

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

KATERINE GONÇALVES MORAES

ANÁLISE DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO
PERMANENTE EM SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL

BRASÍLIA

2012

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

KATERINE GONÇALVES MORAES

ANÁLISE DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO
PERMANENTE EM SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Área de Concentração: Políticas, práticas e cuidado em saúde e enfermagem.

Linha de Pesquisa: Gestão da atenção a saúde e organização dos serviços em saúde

Orientador: Jane Lynn Garrison Dytz

BRASÍLIA

2012

KATERINE GONÇALVES MORAES

ANÁLISE DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO
PERMANENTE EM SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL

Dissertação apresentada como requisito parcial
para a obtenção do título de Mestre em
Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Aprovado em 20 de novembro de 2012.

Banca examinadora:

Prof. Dra. Jane Lynn Garrison Dytz - Presidente da Banca
Universidade de Brasília

Prof. Dra. Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira - Membro Efetivo, Externo ao Programa
Universidade de Brasília

Prof. Dra. Diana Lucia Moura Pinho – Membro Efetivo
Universidade de Brasília

Prof. Dra. Leila Bernarda Donato Gottens – Membro Suplente
Universidade de Brasília

Aos meus pais, Jorge Defensor (in memoriam) e Maria Helena, pelo amor e incentivo constante ao meu crescimento profissional.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por possibilitar a conclusão de mais uma jornada e gostaria de registrar meus sinceros agradecimentos às pessoas que fizeram parte desse percurso acadêmico, contribuindo substancialmente para a construção dessa dissertação.

À professora Jane Lynn Dytz, pela competência, dedicação e paciência no exercício da orientação, colaborando não só intelectualmente, mas afetivamente em todo o processo de construção desse estudo.

A todos os professores e colegas que tive a oportunidade de conviver no período do Mestrado acadêmico na UnB, pelas excelentes discussões realizadas e contribuições ao meu crescimento acadêmico.

A toda minha família pelo amor, dedicação, respeito e apoio incondicional, em especial aos meus pais pela compreensão dos momentos de ausência nesses últimos anos, talvez os mais difíceis e mais desafiadores para todos nós.

Ao Raphael dos Santos, meu amigo e companheiro, que acompanhou todo esse percurso ao meu lado, pela sua compreensão e excelentes contribuições a esse trabalho.

Aos meus queridos amigos Adelyany Batista, Rodrigo Dornelas e Vladimir Arce que compartilharam comigo muitos momentos da minha vida pessoal e acadêmica.

A todos os profissionais que aceitaram participar da pesquisa e tornaram possível a construção desse estudo.

“No momento em que nos comprometemos, a providência divina também se põe em movimento. Todo um fluir de acontecimentos surge ao nosso favor. Como resultado da atitude, seguem todas as formas imprevistas de coincidências, encontros e ajuda, que nenhum ser humano jamais poderia ter sonhado encontrar. Qualquer coisa que você possa fazer ou sonhar, você pode começar. A coragem contém em si mesma, o poder, o gênio e a magia”.

(J. W. Goeth)

RESUMO

MORAES, K.G. Análise do Processo de Implementação da Política de Educação Permanente em Saúde no Distrito Federal. 140 folhas. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

O problema do desenvolvimento de recursos humanos em saúde esteve presente na pauta de discussão do governo brasileiro em diversos momentos, mas só adquiriu o status de política pública em 2004, com a publicação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, constituída para melhorar a formação e desenvolvimento para os trabalhadores da saúde. Esta política objetiva a transformação das práticas nos serviços de saúde por meio do incentivo à problematização como instrumento para enfrentar os problemas reais diariamente vivenciados pelos profissionais de saúde, fundamentando-se nos pressupostos da aprendizagem significativa, sendo a atualização técnico-científica apenas um dos aspectos desse processo de transformação e não seu foco central. **Objetivo:** Analisar o processo de implementação da política de educação permanente em saúde no Distrito Federal, Brasil. **Metodologia:** Trata-se de um estudo qualitativo com base no referencial teórico-metodológico de análise de implementação de políticas públicas. Foram entrevistados 24 sujeitos responsáveis pela implementação da política. Para a análise dos dados utilizou-se o método de análise de conteúdo temático proposto por Bardin. **Resultados:** A implementação desta política é de responsabilidade da Coordenação de Desenvolvimento de Pessoas que tem, sob sua subordinação técnica, Núcleos de Educação Permanente em Saúde, responsáveis pela implementação da mesma nos serviços de saúde. Existe um conflito de atribuições entre essa coordenação e a subsecretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde, o que acaba interferindo no financiamento das ações e atua como um empecilho para uma implementação efetiva da política. Há uma centralização na construção das propostas de educação na saúde, na figura do gestor, e pouca participação de outros segmentos, tais como o controle social, as instituições de ensino e os trabalhadores da saúde. No que diz respeito à proposta metodológica das atividades, há ainda uma predominância pela educação continuada, centrada na transmissão de conteúdo. Após a análise das dimensões organizacional e pedagógica do trabalho de educação na saúde, percebe-se que apesar de não estar sendo implementada como preconizam os instrumentos legais, as atividades propostas estão sendo realizadas rotineiramente e de forma tradicional nos serviços de saúde. **Conclusão:** Para a implementação da política de educação permanente em saúde será necessário uma mudança de paradigma, o que requer um longo processo de mudança cultural e social nas relações de trabalho e de vida dos atores envolvidos. Vale ressaltar que, de modo geral, a implementação de uma política pública se dá de forma progressiva, aprendendo com a experiência e fazendo evoluir os problemas encontrados por meio da busca e implementação das soluções.

DESCRITORES: Política de Saúde; Recursos Humanos; Serviços de Saúde; Capacitação; Educação Continuada.

ABSTRACT

Analysis of the process of policy implementation in Permanent Health Education
in the Federal District.

