do SUS), desde que seja reconhecida a importância da compreensão dos dados do monitoramento e a sua interface com o desenvolvimento das funções gestoras para o planejamento em saúde.

Assim, mesmo que em processo de construção, após a realização das capacitações tem sido realizado um acompanhamento de quem participou e de como os dados epidemiológicos evoluíram após a realização destas. Tais informações são incluídas em relatórios de gerência e passam a incorporar quais municípios de abrangência participaram ou não das capacitações, o que estabelece um caráter mais informativo. Isso mostra que, mesmo embrionário, tal monitoramento pode vir a subsidiar a tomada de decisão caso se torne uma prioridade de gestão.

Dessa forma, é possível afirmar que o monitoramento é uma fonte de informação para a tomada de decisão, seja para manter o processo seja para sua reorientação/aprimoramento. Entretanto, a mera descrição quantitativa de dias, de número de horas trabalhadas e de número de participantes no processo educativo não configura/assegura um modelo de monitoramento de EPS ⁽¹³⁾.

A alegação das dificuldades em realizar o monitoramento das ações de EPS, devido à inexistência de indicadores que transpusessem a mera quantificação das ações, foi apontado pelos trabalhadores ainda na adesão do PRO EPS-SUS ⁽⁴⁾. Embora esse processo seja uma das

diretrizes do PRO EPS-SUS⁽³⁾, constatou-se que os documentos pertinentes a este programa discorrem ainda sobre ações locais de monitoramento, a partir de indicadores quantitativos. Assim sendo, não foram logradas neste programa as intervenções efetivas frente ao diagnóstico apontado pelos trabalhadores que participaram das oficinas.

Nesse sentido, ao retomar o conceito de EPS da política atrelada à noção de prática pedagógica, que corresponde à aprendizagem no trabalho, onde esta deve ser significativa e fazer parte do cotidiano das organizações e do trabalho. Onde o aprender e o ensinar partem das reflexões críticas dos trabalhadores sobre o processo de trabalho e objetivam a transformação das práticas de saúde e da realidade social, sendo necessário para que aconteça a integração entre gestão, ensino, serviço e população⁽¹⁴⁾.

Outrossim, é preciso compreender, conforme Merhy⁽¹⁷⁾, que no trabalho em saúde se aprende e se ensina nos atos de cuidado e também de descuido. Além disso, cabe destacar que todos os trabalhadores do SUS, em suas práticas cotidianas, realizam a todo instante ações de EPS — no corredor, na calçada, na roda de conversa do café e em qualquer espaço inventado pelo coletivo. São nesses encontros do dia a dia, intencionais ou não, que se produzem novas possibilidades de conhecimentos para a ação no campo da saúde.

Torna-se importante considerar a complexidade de utilizar indicadores quantitativos para mensurar as ações de EPS, haja vista o conceito proposto na PNEPS, uma vez que as reflexões no e para o trabalho acontecem no dia a dia, possuindo assim características intangíveis. Os indicadores quantitativos só são condizentes no contexto do monitoramento das ações de EPS quando esses se articulam com a educação continuada (compreendida na PNEPS como cursos periódicos com enfoque disciplinar, baseado em técnicas de transmissão, com fins de atualização⁽¹⁾), pois, embora EPS e EC sejam estratégias antagônicas, só se torna possível mensurá-las quando elas se complementam.

Nas ações educativas inerentes à EPS, educadores e educandos são ao mesmo tempo aprendizes e todas as ações são mediadas pelas experiências, exemplos e conhecimentos. Logo, é patente que o monitoramento das ações de EPS não só tem a intenção de estabelecer indicadores quantitativos, mas também tem o propósito de prestar informações que objetivem realimentar o planejamento de novas propostas educativas e aperfeiçoar o pessoal e a qualificação da atenção e da gestão ⁽¹³⁾.

Nesta perspectiva, há o reconhecimento por parte dos RT acerca da relevância de construir parâmetros segundo a realidade e conforme o seu caráter flexível, como meio para acompanhar o que está sendo realizado também nos municípios de abrangência. Assim, será possível consolidar o monitoramento das ações de EPS no cenário das URS.

A construção de indicadores na área da saúde é importante em razão da necessidade de deliberar sobre determinados eventos, os quais podem ser assistenciais ou gerenciais. Dessa forma, eles devem levar em consideração a elaboração de estratégias fundamentadas na realidade institucional, a identificação dos maiores desafios, a sistematização para o planejamento, o envolvimento de toda a equipe, a análise das dificuldades — tanto qualitativas quanto quantitativas — e o público alvo ⁽¹⁶⁾.

Os trabalhadores, assim, poderão alcançar as metas almejadas e, através de uma base didática e metodológica, conseguirão implementar os indicadores em qualquer contexto da vida laboral. Entretanto, os indicadores precisam refletir uma determinada realidade e devem ser periodicamente revistos para manterem uma otimização e uma constante análise dos dados. Dessa forma, será possível obter uma melhoria dos resultados na prática ⁽¹⁷⁾.

Ao considerar a dimensão do estado de MG e as particularidades das regionais e de seus municípios de abrangência, a construção de parâmetros para o acompanhamento das ações de EPS necessita ser realizada coletivamente e de maneira transversal dentro das URS já que se encontra em uma primeira aproximação. Ela deve ser feita em conformidade com a realidade

vivenciada de modo que a EPS flua nesses encontros, em movimentos de idas e vindas; que as experiências sejam refletidas e que os indicadores sejam concretizados perante estes *insights*, embasados na política de EPS em vigor.

Há RT de EPS que atuam há um longo período nas URS, logo, as suas vivências podem ser de grande valia nesses momentos uma vez que a educação dos mais experientes não necessariamente implica uma desatualização, mas sim pode caracterizar um importante modo de aprender e ensinar, que associe as experiências do trabalho com novos conhecimentos ⁽¹³⁾.

Contudo, embora os resultados desta pesquisa apontem que há um impasse em como um instrumento para o monitoramento das ações de EPS deve ser repassado às RT, é notório na fala dos participantes a necessidade dele ser institucionalizado para a consolidação desta etapa importante no cenário da URS. Isso pode ser observado também no desafio subjacente à consolidação das políticas de saúde no Brasil, as quais dizem respeito justamente à ausência de indicadores sensíveis ⁽¹⁸⁾, da implementação aos resultados.

Ademais, um estudo realizado com gestores estaduais, sobre a percepção deles em relação às práticas de monitoramento no âmbito do SUS, evidenciou que a dificuldade de institucionalização de instrumentos de monitoramento⁽⁵⁾ é resultado de um processo inarticulado entre os três entes federados; de um sobreposição entre as diversas funções de gestão; de uma baixa qualificação das equipes; de uma integração insuficiente dos sistemas de informação e de ciclos viciosos concebidos de práticas fragmentadas.

Acredita-se que o manejo de um instrumento de monitoramento no cotidiano dos serviços de saúde ainda é factível quando se considera a diversidade de dados disponíveis dos sistemas de informação, as estatísticas vitais, a vigilância epidemiológica, os recursos humanos e toda estrutura existente.

Apesar disso, a construção de parâmetros para o monitoramento de ações (na forma de indicadores, de painéis, de relatórios ou de sistemas) ainda é um processo muito recente que

necessita ser desenvolvida à luz da realidade locorregional e da gestão colaborativa. Dessa maneira, se tornará uma ferramenta útil no cotidiano dos trabalhadores que respaldará a tomada de decisão.

Todavia, para que o instrumento de monitoramento das ações de EPS assuma um caráter institucionalizado, esses mecanismos e a própria EPS precisarão estar arraigados no cenário da URS. Dessa forma, não haverá disparidades e todos os trabalhadores envolvidos estarão comprometidos, o que causará impacto significativo na qualidade da assistência prestada aos usuários do SUS. Logo, este primeiro movimento para a construção de indicadores suscitará grandes transformações para o estabelecimento do monitoramento nas URS.

O monitoramento deve ser uma ferramenta utilizada para a comparação de resultados e para o fomento de modificações, portanto, deve ter a adesão de todos os envolvidos, desde a construção do processo. Além disso, deve enfatizar a responsabilização no preenchimento de registros necessários, a partir da análise e da elaboração de planos de ação. Sendo assim, é de suma importância o apoio dos gestores para que não existam barreiras que levem à desmotivação dos demais trabalhadores e para que propiciem possibilidades reais de efetivação dessa etapa ⁽¹⁹⁾.

Nessa perspectiva, infere-se que é necessário um maior engajamento para o fortalecimento das práticas de EPS ao compreender a capilaridade da EPS frente às demais políticas públicas de saúde. Para tanto, acredita-se que as RT de EPS, ao serem nomeadas para esta função, devem exercer este trabalho em caráter exclusivo para que tenham disponibilidade e para que possam imergir na temática da EPS; devem buscar uma maior robustez de conhecimento, objetivando o desenvolvimento de estratégias que propiciem a transversalidade da EPS e o monitoramento das ações; e devem corroborar tecnicamente no cenário da URS e em seus municípios de abrangência.

Por fim, é imprescindível destacar que uma das limitações deste estudo está relacionada à escassez de produções científicas no tocante ao monitoramento das ações de EPS no cenário das URS. Assim sendo, esta breve investigação aponta que devem ser realizadas pesquisas mais vastas sobre essa temática tão importante no cenário brasileiro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das considerações feitas ao longo deste artigo, fica evidente que o monitoramento das ações de EPS, sob a ótica das RT de EPS nas URS de MG, ainda se apresenta incipiente — dado que é realizado informalmente, por meio de dados, relatórios e que não assume destaque nas atividades de gestão, apesar do PRO EPS-SUS.

É notória, ainda, a necessidade de maiores discussões acerca dos instrumentos pertinentes a este programa, uma vez que discorrem sobre ações locais de monitoramento, a partir de indicadores quantitativos. Entretanto, estes só são condizentes no contexto do monitoramento das ações de EPS quando a EPS se articular com a educação continuada.

Para a consolidação do monitoramento das ações de EPS, foram apresentadas algumas proposições como a necessidade de EPS para as RT sobre monitoramento e monitoramento em EPS, a necessidade de parâmetros, a institucionalização de instrumentos para o monitoramento e o engajamento das RT de EPS.

Ao considerar a dimensão do estado de MG e as especificidades das regionais e de seus municípios de abrangência, faz-se necessário que a construção de parâmetros para o acompanhamento das ações de EPS ocorra de forma coletiva e transversal em consonância com a realidade. Para isso, deve contar com uma gestão colaborativa e com atores estratégicos, de modo que esta cultura seja implantada e arraigada, ou seja, de forma que haja a integração das práticas de monitoramento no sistema organizacional, influenciando-o e abarcando as ações analíticas às de gestão nas mediações programáticas.

Logo, apesar de todos os desafios evidenciados acerca da institucionalização de um instrumento de monitoramento, acredita-se que seu manejo seja factível desde que a cultura de monitoramento esteja estabelecida no contexto micro, isto é, nas URS e nos seus municípios de abrangência. Assim sendo, haverá respaldo e, portanto, será viável essa discussão em um contexto macro, através de experiências e de conhecimentos atrelados à prática. Para que isso ocorra, sugere-se a realização de oficinas que tenham como produto o instrumento de monitoramento.

Destarte, a construção de parâmetros e estes movimentos que as RT vêm estabelecendo, embora pareçam muito vagarosos, possuem grande potencial. Ao compreenderem a capilaridade da EPS e a complexidade do monitoramento, é mister que as RT de EPS, ao serem nomeadas para esta função, exerçam-na em caráter exclusivo. Assim, será possível um maior engajamento e desenvolvimento de estratégias que propiciem a transversalidade da EPS; um monitoramento das suas ações e um aperfeiçoamento tanto de pessoal quanto da qualificação da atenção e da gestão do SUS.

Por fim, as informações constantes nesta pesquisa podem subsidiar ações nos processos de gestão da SES, pautada nas percepções das RT, acerca do monitoramento das ações de EPS, no contexto das URS.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG), edital 07/2017, do Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS), pelo apoio e financiamento do macroprojeto: “Educação Permanente como Dispositivo de Gestão do Sistema Único de Saúde”, ao qual o presente estudo encontra-se vinculado.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM 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. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2004 fev. 16; Seção I. p 37-1.
2. Brasil. Ministério da Saúde. 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. [Internet]. Brasília, DF; 2007. [acesso em 2020 ago 31]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.194, de 28 de novembro de 2017. Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS. [Internet]. Brasília, DF; 2017. [acesso em 2020 ago 31]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3194_30_11_2017.html.
4. Gonçalves CB, Pinto ICM, França T, Teixeira CF. A retomada do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. Saúde debate [Internet]. 2019 [acesso em 2020 ago 31]; 43(1): 12-23. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000500012&lng=en.
5. Carvalho ALB, Shimizu HE. A institucionalização das práticas de monitoramento e avaliação: desafios e perspectivas na visão dos gestores estaduais do Sistema Único de Saúde (SUS). Interface (Botucatu) [Internet]. 2017 [acesso em 2020 ago 31]; 21(60): 23-33. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000100023&lng=pt.
6. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES/MG nº 7076 de 03 de Abril de 2020. Dispõe sobre a organização dos processos de trabalho das Superintendências Regionais de Saúde (SRS) e Gerências Regionais de Saúde (GRS). [Internet]. Belo Horizonte, MG; 2020. [acesso em 2020 ago 31]. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RESOLU%C3%87%C3%83O%207076%20-%20PDF%20REPUBLICA%C3%87%C3%83O.pdf>.
7. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES/MG nº 6.535, de 05 de Dezembro de 2018. Divulga o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde em atendimento a Portaria GM/MS nº 3.194/2017. [Internet]. Belo Horizonte, MG; 2018. [acesso em 2020 ago 31]. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RESOLU%C3%87%C3%83O_6535.pdf.
8. Maciel JAC, Castro-Silva IL, Farias MR, Vasconcelos MIO, Dias MSA, Queiroz MVO. Discurso do Sujeito Coletivo das concepções sobre Educação Permanente em Saúde de gestores e cirurgiões-dentistas da Atenção Primária à Saúde. Rev. Pesq. Qualit. [Internet]. 2019 [acesso em 2020 ago 31]; 7(13): 117-134. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/265>.
9. Minayo, MCS. Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14.ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
10. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. International Journal