The problem of human resources development in health care has been present in the agenda of the Brazilian government at various times, but only acquired the status of public policy in 2004, with the publication of the National Permanent Health Education Policy, constituted to improve the education and professional development of health care personnel. This policy aims at the transformation of health care practices by encouraging problematization as a tool to deal with daily work related problems, based on the assumptions of meaningful learning, considering technological and scientific updates as just one aspect of this transformation process and not its main focus. **Objective:** To analyze the process of policy implementation in permanent health education in the Federal District, Brazil. **Methodology:** A qualitative study was carried out using public policy implementation theory as theoretical and methodological framework. A total of 24 individuals responsible for implementing the policy were interviewed. For data analysis, thematic content analysis method, as proposed by Bardin, was used. **Results:** The implementation of this policy is the responsibility of the Coordination for Personnel Development which has under its technical subordination the Centers for Permanent Health Education, responsible for implementing it in health services. There is a conflict between this coordination and a subsecretary of labor and health education which interferes with the financing of this program and acts as an obstacle for effective policy implementation. Management centralizes the construction of health education proposals and there is little participation of other segments, such as civil society, universities and health care workers. With regards to methodology, there is still a predominance of activities based on the concept of continuing education, emphasizing transmission of content. After analyzing the organizational and pedagogical dimensions of health education, it is clear that, despite not being implemented as recommended by the legal instruments, traditional educational activities are being carried out routinely in health services. **Conclusion:** The implementation of permanent health education policy will require a paradigm shift, which necessarily involves a long process of cultural and social change in the workplace and the life of the actors involved. An important remainder is that implementation of a public policy generally occurs in a progressive way, learning from experience and making evolve the problems encountered by seeking and implementing solutions.

KEYWORDS: Health Policy; Human Resources; Health Services; Training; Continuing Education.

RESUMEM

Análisis del Proceso de Implementación de la Política de Educación Permanente en Salud en el Distrito Federal

El problema del desarrollo de recursos humanos en salud estuvo presente en la pauta de discusión del gobierno brasileño en diversos momentos, pero sólo adquirió el estatus de política pública en 2004, con la publicación de la Política Nacional de Educación Permanente en Salud, constituida para mejorar la formación y desarrollo para los trabajadores de la salud. Esta política objetiva la transformación de las prácticas en los servicios de salud por medio del incentivo a la problematización como instrumento para enfrentar los problemas reales diariamente vividos por los profesionales de salud, fundamentándose en los presupuestos del aprendizaje significativo, siendo la actualización técnico-científica solamente uno de los aspectos de ese proceso de transformación y no su enfoque central. **Objetivo:** Analizar el proceso de implementación de la política de educación permanente en salud en el Distrito Federal, Brasil. **Metodología:** Se trata de un estudio cualitativo con base en el referencial teórico-metodológico de análisis de implementación de políticas públicas. Fueron entrevistados 24 sujetos responsables por la implementación de la política. Para el análisis de los datos se utilizó el método de análisis de contenido temático propuesto por Bardin. **Resultados:** La implementación de esta política es de responsabilidad de la Coordinación de Desarrollo de Personas que tiene, bajo su subordinación técnica, Núcleos de Educación Permanente en Salud, responsables por la implementación de la misma en los servicios de salud. Existe un conflicto de atribuciones entre esa coordinación y la subsecretaría de gestión del trabajo y de la educación en la salud, lo que acaba interfiriendo en la financiación de las acciones y actúa como un obstáculo para una implementación efectiva de la política. Hay una centralización en la construcción de las propuestas de educación en la salud, en la figura del gestor, y poca participación de otros sectores, tales como el control social, las instituciones de enseñanza y los trabajadores de la salud. En lo que se refiere a la propuesta metodológica de las actividades, hay aún una predominancia por la educación continuada, centrada en la transmisión de contenido. Después del análisis de las dimensiones organizacional y pedagógica del trabajo de educación en la salud, se percibe que a pesar de no estar siendo implementada como preconizan los instrumentos legales, las actividades propuestas están siendo realizadas rutinariamente y de forma tradicional en los servicios de salud. **Conclusión:** Para la implementación de la política de educación permanente en salud será necesario un cambio de paradigma, lo que requiere un largo proceso de cambio cultural y social en las relaciones de trabajo y de vida de los actores involucrados. Existe evidencia que, de modo general, la implementación de una política pública se da de forma progresiva, aprendiendo con la experiencia y haciendo evolucionar los problemas encontrados por medio de la búsqueda e implementación de las soluciones.

DESCRIPTORES: Política de Salud; Recursos Humanos; Servicios de Salud; Capacitación; Educación Continuada.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01.	Distribuição temporal das Conferências Nacionais de Saúde e respectivos Presidentes da República e Ministros da Saúde, no período de 1941 a 2011	21
Figura 02.	Temas centrais das Conferências Nacionais de Saúde e síntese dos aspectos relacionados ao desenvolvimento de recursos humanos no período de 1941 a 2011	22
Figura 03.	Diagrama do pacto pela saúde com destaque para a gestão da educação na saúde	40
Figura 04.	Modelos de gestão da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde	43
Figura 05.	Diretrizes e responsabilidades do gestor do Distrito Federal sobre a gestão da educação na saúde	46
Figura 06.	Comparação entre as propostas de educação continuada e educação permanente	51
Figura 07.	Visão clássica do <i>policy cycle</i>	56
Figura 08.	Visão do <i>policy cycle</i> como um processo simples e linear	57
Figura 09.	Mapa do Distrito Federal, ordenado por Região Administrativa	63
Figura 10.	Síntese das unidades de significação e categorias temáticas das 24 entrevistas	68
Figura 11.	Proposta do Plano Distrital de Saúde 2008-2011 para capacitação profissional na área da saúde	78
Figura 12.	Organograma da SES/DF destacado as unidades responsáveis pela gestão da educação na saúde, Distrito Federal, 2012	85
Figura 13.	Fluxograma da gestão da educação na saúde, Secretaria de Estado de Saúde, Distrito Federal, 2012	86
Figura 14.	Fluxograma do financiamento da política de educação permanente em saúde no Distrito Federal, 2012	89
Figura 15.	Fatores que interferem na implementação da Política de EPS no DF	117
Figura 16.	Fluxograma da análise do processo de implementação da política de EPS no DF	118