- for Quality in Health Care [Internet]. 2007 [acesso em 2020 ago 31]; 19(6): 349–357. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article/19/6/349/1791966>.
11. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Decreto nº 47.769, de 29 de novembro de 2019. Dispõe sobre a organização da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais [Internet]. Belo Horizonte, MG; 2019. [acesso em 2020 ago 31]. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa-nova-min.html?tipo=DEC&num=47769&ano=2019>.
 12. Silva CBG, Scherer MDA. A implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde na visão de atores que a constroem. Interface (Botucatu) [Internet]. 2020 [acesso em 2020 ago 31]; 24: e190840. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832020000100246&lng=en.
 13. Silva LAN, Pinno C, Schmidt SMS, Noal HC, Gomes IEM, Signor EA. A Educação Permanente no processo de trabalho de Enfermagem. RECOM [Internet]. 2016 [acesso em 2020 ago 31]; 6(3): 2349-2361. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1027/1168>.
 14. Lemos CLS. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente?. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2016 [acesso em 2020 ago 31]; 21(3): 913-922. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000300913&lng=pt.
 15. Merhy EE. Educação permanente em movimento: uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. Saúde em Redes [Internet]. 2015 [acesso em 2020 ago 31]; 1(1): 7-14. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/309/15>.
 16. Vilanova IA, Teles NS, Porto NRAC, Santos SRS, Gois RMO. Indicadores como ferramenta da gestão de qualidade: um estudo bibliográfico. Cad. Grad. Ciências Biológicas e Saúde Unit. [Internet]. 2017 [acesso em 2020 ago 31]; 4(1): 11-24. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/view/3394/216>.
 17. Pereira BS, Tomasi E. Instrumento de apoio à gestão regional de saúde para monitoramento de indicadores de saúde. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 2016 [acesso em 2020 ago 31]; 25(2): 411-418. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222016000200411&lng=en.
 18. Albuquerque C, Martins M. Indicadores de desempenho no Sistema Único de Saúde: uma avaliação dos avanços e lacunas. Saúde Debate [Internet]. 2017 [acesso em 2020 ago 31]; 41: 118-137. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000500118&lng=en.
 19. Bão ACP, Amestoy SC, Moura GMSS, Trindade LL. Quality indicators: tools for the management of best practices in Health. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2019 [acesso em 2020 ago 31]; 72(2): 360-366. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000200360&lng=en.

ANEXOS

ANEXO A – Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde de Minas Gerais





**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais

Nalton Sebastião Moreira da Cruz

Chefia de Gabinete

Lisandro Carvalho de Almeida Lima

Assessoria de Comunicação Social

Romyna Lara Valadares Almeida Lanza

Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde

Márcia Faria Moraes Silva (Interina)

Subsecretaria de Regulação em Saúde

Wandha Karine dos Santos

Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde

Rodrigo Fabiano do Carmo Said

Subsecretaria de Gestão Regional

Márcia Faria Moraes Silva

Subsecretaria de Inovação e Logística em Saúde

Adriana Araújo Ramos

Superintendência de Gestão de Pessoas

Alice Guelber Melo Lopes

Diretoria de Desenvolvimento de Pessoas

Helton Guerra Fernandes



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

**O Grupo de Trabalho Estadual
(GTE)**

Helton Guerra Fernandes

Coordenador do GTE e Diretor de Desenvolvimento de Pessoas

Daniela Souza Lima Campos

Carolina Guimarães

Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde

Ana Carolina Duarte Ribeiro

Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde

Lizziane D'Avila Pereira

Subsecretaria de Regulação em Saúde

Rita dos Reis e Souza

Subsecretaria de Gestão Regional

Kátia Rita Gonçalves

Subsecretaria de Inovação e Logística em Saúde

Fernanda Jorge Maciel

João André Tavares

Thais Lacerda e Silva

Escola de Saúde Pública de Minas Gerais – ESP/MG

Sandra Costa

Fundação Ezequiel Dias- FUNED

Manoela Mota Hauck

Fundação HEMOMINAS

Zaida Ângela Marinho de Paiva Crispim

Escola Técnica de Saúde/Centro de Educação Profissional e Tecnológica - UNIMONTES

Gláucia Fátima Batista

Conselho Estadual de Saúde - CES

Ethiara Vieira Macedo

Neuza Gomes Trindade

Conselho de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS

Agda Soares Martins

Comissão de Integração Ensino e Serviço - CIES

Raquel Fernandez Gontijo

Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

Convidados para a composição Grupo de Trabalho Estadual PRO EPS - SUS

Geralda Gomes Rocha

Diretoria de Desenvolvimento de Pessoas

Franklin Leandro Neto

Gerência Regional de Saúde de Ubá

Joana D'Arc Costa Zanelli

Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora

Maria Izabel Pereira Bráz

Superintendência Regional de Saúde de Sete Lagoas

Bruna Dias Franças

Grupo de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFMG

Organização do Texto

Agda Soares Martins Bruna

Dias França Ethiara Vieira

Macedo Fernanda Jorge

Maciel Geralda Gomes

Rocha João André Tavares

Kátia Rita Gonçalves Rita

dos Reis e Souza Thais

Lacerda e Silva

Colaboradores

Helton Guerra Fernandes (Coordenador) Ana

Carolina Duarte Ribeiro

Carolina Guimarães

Daniela Souza Lima

Campos Franklin

Leandro Neto

Glaucia Fátima

Batista

Joana D'Arc

Costa Zanelli

Kênia Lara

Lizziane D'Ávila Pereira

Luana Vicente de Souza

Ribeiro Maria Izabel

Pereira Bráz

Maria José Grillo Neuza

Gomes Trindade

Raquel Fernandez Gontijo

Sandra Costa

Zaida Ângela Marinho de Paiva Crispim



SUMÁRIO

Assunto	Página
APRESENTAÇÃO	11
1. A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: aspectos históricos e sua construção no Estado de Minas Gerais	13
2. A CONSTRUÇÃO DO PLANO ESTADUAL DE EPS	18
3. SENTIDOS E COMPREENSÕES DE EPS	21
4. DIFICULDADES NA IMPLEMENTAÇÃO DA EPS NOS TERRITÓRIOS	23
5. DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS PARA OPERAR A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	24
5.1 DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS RELACIONADAS À ARTICULAÇÃO/INTEGRAÇÃO ENSINO-SAÚDE	25
5.2 DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS RELACIONADAS À GESTÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	25
5.3 DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS PARA VISIBILIDADE DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	26
6. COMO OPERACIONALIZAR AS DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS DO PEEPS	27
7. AVALIAÇÃO DO PEEPS	27
8. DEFINIÇÃO ORÇAMENTÁRIA	28
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
ANEXO 1	29
ANEXO 2	32
ANEXO 3	73
REFERÊNCIAS	75



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

APRESENTAÇÃO

Este documento tem como objetivo apresentar o caminho percorrido para elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS), assim como as diretrizes e estratégias para a implementação da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde no Estado de Minas Gerais.

O PEEPS foi elaborado por meio do desenvolvimento de 15 oficinas em todas as Regiões Ampliadas de Saúde, sob a coordenação do Grupo de Trabalho Estadual (GTE) com apoio financeiro do Ministério da Saúde, conforme disposto na Portaria 3.194/2017¹. O incentivo financeiro de custeio para a elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente encontra-se no Fundo Estadual de Saúde desde 04/04/2018 e está sob a responsabilidade da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) para o planejamento e elaboração deste Plano Estadual de Educação Permanente para o quadriênio 2019-2022.

O GTE foi instituído por meio da Resolução SES/MG nº 6.287/2018 com representantes das seguintes instituições: Secretaria de Estado de Saúde; Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais - ESP-MG; Fundação Ezequiel Dias - FUNED; Fundação Hemominas; Escola Técnica de Saúde do Centro de Educação Profissional de Tecnológica da UNIMONTES; Conselho Estadual de Saúde - CES; Conselho de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS; Comissão de Integração Ensino e Serviço Estadual – CIES Estadual e Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG.

Consideramos a elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde uma etapa fundamental para a implementação da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde inserida no Plano Estadual de Saúde 2016-2019. A Política Estadual de Educação Permanente tem como objetivo central apontar princípios, estratégias e diretrizes para o desenvolvimento e valorização dos processos de educação permanente em saúde com e entre os trabalhadores que atuam nos diversos serviços que compõem o SUS, com vistas à transformação de práticas de atenção à saúde, gestão, educação e participação social. A Educação Permanente em Saúde (EPS) é compreendida, portanto, como uma política para a educação na saúde e uma prática de ensino-aprendizagem, com vistas ao desenvolvimento de trabalhadores e mudanças nos processos de trabalhos, no intuito de garantir a integralidade do cuidado.

¹ Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS.



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Assim, o presente documento expressa o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do Estado de Minas Gerais, organizado nos seguintes tópicos: a) contextualização breve sobre aspectos históricos da educação permanente em saúde no país e sua construção no Estado de Minas Gerais; b) descrição do processo de elaboração do PEEPS; c) sentidos da educação permanente em saúde pelos diferentes atores nos territórios de Minas Gerais e principais desafios para desenvolvê-la e d) diretrizes e estratégias para a implementação de ações e processos de educação permanente em saúde.



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

1. A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: aspectos históricos e sua construção no Estado de Minas Gerais

A Educação Permanente desde a década de 1980 vem sendo introduzida nos debates pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, intensificou-se a necessidade de formação e qualificação dos trabalhadores, como fator primordial na intenção de melhorar a qualidade dos serviços de saúde prestados aos seus usuários.

É atribuição do SUS afirmada pela Constituição de 1988 o ordenamento da formação de recursos humanos na área da saúde, sendo desenvolvidas, pelo Ministério da Saúde, distintas iniciativas de formação, permeadas pelo movimento crescente de discussão da necessidade de mudanças nesses processos formativos.

Neste sentido, o Ministério da Saúde por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, considerando a necessidade de formular e executar políticas orientadoras da formação e desenvolvimento de trabalhadores do SUS, publicou a portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004, que institui a Política Nacional de Educação Permanente. Por ocasião dessa portaria, os polos de Educação Permanente em Saúde constituíam a principal estratégia do Ministério da Saúde para disseminar e implementar a Política de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Os Polos deveriam funcionar como instâncias de articulação interinstitucional e locorregional conformadas por gestores estaduais e municipais de saúde e educação, instituições formadoras na área da saúde (escolas técnicas, escolas de saúde pública, núcleos de saúde coletiva, entre outros), estudantes da área de saúde, trabalhadores da saúde, conselhos municipais e movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2004).

Posteriormente, o Ministério da Saúde reeditou a PNEPS, por meio da Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, adequando-a às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde de 2006, o qual reforça a importância dos instrumentos de planejamento e gestão do SUS. Conforme salientam Cardoso *et al* (2017), tal reorientação provocou mudanças na organização da Política nos estados, na medida em que os Polos passaram a se reorganizar em Comissões de Integração Ensino Serviço (CIES), agora coordenados pelos Colegiados de Gestão Regional (CGR) e orientados pelo Plano de Ação Regional para a Educação Permanente em Saúde (PAREPS). Assim, de acordo com a



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

PNEPS vigente, as CIES devem ser estruturadas regionalmente e tem como atribuições, dentre vigente, as CIES devem ser estruturadas regionalmente e tem como atribuições, dentre outras, apoiar a construção e execução dos Planos de Ação Regional para a Educação Permanente.

A Portaria nº1996 do Ministério da Saúde publicada em 2007 explicita que:

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem no trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. (BRASIL, 2007, p.23)

Ainda no âmbito federal, é importante destacar que ao longo de 2017, o Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) realizou oficinas regionais com o intuito de subsidiar a atualização da Portaria GM/MS Nº 1996/2007. Esse processo se encontra em andamento.

No Estado de Minas Gerais², antes mesmo da publicação da Política Nacional de Educação Permanente de 2004, foram instituídos em 2003, o Fórum Estadual de Formação e Educação Permanente do SUS/MG e 13 (treze) Polos de Formação e Educação Permanente em Saúde no Estado, correspondentes às macrorregiões assistenciais de saúde definidas no Plano Diretor de Regionalização (PDR). O Fórum deveria ser a “instância de articulação entre os gestores de saúde, as instituições formadoras no Estado e os Polos de Educação Permanente para a formulação de política de formação e qualificação de recursos humanos para o SUS/MG” (MINAS GERAIS, 2003a, 2003b apud MELO, 2015).

Anos depois, com a publicação da Portaria GM/MS nº1996/2007 e da Deliberação CES/MG Nº 002/2010, em abril de 2010, a SES/MG definiu as diretrizes para a implementação da Política de Educação Permanente em Saúde em Minas Gerais. Em junho de 2010, aconteceu a primeira reunião da CIES Estadual, a qual se constitui como um espaço de articulação entre gestores municipais e estaduais das áreas da saúde e educação, instituições formadoras e o controle social. No primeiro momento, as reuniões foram direcionadas para a discussão, redação e aprovação do seu Regimento Interno, tendo sido o mesmo publicizado por meio da Resolução nº 2579 de 24 de novembro de 2010.



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

A partir da primeira reunião CIES Estadual foram instituídas as 77 (setenta e sete) Comissões Técnicas Regionais de Educação Permanente, as 13 (treze) Comissões Permanentes de Integração Ensino e Serviço das Regiões Ampliadas - CIES/RA e a Comissão Permanente de Integração Ensino e Serviço Estadual - CIES Estadual. Essas comissões são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde.