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Capacidade instalada da SES/DF, por diretoria regional de saúde, em 2012	75
---	----

LISTA DE SIGLAS

CADRHU	Curso de Atualização em Desenvolvimento de Recursos Humanos
CEDRHUS	Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde
CGR	Colegiados de Gestão Regional
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIES	Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviços
CISB	Centro Interescolar de Saúde de Brasília
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNRH	Conferência Nacional de Recursos Humanos
CNS	Conferências Nacionais de Saúde
CODEP	Coordenação de Desenvolvimento de Pessoas
CODERH	Coordenação de Desenvolvimento de Recursos Humanos
COMPP	Centro de Atenção Médico Psico Pedagógica
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DEGERTS	Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DRS	Diretorias Regionais de Saúde
EAEB	Escola de Auxiliares de Enfermagem de Brasília
EC	Educação continuada
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESCS	Escola Superior de Ciências da Saúde
ETESB	Escola Técnica de Saúde de Brasília
FEPECS	Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
FHB	Fundação Hemocentro de Brasília
FHDF	Fundação Hospitalar do Distrito Federal
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
FNS	Fundo Nacional de Saúde
GDF	Governo do Distrito Federal
GDP	Gerência de Desenvolvimento de Projetos
GERUS	Desenvolvimento Gerencial em Unidade Básica de Saúde
GESCON	Gerência de Estágios e Convênios

HAB	Hospital de Apoio de Brasília
HBDF	Hospital de Base do Distrito Federal
HDB	Hospital Distrital de Brasília
HRAN	Hospital Regional da Asa Norte
HRAS	Hospital Regional da Asa Sul
HSVP	Hospital São Vicente de Paula
ISM	Instituto de Saúde Mental
LACEN	Laboratório Central de Saúde Pública
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MES	Ministério da Educação e Saúde
MS	Ministério da Saúde
NEPS	Núcleos de Educação Permanente em Saúde
NETS	Núcleos de Educação para o Trabalho em Saúde
NOB-RH/SUS	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos em Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAREPS	Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde
PCCS	Plano de Cargos, Carreira e Salários
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PEPS	Política de Educação Permanente em Saúde
PLE	Projeto Larga Escala
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da área de Enfermagem
PROMED	Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas
RA	Regiões Administrativas
SEC	Secretaria de Educação e Cultura
SES/DF	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUGETES	Subsecretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
UnB	Universidade de Brasília
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e Cultura

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	REVISÃO DE LITERATURA	21
2.1	DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE NO BRASIL: BREVE HISTÓRICO	21
2.2	POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	36
2.2.1	Aprovação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde ..	36
2.2.2	Mudanças na Política após o Pacto pela Saúde	38
2.2.3	Diretrizes da Política de Educação Permanente em Saúde	45
2.3	NOVO PARADIGMA NA SAÚDE: O CONCEITO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE E SEUS PRESSUPOSTOS	47
2.4	MODELOS DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	53
3	OBJETIVOS DO ESTUDO	61
3.1	OBJETIVO GERAL	61
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	61
4	MÉTODO	62
4.1	TIPO DE PESQUISA	62
4.2	CENÁRIO DA PESQUISA	63
4.3	SUJEITOS DA PESQUISA	64
4.4	COLETA DE DADOS	65
4.5	ANÁLISE DOS DADOS	66
4.6	PROCEDIMENTOS ÉTICOS	67
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	68
5.1	A ESTRUTURA ORGANIZACIONAL E AS DIRETRIZES DO SISTEMA DE SAÚDE DO DF PARA A GESTÃO NA ÁREA DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE	74
5.1.1	Organização do sistema de saúde no Distrito Federal	74
5.1.2	Diretrizes do sistema de saúde do Distrito Federal para a gestão na área da educação na saúde	76
5.2	A GESTÃO DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL.....	79
5.2.1	Antecedentes históricos	79

5.2.2 A estrutura organizacional para a gestão da educação na saúde do DF	85
5.2.3 O financiamento da política de educação na saúde no DF	88
5.2.3 A estrutura de coordenação da educação na saúde no DF	90
5.3 ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DAS ESTRUTURAS DE EXECUÇÃO DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	93
5.3.1 Caracterização dos Núcleos de Educação Permanente em Saúde	94
5.3.2 Atribuições dos Núcleos de Educação Permanente em Saúde	96
5.4 ARENAS PARA DISCUSSÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA	100
5.5 AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE DESENVOLVIDAS NO DF NO ÂMBITO DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	104
5.5.1 A dimensão pedagógica das ações educativas nos serviços de saúde	104
5.5.2 Fatores dificultadores para o desenvolvimento do trabalho de educação na saúde	113
5.6 ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DO DF	116
5.6.1 Análise da dimensão organizacional da política de educação permanente em saúde no DF	118
<i>5.6.1.1 Participação dos atores envolvidos na implementação da política</i>	118
<i>5.6.1.2 Questões administrativas</i>	119
5.6.2 Análise da dimensão pedagógica da política de educação permanente em saúde no DF	121
<i>5.6.2.1 Aspectos teórico-conceituais da política</i>	121
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	123
REFERÊNCIAS	126
ANEXOS	136

1 INTRODUÇÃO

Apesar do conceito de recursos humanos ter sua origem na área da administração - que concebe o trabalhador como recurso, com base em uma dimensão funcional - na área da saúde, esse tema envolve todas as questões relativas aos trabalhadores do setor, bem como a sua relação com o processo de construção do Sistema Único de Saúde - SUS (MENDES GONÇALVES, 1993 apud VIEIRA, 2009).