Instituídas essas comissões, em 2011, período em que Núcleo de Educação Permanente da SES-MG integrava a estrutura organizacional da Assessoria de Normalização de Serviços de Saúde, em parceria da CIES Estadual foi realizada a Oficina de Planejamento Estratégico em Educação Permanente em Saúde, na qual foi realizado o diagnóstico situacional sobre a Educação Permanente em Saúde, o levantamento de necessidades de ações educacionais e a verificação sobre o desenvolvimento de competências na implantação das redes prioritárias de atenção à saúde.

Em 2013, o Núcleo de Educação Permanente da SES-MG passou a integrar a estrutura interna da Subsecretaria de Gestão Regional. O Núcleo e os componentes da CIES perceberam a necessidade de readequação da Deliberação CES/MG nº 002/2010 em função da publicação do Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, que 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. Outro fator que apontou a necessidade de revisão da Deliberação CES/MG nº 002/2010, foi a revisão do PDR que criou mais uma região de saúde conforme Deliberação CIB-SUS/MG 978 de 16 de novembro de 2011, que aprova o ajuste do Plano Diretor de Regionalização /PDR-MG 2011 e diretrizes para o ajuste em 2013. Após discussão das alterações e aprovação do Conselho Estadual de Saúde foi publicada a Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.521 de 22 de julho de 2013 que define as normas para a implementação da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde no Estado de Minas.

Em 2015, a equipe que acompanha a implementação da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde na capacitação e formação dos profissionais do SUS/MG foi transferida para a Diretoria de Desenvolvimento de Pessoas, dentro da Superintendência de Gestão de Pessoas, na qual está inserida até a presente data.

Atualmente, é possível identificar em funcionamento os seguintes espaços de governança da Educação Permanente em Saúde: CIES Estadual e Comissões Temáticas vinculadas às Comissões Intergestores Regionais (CIR) e Câmara Técnica de Educação



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

Permanente do Conselho Estadual de Saúde (CES). Além disso, as referências técnicas de EPS das Unidades Regionais tem um importante papel na governança regional da EPS, atuando na articulação entre os diversos atores da gestão, serviço, ensino e comunidade e entre os municípios.

É importante ressaltar que nos últimos anos, a CIES Estadual vem discutindo a necessidade de fortalecer a Educação Permanente em Saúde no estado de Minas Gerais e de repensar a própria forma de funcionamento desta Comissão. Os debates realizados têm versado sobre as mudanças conceituais relacionadas às concepções de EPS, sobre as fragilidades e insuficiências do modelo adotado pelo Estado para a gestão regional desta Política, entre outras questões importantes.

É importante destacar ainda o protagonismo da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais - ESP-MG nessas discussões e no desenvolvimento de ações de fortalecimento da EPS nos territórios mineiros. Esses movimentos foram ampliados a partir de 2015, com a incorporação da Política de EPS no âmbito estadual como uma estratégia da gestão apoiada ESP-MG. Nesse novo cenário, a ESP-MG ganha destaque na condução dessa política estadual, conforme consta nos instrumentos de planejamento e gestão do governo.

A elaboração deste Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do Estado de Minas Gerais se insere no bojo das discussões sobre a implementação e desenvolvimento da Política de EPS em Minas Gerais, podendo ser considerada um marco na consolidação de processos de EPS cada vez mais capilarizados e autônomos nos diferentes territórios de saúde. Com a participação de diversos atores que influenciam e/ou atuam diretamente na implementação de ações de EPS, este Plano foi construído embasado nos próprios princípios da Política de Educação Permanente em Saúde.

Reconhecemos que para a EPS acontecer é necessário reinventar os processos de formação dos trabalhadores, rompendo com os modelos tradicionais de capacitação que abordam os processos de trabalho de forma fragmentada e descontextualizada, baseada na transmissão de conhecimentos (NESPOLI *et al.*, 2011). Compreendemos a EPS como uma ferramenta que privilegia o diálogo, a cooperação e a integralidade entre os espaços de gestão, assistência, formação e controle social, ampliando a capacidade do SUS (BRASIL, 2007). Deste modo, não se trata apenas de uma dimensão pedagógica, mas de um processo político pedagógico capaz de transformar os processos de trabalho em saúde, tornando os profissionais de saúde, gestores e usuários atores protagonistas do seu processo de

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

aprendizagem (YAKAMOTO, 2015; FERRAZ *et al.*, 2013). Ceccim (2005) salienta que a EPS consiste ainda em uma proposta de tornar a rede de saúde pública em uma rede de ensino- aprendizagem, evidenciando a intimidade entre formação, gestão, atenção e participação popular nessa área de saberes, por meio das atividades ocorridas mediadas pela educação na saúde.

É neste contexto e com base nessa compreensão de Educação Permanente em Saúde, que será apresentada a metodologia utilizada para a construção do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do Estado de Minas Gerais.



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

2. A CONSTRUÇÃO DO PLANO ESTADUAL DE EPS

O Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde constitui-se no instrumento norteador para a implementação da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde, tendo sido construído coletivamente, sob a coordenação do Grupo de Trabalho Estadual. Sua elaboração ocorreu a partir da adesão do estado de Minas Gerais ao Programa para Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS (PRO EPS-SUS) e considerou: a) a organização territorial assistencial e administrativa de Minas Gerais; b) as diretrizes do Plano Estadual de Saúde 2016/2019 aprovado na Resolução CES/MG nº 106 de 12 de dezembro de 2016 e c) os resultados da Oficina Preparatória e Oficinas Regionais de Ativadores de EPS para elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde.

As Oficinas e a elaboração do Plano ocorreram em 04 etapas, a saber:

1. Oficina Preparatória de Ativadores de EPS para as Referências Técnicas das Unidades Regionais de Saúde (URS), nível central da SES/MG e membros do GTE;
2. Oficinas Regionais que possibilitaram a participação de atores locais (controle social, gestores, trabalhadores, instituições de ensino);
3. Oficinas de Análise e Consolidação dos resultados das Oficinas Regionais pelo GTE;
4. Elaboração do PEEPS pelo GTE.

Para a definir o número de Oficinas Regionais a serem realizadas para elaboração do PEEPS, o GTE considerou sua capacidade técnica e operacional, aspectos logísticos para participação dos representantes nas regiões de saúde e o prazo para finalização da elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde, tendo em vista a pactuação na reunião da Comissão Intergestores Bipartite referente a dezembro de 2018.

Foi considerado como público participante: trabalhadores da saúde nos municípios, representantes das Unidades Regionais de Saúde, de Conselhos Municipais de Saúde, de Instituições de Ensino, FHEMIG, FUNED, HEMOMINAS e apoiadores do COSEMS regional. Foram realizadas 01 Oficina Preparatória e 14 Oficinas Regionais, totalizando aproximadamente 650 participantes (Quadro 1).



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Quadro 01 - Cronograma das Oficinas Regionais de Ativadores de EPS

Região Ampliada	Regionais de Saúde	Municípios de Abrangência*		Município de realização da Oficina	Data	Expectativa de Municípios
Oeste (com inclusão da abrangência da regional Sete Lagoas)	Divinópolis	54	89	Belo Horizonte	30/08/18 e 31/08/18	41
	Sete Lagoas	35				
Norte	Januária	26	86	Montes Claros	10/09/18 11/09/18	36
	Montes Claros	53				
	Pirapora	7				
Noroeste	Patos de Minas	21	33	Patos de Minas	12/09/18 e 13/09/18	30
	Unaí	12				
Sudeste	Juiz de Fora	37	94	Juiz de Fora	12/09/18 e 13/09/18	38
	Leopoldina	15				
	Manhumirim	11				
	Ubá	31				
Centro (Sem os municípios de abrangência da regional Sete Lagoas)	Belo Horizonte	39	64	Belo Horizonte	24/09/18 e 25/09/18	40
	Itabira	25				
Centro Sul 1	São João Del Rei	20	20	São João Del Rei	26/09/18 e 27/09/18	31
Triângulo do Sul e Triângulo do Norte	Uberaba	27	54	Uberlândia	02/10/18 e 03/10/18	31
	Uberlândia	18				
	Ituiutaba	9				
Sul 1	Alfenas	26	79	Pouso Alegre	15/10/18 e 16/10/18	37
	Pouso Alegre	53				
Jequitinhonha	Diamantina	33	33	Diamantina	03/10/18 e 04/10/18	29
Sul 2	Varginha	50	74	Varginha	15/10/18 e 16/10/18	36
	Passos	24				
Nordeste	Pedra Azul	25	57	Teófilo Otóni	09/10/18 e 10/10/18	30
	Teófilo Otóni	32				
Leste Sul	Manhumirim	23	53	Ponte Nova	24/10/18 e 25/10/18	30
	Ponte Nova	30				
Leste	Cel. Fabriciano	35	86	Gov. Valadares	24/10/18 e 25/10/18	35
	Gov. Valadares	51				
Centro Sul 2	Barbacena	31	31	Barbacena	30/10/18 e 31/10/2018	35



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

As oficinas tiveram como objetivos discutir as compreensões dos participantes sobre a EPS, identificar práticas de Educação Permanente e estratégias utilizadas nos territórios para desenvolvê-las.

A etapa 03, referente à análise e consolidação dos resultados das Oficinas, consistiu em sistematizar as informações registradas nos 15 relatórios elaborados pelos representantes do GTE que coordenaram e apoiaram a realização das Oficinas. O GTE elaborou uma Matriz de Análise dos conteúdos obtidos, considerando as seguintes categorias:

a) sentidos e concepção de educação permanente em saúde; b) dificuldades de implementação da EPS; c) diretrizes e estratégias para implementação e consolidação da EPS.

Na etapa final, o GTE buscou estruturar o Plano considerando, portanto, os resultados das Oficinas e tendo a Educação Permanente em Saúde como referencial político e pedagógico.



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

3. SENTIDOS E COMPREENSÕES DE EPS

De acordo com os relatórios das Oficinas, a problematização é apontada como a base para o desenvolvimento das ações de Educação Permanente em Saúde. Isto parte da compreensão de que o indivíduo deve ser inserido de maneira crítica na realidade, considerando os saberes do outro, de modo que a discussão possa provocar os sujeitos suscitando experiências, que sucessivamente vão proporcionar o aprendizado e mudança na prática profissional. Além disso, o ambiente de trabalho é reconhecido como um potencial local para se trabalhar EPS, sendo importante valorizar a diversidade de saberes trazidas por cada sujeito.

Segundo Ceccim (2004), a EPS é uma estratégia fundamental para que o local de trabalho seja lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Sendo assim, capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde bem como para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão, e as instituições formadoras. O documento da PNEPS explicita que a EPS é feita a partir:

Dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. (Brasil, 2007)

A análise dos relatórios das Oficinas Regionais e da Oficina Preparatória reforça que as características de EPS apontadas na Política Nacional e na literatura, estão presentes no discurso dos participantes, embora eles ainda não nomeiem suas práticas como sendo EPS. Desta forma, mesmo que a EPS aconteça no trabalho de maneira natural e muitas vezes imperceptível pelos seus atores, aponta-se a necessidade desta ser reconhecida e ocupar o seu espaço como uma política pública necessária para melhoria dos processos de trabalho e dos serviços de saúde.

Os participantes das Oficinas apontaram as seguintes características e sentidos das práticas de EPS, explicitadas na figura abaixo.



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

4. DIFICULDADES NA IMPLEMENTAÇÃO DA EPS NOS TERRITÓRIOS

Salienta-se que as discussões realizadas nas oficinas regionais possibilitaram elucidar dificuldades destacadas pelos diferentes participantes para a operacionalização de práticas de Educação Permanente em Saúde nos territórios. Essas dificuldades são de naturezas distintas e estão organizadas no quadro abaixo.

Quadro 02 - Desafios para desenvolvimento de práticas de EPS identificadas nas Oficinas Regionais de Ativadores de EPS.

Item	Descrição
Gestão do trabalho	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alta rotatividade dos profissionais; ▪ Sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde, dificultando a participação em ações de EPS; ▪ Adoecimento dos profissionais; ▪ Desmotivação e desinteresse dos profissionais em participar de ações de EPS; ▪ Precarização dos vínculos trabalhistas
Formação dos profissionais	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Profissionais de saúde possuem uma formação que pouco valoriza as políticas públicas de saúde; ▪ A formação acadêmica, em geral, enfoca um modelo de aprendizagem individual e que prioriza os conhecimentos teóricos sem conecta-los às práticas e aos processos de trabalho;
Trabalho em equipe:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A organização do trabalho dos profissionais de forma compartilhada, interprofissional e colaborativa favorecem o desenvolvimento de ações de EPS. No entanto, a prática do trabalho em equipe ainda é um desafio na maioria dos serviços de saúde, seja pela dificuldade dos próprios profissionais ou por não ser reconhecida pelos atores locais; ▪ A incipiente ou inadequada comunicação entre os profissionais dificulta a realização de ações de EPS; ▪ Falta ou incipiente autonomia das equipes para desenvolverem ações de EPS;
Conhecimento e reconhecimento da EPS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Os profissionais de saúde, gestores e a população possuem baixo conhecimento sobre a EPS; ▪ Necessidade da existência de ativadores de EPS em âmbito local; ▪ Desconhecimento sobre a importância da EPS para os serviços de saúde.
Descontinuidade das ações de EPS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Descontinuidade das ações, trazendo prejuízo as ações de EPS. ▪ Ações denominadas como sendo de EPS são desenvolvidas para atender as demandas imediatas, por meio de ações pontuais e fragmentadas.



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

5. DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS PARA OPERAR A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A condução das oficinas possibilitou identificar uma variedade de diretrizes e estratégias para implementação da Política Estadual de Educação Permanente no cotidiano do processo de trabalho em saúde nos serviços do SUS. Uma das questões colocadas como sendo central para a capilaridade da Educação Permanente em Saúde nos diferentes territórios de atuação dos trabalhadores foi a formação de ativadores de educação permanente em saúde.