As ações direcionadas aos recursos humanos em saúde concentram-se em três campos de intervenção, o campo da formação e desenvolvimento de pessoas, o campo da gestão de pessoas nos serviços e o campo da regulação profissional. Esses campos permeiam um conjunto de atividades relacionadas às pessoas que atuam nos serviços de saúde e vão desde a formação e desenvolvimento dos trabalhadores da área, sua distribuição na quantidade e perfil necessários aos serviços, passando pelas modalidades de vínculos e condições de trabalho, até os campos de atuação e autorização para o exercício profissional (CONASS, 2004).

O presente estudo concentra-se no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores na área da saúde, e seu enfoque é no desenvolvimento. A formação é caracterizada por um processo educativo formal que gera uma certificação/habilitação profissional específica, podendo ser de educação profissional de nível médio, graduação e pós-graduação. O desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde se refere às atividades educativas destinadas a profissionais inseridos nos serviços de saúde, e consta nos registros das Conferências Nacionais de Saúde (CNS) e demais documentos da área como educação contínua ou continuada, educação permanente, reciclagem, capacitação, aperfeiçoamento, treinamento e motivação (CECCIM et al., 2002).

Analisando a evolução histórica da questão dos recursos humanos em saúde, observam-se diversos momentos, de acordo com as prioridades dos governos. Até a década de 1960, o tema não fazia parte da agenda de prioridades, já que a situação sanitária do país merecia destaque. A partir de 1960 até 1980, o foco era nos aspectos relativos à qualificação profissional, ou seja, na necessidade de formar profissionais com perfil condizente com as necessidades do sistema de saúde vigente.

Nesse período predominava a hegemonia do profissional médico em detrimento do trabalho em equipe multiprofissional, bem como o investimento em profissionais auxiliares com baixa qualificação. Essa falta de investimento em mão de obra qualificada para o trabalho em saúde não condizia com as intensas discussões realizadas durante as conferências de saúde, cujas propostas eram aprovadas, mas de fato não entravam na agenda política.

A partir de 1986, durante a 8ª CNS, que contou com a participação de usuários e trabalhadores do SUS, além dos gestores, as questões relativas às condições de trabalho entraram na pauta de discussão, iniciando as preocupações a respeito das relações precarizadas de trabalho e da necessidade de uma política de recursos humanos que também considerasse a gestão do trabalho no SUS.

Como resultado dessas discussões, em 1988, foi promulgada a Constituição cidadã, que reconheceu a saúde como direito de todos e dever do Estado e atribuiu ao SUS a ordenação da formação dos recursos humanos para o setor, com base na premissa de que o investimento em recursos humanos tem influência direta na melhoria dos serviços disponíveis para a população. Estabeleceu ainda que a qualificação dos trabalhadores da saúde deve ocorrer em sintonia com os modelos de organização da atenção (BRASIL, 2002).

A 9ª e a 10ª CNS também ampliaram a discussão a respeito da necessidade de uma política de recursos humanos para a saúde. Todavia, durante a realização da 11ª CNS, em 2001, o relatório apontou que “a formação dos trabalhadores da saúde não se orienta pela leitura das necessidades sociais em saúde. É conduzida sem debate com os organismos de gestão de participação social do SUS” (BRASIL, 2001a, p.42-3).

Essa conferência ratificou a responsabilidade do SUS na ordenação da formação de recursos humanos para o setor e aprovou a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos em Saúde (NOB-RH/SUS), publicada em 2002. Essa NOB estabeleceu as diretrizes para a instituição de uma política nacional na área e afirmou os recursos humanos como “a base para a viabilização e implementação dos projetos, das ações e serviços de saúde disponíveis para a população” (BRASIL, 2002, p. 10), sendo o investimento nos recursos humanos necessário para o avanço na implementação do SUS.

Costa (2006) aponta em seu estudo, que as diversas ações realizadas no âmbito da formação de recursos humanos para a saúde criaram as possibilidades de valorização da educação permanente em saúde como uma importante estratégia de consolidação do sistema. Essas ações se constituíram experiências que apontaram para as necessidades de mudanças na formação profissional no sentido de se ter o trabalho como eixo estruturante da formação e que esta deveria ser orientada para as necessidades da população.

A autora supracitada destaca como experiências inovadoras na área da educação na saúde o Projeto Larga Escala, o curso de atualização em desenvolvimento de recursos humanos (CADRHU), o de desenvolvimento gerencial em unidade básica de saúde (GERUS), o projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem (PROFAE), e o programa de incentivo a mudanças curriculares nas escolas médicas (PROMED). Além

dessas, outras ações foram realizadas no Brasil, mas não serão detalhadas por não constituírem foco do presente estudo.

Para Costa (2006), essas iniciativas, apesar dos esforços empreendidos e das mudanças implementadas, introduziram apenas alterações pontuais nos modelos hegemônicos de formação e cuidado em saúde, reforçando a necessidade de uma política que se concretizasse como estratégia de consolidação do SUS, possibilitando uma articulação entre o sistema de saúde e as instituições formadoras nas questões relativas à formação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS.

Em 2003, foi criada no âmbito do Ministério da Saúde, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) que passou a coordenar nacionalmente todas as questões relativas à gestão do trabalho e da educação dos trabalhadores da saúde.

A gestão da educação na saúde ficou na responsabilidade do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES/SGTES). Esse departamento, após um longo processo de discussão e pactuação nas esferas de gestão do SUS, instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), por meio da Portaria Ministerial nº 198, de 13 de fevereiro de 2004 (BRASIL, 2004a).

Observa-se, portanto, a permanência desse tema como estado de coisas¹ durante quase 18 anos, já que a discussão para a política remete à 8ª CNS, em 1986, e a instituição da portaria que a regulamentou foi apenas em 2004. Destacam-se as CNS como espaço privilegiado para a definição de Políticas Públicas no Brasil.

Em 2006, com o advento do Pacto pela Saúde, a política foi readequada, sendo publicada a Portaria Ministerial nº 1.996, em 20 de agosto de 2007. A partir dessa portaria, os Colegiados de Gestão Regional (CGR's), com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviços (CIES) passaram a ser responsáveis pela elaboração, condução e monitoramento da política em âmbito regional.

Ressalta-se que essas instâncias não são executoras, cabendo aos Estados, Distrito Federal (DF) e municípios a responsabilidade de criar estruturas de coordenação e execução da política, em âmbito local, que irão participar dos processos de condução junto aos CGR's e CIES.

A coordenação da Política de Educação Permanente em Saúde (PEPS) no DF é feita pela Coordenação de Desenvolvimento de Pessoas (CODEP) e sua execução é realizada por

¹ Definido por Rua (1998) como uma situação que pode existir durante muito tempo, incomodando grupos de pessoas e gerando insatisfações sem, entretanto, chegar a mobilizar as autoridades para incluí-la na agenda de prioridades governamentais.

meio dos Núcleos de Educação Permanente em Saúde (NEPS), localizados nas Diretorias Regionais de Saúde (DRS's), que são os responsáveis pelas atividades de educação na saúde em todas as regiões administrativas do DF. Além desses, existem Neps que se localizam em unidades de referência para o sistema de saúde do DF.

Essas estruturas são responsáveis pela educação em serviço de 17.159 servidores da rede pública de saúde que conta com: 10.185 (59%) profissionais de nível fundamental e médio, sendo 1.904 (11%) auxiliares operacionais de serviços diversos e agentes de saúde pública, 7.510 (44%) auxiliares de enfermagem, 771 (4%) auxiliares e técnicos nas demais áreas em saúde; 6.974 (41%) profissionais de nível superior, sendo 1.501 (9%) enfermeiros, 4.339 (25%) médicos generalistas e especialistas e 1.134 (7%) profissionais de nível superior nas diversas áreas em saúde (GDF, 2010).

O eixo central nas discussões a respeito da política é a educação em serviço, compreendida como a relação entre educação e trabalho em saúde, cujo objetivo é possibilitar o encontro das “práticas formativas com as práticas de atenção e gestão no setor, respeitando o seu controle social” (BRASIL, 2003, p.1), sendo responsabilidade de cada instância do SUS induzir as mudanças necessárias nas práticas de saúde e na formação profissional.

O desafio dessa política é a articulação Trabalho, Educação e Saúde na formação e desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde, com vistas a um perfil profissional que possibilite o alcance da premissa constitucional de que saúde é direito de todos e dever do Estado, tendo como base os princípios de universalidade, equidade e integralidade (PEREIRA e LIMA, 2009).

No entanto, uma determinação legal, como é o caso da portaria que instituiu a política, não é suficiente para estabelecer mudanças, já que a implementação de uma política pública não ocorre de forma automática. Esse estudo propõe trabalhar a etapa da implementação da *policy analysis*, um campo de pesquisas em política pública que apresenta diversos modelos de estudos na área.

Para melhor visualização e análise do processo de políticas, o mesmo é dividido em etapas, denominando-se *policy cycle*. Nessa compreensão, as políticas são formadas por vários estágios em um processo dinâmico: definição de agenda, identificação de alternativas, avaliação das opções, seleção das opções, implementação e avaliação (SOUZA, 2006).

Optou-se como referencial teórico-metodológico a abordagem feita por dois estudiosos precursores na área: Pressman e Wildalvsky (1984). Esses autores fazem um contraponto à visão clássica da *policy analysis*, garantindo autonomia à fase da

implementação, embora considerem que a implementação não deve estar desvinculada da fase da formulação.

Esses autores consideram que não se realiza avaliação sem analisar o processo de implementação, bem como, ao fazê-lo, também se está avaliando uma parte do processo da política objeto do estudo. Para os autores, a implementação e avaliação são caras opostas da mesma moeda. Dessa forma, saber se uma política foi bem ou mal implementada implica observar a diferença entre as consequências previstas com as de fato obtidas, ou seja, mediante a avaliação.

Nesse sentido, a proposta do presente estudo é analisar o processo de implementação da Política de Educação Permanente em Saúde na realidade dos serviços de saúde no Distrito Federal.

Com vistas a alcançar esse objetivo, essa dissertação está organizada da seguinte forma: a primeira parte é constituída por essa introdução ao tema, a segunda parte é a revisão bibliográfica, a terceira parte são os objetivos, a quarta são os métodos, a quinta são os resultados e discussão, e a sexta parte as conclusões.

A revisão bibliográfica está subdividida em quatro subcapítulos, conforme segue:

- O primeiro subcapítulo aborda a inclusão do tema da formação e desenvolvimento de recursos humanos em saúde na agenda política no Brasil, tendo como base a análise dos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde;
- O segundo subcapítulo traz as discussões a respeito da formulação da Política de Educação Permanente em Saúde, bem como seus fundamentos e suas diretrizes operacionais;
- O terceiro subcapítulo tem como base os pressupostos da educação permanente, apresentando o histórico desse termo que confere aos processos educativos um caráter de permanência e sua incorporação pela área da saúde;
- O quarto subcapítulo apresenta o ciclo das políticas públicas, enfocando a etapa da implementação e os modelos de análise utilizados nesse tipo de estudo.