O ativador de processos de Educação Permanente em Saúde é todo e qualquer trabalhador inserido nos diversos espaços de desenvolvimento de ações de educação, cuidado, gestão e participação social no âmbito do SUS. Considerando que a Educação Permanente em Saúde acontece no trabalho e para o trabalho, o trabalhador que se propõe a ativar processos de EPS deve mobilizar e sensibilizar as equipes sobre a importância do trabalho como espaço de aprendizado e construção de conhecimento, de compartilhamento de experiências e de transformação das práticas cotidianas, por meio da problematização dos processos de trabalho em saúde.

Os debates sobre a Educação Permanente em Saúde desenvolvidos nos territórios do estado de Minas Gerais apontaram como expectativas de atuação de um ativador de EPS:

- Incentivar criação de espaços de discussão sobre os processos de trabalho das equipes;
- Suscitar a discussão pelas equipes sobre a importância da escuta entre os trabalhadores sobre os saberes e experiências de cada um, considerando a troca como momento importante de aprendizagem;
- Reconhecer e desenvolver, junto aos trabalhadores, iniciativas de valorização e fortalecimento do trabalho em equipe;
- Desenvolver, junto aos trabalhadores, iniciativas de articulação de parcerias para atender às demandas identificadas nos momentos de discussão dos processos de trabalho;
- Fomentar e apoiar movimentos inovadores e processos criativos no trabalho em saúde;
- Compreender os conceitos de Educação Permanente em Saúde, Educação Continuada, Educação em Saúde e Educação Popular em saúde, no sentido de permitir que a transformação das práticas dos trabalhadores ocorra após a reflexão crítica sobre as realidades vivenciadas, possibilitando a organização do



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

processo de trabalho, a integração da equipe, e a maior resolubilidade dos serviços de saúde da população.

- Estimular os trabalhadores e atores sociais, através de metodologias ativas transformando o seu modo de agir e pensar, de forma a envolvê-los ativamente na dinâmica das instituições, num movimento de revalorização do processo de trabalho como centro privilegiado de aprendizagem.

Além da formação de ativadores que suscite discussões e reflexões entre os trabalhadores sobre o cotidiano de trabalho, problematizando-o por meio de atividades de ação-reflexão-ação, foram elencadas diretrizes relacionadas à articulação entre o setor saúde e ensino relacionadas à atuação do gestor e às iniciativas de visibilidade da EPS.

5.1 Diretrizes e estratégias relacionadas à articulação/integração ensino-saúde

- 5.1.1 Realizar articulação intersetorial entre o setor saúde e educação, além de outros setores;
- 5.1.2 Desenvolver metodologias que contribuam para o desenvolvimento do protagonismo dos sujeitos e a construção de coletivos de trabalhadores e gestores;
- 5.1.3 Estabelecer diretrizes voltadas à celebração de compromissos com as instituições de ensino, programas de residência em saúde e gestões municipais e estaduais de saúde para o desenvolvimento das atividades de ensino-aprendizagem e formação no âmbito do SUS;
- 5.1.4 Desenvolver pesquisas relacionadas ao campo da Educação Permanente em Saúde;
- 5.1.5 Promover a integração dos processos de capacitação e desenvolvimento de trabalhadores, considerando os princípios da Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde;

5.2 Diretrizes e estratégias relacionadas à gestão da Educação Permanente em Saúde

- 5.2.1 Compreender e utilizar a Educação Permanente em Saúde como dispositivo fundamental no processo de gestão e gerência do SUS;
- 5.2.2 Apoiar e desenvolver ações de valorização do trabalho e do trabalhador;



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

- 5.1.1 Valorizar as capacidades do sujeito/trabalhador em atuar como agente de transformação social no SUS, considerando a importância da interação e integração entre equipes e serviços de saúde;
- 5.1.2 Definir agenda protegida para o desenvolvimento de ações de EPS durante o trabalho;
- 5.1.3 Constituir, quando necessário, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento de trabalhadores;
- 5.1.4 Inserir a Educação Permanente em Saúde enquanto agenda prioritária, expressa nos diversos instrumentos de planejamento e gestão do SUS;
- 5.1.5 Potencializar a articulação regional e o envolvimento da Secretaria Estadual de Saúde, por meio das Unidades Regionais de Saúde, propiciando apoio aos municípios, através de práticas horizontalizadas;
- 5.1.6 Assegurar a condução regional da Política de Educação Permanente por meio da redefinição e fortalecimento dos espaços de governança regional da Educação Permanente em Saúde;
- 5.1.7 Incentivar e apoiar a elaboração dos Planos de Ação de Educação Permanente em Saúde, considerando os princípios e diretrizes da EPS;
- 5.1.8 Apoiar iniciativas de monitoramento das ações de Educação Permanente em Saúde, considerando a realidade e as necessidades locais e os efeitos destas ações nos serviços ofertados;
- 5.1.9 Disponibilizar estrutura física, logística e insumos necessários à realização de práticas de EPS;
- 5.1.10 Apoiar a realização de ações de Educação Permanente nos espaços de participação social no SUS Conselhos municipais de Saúde e Conselhos Locais de Saúde.

5.2 Diretrizes e estratégias para visibilidade da Educação Permanente em Saúde

- 5.2.1 Utilizar a EPS como mecanismo de socialização e ampliação de conhecimento e experiências e a comunicação para divulgar as ações da própria EPS;
- 5.2.2 Mobilizar, produzir e compartilhar conhecimentos e tecnologias a partir de diversas estratégias, tais como: eventos, oficinas, encontros, materiais de divulgação de informações, meios de compartilhamento de publicações e materiais didáticos no campo da Educação Permanente em Saúde;



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

- 5.2.3 Fomentar a rede de ativadores de EPS, oportunizando a reflexão coletiva sobre novas práticas de educação que buscam fortalecer a aprendizagem e a produção do conhecimento no trabalho;
- 5.2.4 Divulgar nas diversas instâncias do SUS e em outros espaços a Política de Educação Permanente em Saúde e o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde;
- 5.2.5 Estimular a participação dos gestores, dos trabalhadores e das instituições de ensino nas ações de EPS;
- 5.2.6 Promover ações para envolver e sensibilizar a comunidade sobre a relevância de realização das atividades de EPS e o impacto positivo nos processos de trabalho e na prestação dos serviços de saúde aos usuários do SUS.

6. COMO OPERACIONALIZAR AS DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS DO PEEPS

O desdobramento das Diretrizes e Estratégias do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde em ações e atividades deverá ocorrer por meio de discussões e definições nas Comissões Temáticas de Educação Permanente de EPS das Comissões Intergestores Regionais (CIR).

Essa forma de operacionalização busca considerar as especificidades e necessidades regionais, bem como as redes colaborativas locais que devem ser desenvolvidas ou fortalecidas para viabilizar as práticas de EPS nos territórios.