A parte que aborda os resultados e discussão do estudo está subdividida da seguinte forma:

- Inicialmente, apresenta-se a estrutura organizacional e as diretrizes do sistema de saúde do DF, buscando contextualizar o local do estudo e discutir, à luz do plano distrital de saúde, as questões relativas à educação permanente em saúde;

- Em seguida, discute-se a gestão da educação na saúde, realizando um resgate histórico das atribuições da CODEP em relação à educação na saúde no DF e problematizado a participação da CIES nos espaços de implementação da política;
- O terceiro tópico apresenta a organização e o funcionamento dos Núcleos de Educação Permanente em Saúde - estruturas de execução da política de EPS no DF;
- O quarto apresenta as arenas para a discussão da implementação da política de EPS, buscando analisar a participação social nesses espaços, a atuação das áreas técnicas da SES/DF e as discussões em relação às mudanças na formação dos trabalhadores da saúde;
- No quinto tópico realiza-se uma análise da dimensão pedagógica da política de EPS, buscando estabelecer um paralelo das atividades que estão sendo realizadas nos serviços, diferenciado entre educação continuada e permanente;
- Por último, tomando como base o referencial de análise de implementação de políticas, realiza-se a análise final do processo de implementação da política de EPS no DF.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE NO BRASIL: BREVE HISTÓRICO

A formação e o desenvolvimento dos recursos humanos na área da saúde não são uma preocupação recente, já estiveram em pauta em muitos momentos na agenda dos governos. Este capítulo pretende analisar a evolução desse tema por meio de um resgate histórico nos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde que relatam a constituição do sistema de saúde no Brasil, dando ênfase aos aspectos relativos aos recursos humanos. Até 1986, ano em que ocorreu a 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, o fórum de debate nacional sobre todas as questões relativas ao sistema sanitário brasileiro, inclusive os recursos humanos, eram essas conferências.

As conferências foram instituídas por meio da Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937, que dispunha sobre a nova organização do Ministério da Educação e Saúde (MES), e tinham o objetivo de facilitar ao governo federal o conhecimento e a orientação das atividades de educação e de saúde que ocorriam nos serviços locais por todo o país, bem como possibilitar o auxílio e subvenções do governo federal aos governos estaduais (BRASIL, 1941). Observa-se que até a década de 80, as CNS constituíam um espaço estritamente intergovernamental.

Até o momento, ocorreram 14 Conferências Nacionais de Saúde, conforme explicitado na Figura 1, que traz a distribuição temporal desses eventos, no período de 1941 a 2011, especificando os respectivos presidentes e ministros da saúde:

CNS	Data	Presidente da República	Ministro da Saúde
1ª	06/1941	Getúlio Vargas	Gustavo Capanema
2ª	12/1950	Eurico Gaspar Dutra	Pedro Calmon M. de Bittencourt
3ª	06/1963	João Belchior Goulart	Wilson Fadul
4ª	08-09/1967	Arthur da Costa e Silva	Leonel T. Miranda de Albuquerque
5ª	08/1975	Ernesto Geisel	Paulo de Almeida Machado
6ª	08/1977	Ernesto Geisel	Paulo de Almeida Machado
7ª	03/1980	João Batista Figueiredo	Waldyr Mendes Arcoverde
8ª	03/1986	José Sarney	Roberto Figueira Santos
9ª	08/1992	Fernando Collor de Mello	Adib Domingos Jatene
10ª	09/1996	Fernando Henrique Cardoso	Adib Domingos Jatene

CNS	Data	Presidente da República	Ministro da Saúde
11 ^a	12/2000	Fernando Henrique Cardoso	José Serra
12 ^a	12/2003	Luís Inácio Lula da Silva	Humberto Sérgio Costa Lima
13 ^a	11/2007	Luís Inácio Lula da Silva	José Gomes Temporão
14 ^a	11-12/2011	Dilma Rousseff	Alexandre Padilha

Fontes: CONASS, 2009, BRASIL, 2012a.

Figura 1. Distribuição temporal das Conferências Nacionais de Saúde e respectivos Presidentes da República e Ministros da Saúde, no período de 1941 a 2011.

Em 1986, foi realizada a primeira Conferência Nacional de Recursos Humanos (CNRH) enquanto fórum privilegiado de debate nesta área. A segunda aconteceu sete anos depois, em 1993, e a terceira e última ocorreu em 2006. A Figura 2 apresenta o tema central das CNS e das CNRH e sintetiza como o tema do desenvolvimento de recursos humanos para a saúde foi abordado em cada evento:

Data	Tema Central	Desenvolvimento de recursos humanos
1 ^a CNS 1941	Situação sanitária e assistencial dos estados	Não abordou o tema
2 ^a CNS 1950	Legislação referente à higiene e segurança do trabalho	Não abordou o tema
3 ^a CNS 1963	Descentralização na área de saúde	Objetivo: Ajustar a formação à demanda dos programas do governo. Ações: Adestramento, aperfeiçoamento e especialização para os profissionais dos serviços. Público: Médicos e técnicos/auxiliares.
4 ^a CNS 1967	Recursos humanos para as atividades em saúde	Objetivo: Formular uma política permanente de avaliação de recursos humanos. Adequar a formação dos profissionais na área da saúde ao perfil epidemiológico do país. Ações: Revisão dos currículos dos cursos de medicina. Formação de pessoal de nível médio para a saúde. Cursos de atualização/treinamentos para os profissionais já inseridos no serviço. Público: Médicos e técnicos/auxiliares.
5 ^a CNS 1975	Constituição do Sistema Nacional de Saúde e a sua institucionalização	Objetivo: Aprimoramento da formação profissional (universitária e auxiliar) para atender aos programas do Ministério Saúde. Ações: Adequar a formação de médicos e demais profissionais na área das ciências da saúde. Público: Médico, demais profissionais na área da saúde, técnicos/auxiliares.

Data	Tema Central	Desenvolvimento de recursos humanos
6ª CNS 1977	Controle das grandes epidemias e interiorização dos serviços de saúde	Objetivo: Adequar a formação profissional. Ações: Capacitação de recursos humanos para o programa de interiorização dos serviços de saúde. Criação da carreira de sanitário e agente de saúde pública. Reciclagem periódica através de cursos e estágios. Público: Profissionais de nível superior e médio.
7ª CNS 1980	Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos	Objetivo: Formação de recursos humanos para os serviços básicos de saúde. Ações: Articulação das universidades com os serviços de saúde com vistas à educação continuada. Público: Profissionais dos serviços básicos de saúde.
8ª CNS 1986	Saúde como direito; Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e Financiamento setorial	Objetivo: Formar recursos humanos em relação ao aspecto técnico, ético e de consciência social. Garantir condições satisfatórias de remuneração e trabalho. Capacitação e reciclagem permanentes. Ação: Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde
1ª CNRH 1986	Política de Recursos Humanos rumo à reforma sanitária	Objetivo: Instituir uma Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde. Ações: Estabelecer critérios sobre recrutamento, seleção, concurso, plano de cargos e salários, isonomia salarial, avaliação de desempenho, direitos trabalhistas, entre outros. Educação continuada/reciclagem permanente/ atualização dos profissionais por meio da integração ensino-serviço, articulação interprofissional e o trabalho coletivo.
9ª CNS 1992	Municipalização é o caminho	Objetivo: Instituir uma política direcionada para a capacitação e formação de recursos humanos. Ação: 2ª Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde.
2ª CNRH 1993	Os desafios éticos frente às necessidades de saúde	Objetivo: Ampliação das discussões da 1ª CNRH.
10ª CNS 1996	Construção de modelo de atenção à saúde	Objetivo: Estabelecer uma política nacional de recursos humanos em saúde para o SUS. Ação: Promulgar uma Norma Operacional Básica de Recursos Humanos em 90 dias.
11ª CNS 2000	Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social	Objetivo: Estabelecer uma Política nacional de recursos humanos para o SUS Ações: discussões a respeito das relações de trabalho e do desenvolvimento dos trabalhadores na saúde, a formação de pessoal para a saúde e os processos de educação para o SUS. Aprovação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS.
12ª CNS 2003	Saúde: um direito de todos e um dever do Estado. A saúde que temos, o SUS que queremos	Objetivo: Criar coordenações de Educação em Saúde nas três esferas de governo, integrando essas ações a uma política de educação permanente. Ampliar e implantar Polos de Educação Permanente em Saúde em todos os estados.

Data	Tema Central	Desenvolvimento de recursos humanos
3ª CNRH 2006	Trabalhadores de saúde e a saúde de todos os brasileiros: práticas de trabalho, de gestão, de formação e de participação.	Objetivo: estabelecer diretrizes para a implementação da política nacional, dando seguimento às discussões já realizadas.
13ª CNS 2007	Saúde e qualidade de vida: políticas de Estado e Desenvolvimento	Objetivo: Fortalecer a Política de Educação Permanente em Saúde
14ª CNS 2011	Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública e Patrimônio do Povo Brasileiro	Objetivo: Fortalecer a Política de Educação Permanente em Saúde

Figura 2. Temas centrais das Conferências Nacionais de Saúde e síntese dos aspectos relacionados ao desenvolvimento de recursos humanos no período de 1941 a 2011.

Analisando os relatórios finais destas conferências, percebe-se que o tema dos recursos humanos não ocupava lugar de destaque na agenda do governo até a década de 60. A 1ª CNS ocorreu em 1941, no governo Vargas, com foco na situação sanitária do país, sob a responsabilidade do Ministério da Educação e Saúde. Foram temas dessa conferência: a organização sanitária estadual e municipal, a ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose, a determinação das medidas para o desenvolvimento dos serviços de saneamento e a construção do plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência (BRASIL, 1941).

Apesar da determinação legal de que as conferências deveriam ocorrer a cada dois anos, a 2ª CNS ocorreu somente em 1950, sendo que não há registros formais sobre ela. No sítio eletrônico do Ministério da Saúde consta apenas que nessa conferência estabeleceu-se a legislação referente à higiene e segurança do trabalho e à prestação de assistência médica e sanitária preventiva para trabalhadores e gestantes (BRASIL, 2012b). Essa conferência ocorreu também sob a responsabilidade do MES, já que o Ministério da Saúde foi criado apenas em 1953.

Observa-se que, durante as décadas de 40 e 50, a preocupação dos governos era com a situação sanitária do país, sendo a ênfase nos programas que visavam acabar com os surtos epidêmicos das doenças infectocontagiosas (HOCHMAN, 2005). O objetivo dessas ações era o desenvolvimento do Brasil, sendo a saúde um bem de valor econômico. Assim, investir na saúde do capital humano possibilitava o desenvolvimento e progresso da nação (LIMA et al.,

2005). Dessa forma, a situação sanitária do país à época representava um problema político, para o qual decisões precisariam ser tomadas, enquanto outros temas, como o desenvolvimento e a formação de recursos humanos em saúde, não entravam na agenda de prioridades governamentais.

A 3ª CNS ocorreu somente 13 anos após a 2ª CNS, em 1963, e o objetivo era a organização administrativa das atividades médico-sanitárias no país por meio da fixação de um plano nacional de saúde que considerasse a situação sanitária da população e a distribuição e coordenação dessas atividades nos três níveis de gestão, enfatizando as responsabilidades dos municípios (BRASIL, 1963). Observa-se o embrião do que seria futuramente a questão da municipalização dos serviços de saúde.

A análise dos documentos referentes a essa conferência demonstra a permanência da ideia de que a melhoria das condições de saúde da população está atrelada ao desenvolvimento econômico do país, tal como explicitado no relatório: “o estado sanitário das populações está intimamente relacionado ao seu estágio de desenvolvimento econômico; este condiciona, em grande parte, os níveis de vida das comunidades, dos quais a saúde é um dos componentes” (BRASIL, 1963, p. 47).

O tema da formação de pessoal para a área da saúde aparece na proposta do plano nacional de saúde como responsabilidade do Ministério da Saúde, sendo que os programas estariam vinculados à Escola Nacional de Saúde Pública e a oferta seria de “adestramento de pessoal técnico, aperfeiçoamento e especialização de profissionais que se dedicam ao trabalho sanitário” com foco nos “médicos e outras categorias de técnicos exigidos pelo trabalho sanitário” (BRASIL, 1963, p. 35). Há ainda no plano a referência à necessidade de colaboração das instituições universitárias e de educação básica, bem como a proposta de revisão dos currículos com vistas a ajustar a formação à demanda dos programas do governo.