O prazo para discussões e definições será de 6 meses, a contar a partir da emissão da Nota Técnica, para que todas as CIR, discutam em seu contexto as diretrizes e desdobramentos em objetivos, ações, metas e indicadores. **Observação:** Caberá a CIES até o final de março de 2019, disponibilizar às referências técnicas de Educação Permanente em Saúde das Unidades Regionais de Saúde a Nota Técnica para que estas apresentem às CIR do estado com orientações sobre o processo de elaboração de desdobramento das diretrizes, conforme acima definido.

7. AVALIAÇÃO DO PEEPS

O monitoramento e a avaliação do Plano devem contemplar duas dimensões: a) deverá ser objeto de ação sistemática e regular sobre todas as iniciativas abrangidas pelo



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

Plano; b) deverá permitir a participação dos atores sociais envolvidos com a PNEPS sobre as diretrizes e estratégias apresentadas no Plano.

Objetivamente, o processo de avaliação do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde ocorrerá por meio de oficinas anuais de Avaliação do PEEPS, com a presença dos atores sociais envolvidos com a Política de Educação Permanente.

8. DEFINIÇÃO ORÇAMENTÁRIA

Os recursos necessários para a execução deste Plano serão compostos pelo Orçamento Anual da SES e por transferências anuais estabelecidas pela PNEPS desenvolvida pelo Ministério da Saúde. É importante salientar que considerando o cenário nacional e estadual de restrições econômicas, a implementação do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde será de acordo com a disponibilidade financeira.

No âmbito municipal, é importante destacar que é possível a previsão e alocação de recursos em ações de EPS, a partir da compreensão de sua importância para os serviços de saúde, por meio dos instrumentos de planejamento em saúde, além de existirem recursos federais repassados diretamente aos municípios para ações de EPS

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do PEEPS procurou desenvolver estratégias que fortalecessem e qualificassem a gestão da Política de Educação Permanente do SUS. Para atingir os resultados esperados é fundamental perceber o trabalhador como sujeito e agente transformador do seu ambiente e que o trabalho seja visto como um processo de trocas, de criatividade, co-participação e co-responsabilização, de enriquecimento e comprometimentos mútuos.

O PEEPS é um documento norteador das ações de Educação Permanente em Saúde para o Estado de Minas Gerais. O seu processo de implementação exige que ele seja visto como um documento em permanente construção, onde os processos em desenvolvimento no campo da Educação Permanente impõem constantes revisões das suas ações e metas.

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa **EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO DISPOSITIVO DE GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**. Nesta pesquisa pretendemos analisar a Educação Permanente como dispositivo de gestão dos profissionais de saúde nas Superintendências e Gerências Regionais de Saúde de Minas Gerais. O motivo que nos leva a estudar a presente temática, fundamenta-se na possibilidade de melhoria assistencial, através da compreensão da Educação Permanente como dispositivo de gestão no âmbito do Sistema Único de Saúde brasileiro. Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: ao concordar em participar você responderá a um questionário eletrônico e entrevista semiestruturada, através do qual, o pesquisador extrairá as informações necessárias por análise das respostas. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em riscos mínimos, sendo assegurado o compromisso em se maximizar os benefícios e se minimizar os danos e riscos, que podem ser subjetivos, como a manifestação de diferentes sentimentos, incluindo o constrangimento ao responder alguma pergunta. Você, enquanto participante será esclarecido quanto a estes e lhe será dada completa autonomia para interromper sua participação, sem que isso interfira na relação entre pesquisador, participante. Além disso, lhe será assegurada a manutenção do anonimato e do sigilo relacionado à sua identificação pelas informações. A pesquisa contribuirá com o aperfeiçoamento das ações educacionais através da educação permanente em saúde para os profissionais de saúde gestores nas superintendências regionais de saúde de Minas Gerais pode ter impacto nas ações dos serviços de saúde e melhoria da assistência a população de Minas Gerais. Para participar deste estudo o Sr (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a). O pesquisador tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O (A) Sr (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na **FACULDADE DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE JUIZ DE FORA** e a outra será fornecida ao Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____ portador do documento de Identidade

_____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa **EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO DISPOSITIVO DE GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2019.

Assinatura do Participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Nome do Pesquisador Responsável: Denise Barbosa de Castro Friedrich

Endereço: RUA IVON JOSÉ CURI 470 PORTAL DA TORRE

CEP: 36037-467 / Juiz de Fora – MG

Fone: (32) 3031 2074

E-mail: denise.friedrich@ufjf.edu.br

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

ANEXO C – Parecer Consubstanciado CEP/UFJF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO DISPOSITIVO DE GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Pesquisador: Denise Barbosa de Castro Friedrich

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 77983617.8.0000.5147

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.292.061

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa em andamento e nesta oportunidade o pesquisador solicita emenda para continuidade da pesquisa e inclusão de pesquisador. A apresentação está clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, estando de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

Objetivo da Pesquisa:

Acrescenta um objetivo aos demais, sendo esse pertinente à pesquisa estando estes claros bem delineados, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios descritos em conformidade com a natureza e propósitos da pesquisa. O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo e benefícios esperados estão adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios está de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Houve acréscimo de um instrumento de coleta de informações, um novo objetivo, alteração da metodologia e ampliação do cronograma, estando estes pertinentes ao projeto.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 3.202/201

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 468 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPEs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, a emenda ao projeto está aprovada, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 468/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: março de 2020.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 468/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO a Emenda ao protocolo de pesquisa proposto, a qual solicita inclusão de uma entrevista semiestruturada com as referências técnicas em Educação Permanente em Saúde das

Superintendências e Gerências de Minas Gerais, buscando compreender também o desenvolvimento do monitoramento da EPS realizadas no processo de gestão pelos profissionais de saúde. Nesse sentido, foi necessário a inclusão na equipe da pesquisa a pesquisadora, Edith Monteiro de Oliveira, para realizar a coleta desses dados. Cabe destacar que para atendimento da

Endereço: JOSE LOURENÇO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.038-000
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propeq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 3.262.061

emenda solicitada, houve a inclusão de informações nos campos: Desenho, Objetivo Secundário, Metodologia Proposta, Cronograma de Execução, Orçamento e Grupos que serão divididos; nesse último campo de alteração, ressalta-se que não houve alteração do tamanho da amostra, visto que, o número estimado na primeira versão do projeto até o momento, não foi alcançado em sua completude. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_132072_2_E1.pdf	26/03/2019 15:15:44		Aceito
Outros	Entrevista_Semiestruturada.docx	26/03/2019 15:15:09	EDITH MONTEIRO DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	26/03/2019 14:53:44	EDITH MONTEIRO DE OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	cepadref.docx	26/03/2019 14:50:12	EDITH MONTEIRO DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	instrumentodecoleta.pdf	02/10/2017 09:48:31	Anna Karla Nascimento Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	29/09/2017 17:59:30	Anna Karla Nascimento Lima	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	infra.PDF	29/09/2017 17:57:18	Anna Karla Nascimento Lima	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.PDF	29/09/2017 17:55:25	Anna Karla Nascimento Lima	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

ANEXO D – Comprovante de Submissão de Artigo