Em virtude da constatação de que não seria possível a permanência de médicos em todo o território nacional, pois estes se concentravam principalmente nos grandes centros urbanos, tal como nos dias atuais, o foco do investimento passou a ser em trabalhadores de menor qualificação, auxiliares ou atendentes supervisionados pelo médico, sendo responsabilidade dos estados e municípios admitir e treinar os futuros servidores dos serviços sanitários. O plano orientava que esses profissionais não necessitariam ter um nível de educação elevado e deveriam passar por treinamentos breves com ênfase no ensino prático. A forma como esse tema foi abordado nessa época e a ênfase que se deu à formação de profissionais de menor escolaridade influenciaram de maneira significativa as decisões posteriores com relação à política de recursos humanos em saúde.

Ainda em relação à 3ª CNS, o plano estabelecia divisões de competência para a formação dos trabalhadores da saúde entre os três entes, sendo competências da União preparar e aperfeiçoar pessoal especializado e realizar estudos e pesquisas aplicadas; aos estados competia preparar pessoal de Saúde Pública; e aos municípios, colaborar no preparo de pessoal de saúde e realizar admissão de pessoal, visando vincular esses servidores à organização municipal e a criar uma infraestrutura permanente de serviços de saúde.

Em 1967, ocorreu a 4ª CNS cujo tema foi *Recursos humanos para as atividades de saúde*. Observa-se a inclusão, pela primeira vez, deste tema na agenda de discussão do governo que objetivava com essa conferência formular uma política permanente de avaliação de recursos humanos, com vistas a formar quadros de pessoal condizentes com as necessidades do país (BRASIL, 1967).

No relatório citado acima se destaca a situação da América Latina e, especialmente, do Brasil frente à temática dos recursos humanos para saúde, sendo este um problema não só de quantidade, mas também de qualidade na formação. Essa conferência foi um marco no contexto nacional sobre o desenvolvimento de recursos humanos para a área da saúde. O relatório apresentou o diagnóstico da situação dos recursos humanos, algumas propostas de mudanças na formação desses profissionais, assim como a necessidade de atualização para os já inseridos no serviço.

A conferência enfatizou o papel médico como principal, reconhecendo a necessidade de formação de outros profissionais denominados “paramédicos”, para minimizar o problema da escassez de médicos. Esses profissionais poderiam realizar atividades de menor complexidade, para os quais deveria haver uma definição de responsabilidades, de forma que não exercessem atividades exclusivas dos médicos. O relatório enfatizava a escassez de enfermeiras e de técnicos de formação acadêmica intermediária entre o ensino fundamental e universitário, aliada ao problema da falta de qualidade na formação do pessoal auxiliar.

Diante desse quadro, havia propostas de adequar a formação dos profissionais na área da saúde ao perfil epidemiológico do país, sendo necessária a revisão dos currículos dos cursos de medicina, com vistas a integrar à assistência curativa o foco da prevenção. Outra proposta era a formação de pessoal de nível médio para a saúde, além de cursos de atualização para os profissionais já inseridos no serviço, dando destaque para o treinamento com vistas ao enfrentamento da situação sanitária do país.

O relatório designava ainda mecanismos para a obtenção de pessoal necessário às atividades de saúde, tais como a necessidade de cursos regulares de formação, que objetivavam preparar pessoal de nível superior e médio, meios de adequação caracterizados

por cursos rápidos e intensivos para a suplementação da educação já recebida, cursos de aprimoramento, que seriam as atividades desenvolvidas em serviço com vistas à instrução e treinamento complementar, e cursos de atualização para atualizar os profissionais nas novas tecnologias, sendo responsabilidade do Ministério da Saúde a adequação, o aprimoramento e a atualização, e a este, em conjunto com o Ministério da Educação e Cultura, cabia a formação profissional.

No entanto, o ano de 1968 foi marcado, no contexto da educação, pela Reforma Universitária, determinada pela Lei 5.540, de 28 de novembro de 1968, que instituiu significativas mudanças no setor, dissociando o ensino da realidade sanitária da população e tornando-o focado nas especializações, sofisticação tecnológica, dependência das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares. Esse fato foi exacerbado pela medicalização da sociedade, tornando a saúde um bem de consumo de massa, suscitando a indústria da doença, bem como o acelerado crescimento do setor empresarial de serviços médicos centrados na lógica dos lucros (LUZ, 1991).

Outro fato a ser observado nessa época é que, apesar da determinação de que cabia às universidades o papel de formadora dos recursos humanos para a saúde pública, permanecia a cargo das Escolas de Saúde Pública, ligadas ao Ministério da Saúde, a formação nessa área, tal como estabelecido na 3ª CNS, ocasionando o desaparecimento da disciplina Saúde Pública dos currículos dos cursos de saúde, argumentando-se que o momento sociopolítico não necessitava desse conhecimento (SILVA, 2008). Assim, a formação em Saúde Pública foi delegada para o nível de pós-graduação, a ser ofertada por escolas especializadas que deveriam acatar os requisitos mínimos fixados pela Escola Nacional de Saúde Pública (SAYDE et al., 1998).

A 5ª CNS ocorreu em 1975, e visava discutir a institucionalização do recém-constituído Sistema Nacional de Saúde, instituído pela Lei nº 6229, de 17 de julho de 1975. Os aspectos relativos ao desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde estavam na linha das discussões, conforme já debatido na 4ª CNS, de forma que havia a recomendação do aprimoramento da formação profissional, tanto de nível universitário como auxiliar, para atender às diversas atividades instituídas pelos programas do Ministério da Saúde, cabendo ao Ministério da Educação e Cultura (MEC) adequar ao sistema a formação de médicos e demais profissionais na área das ciências da saúde (BRASIL, 1975).

Diante dessa competência, o MEC criticou não só o sistema de ensino, mas também os serviços médicos por seu caráter individual, complexo e altamente especializado em detrimento dos serviços de saúde pública. Dessa forma, propôs a orientação dos serviços aos

aspectos preventivos e de atenção coletiva, bem como a necessidade de integração entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência e Assistência Social com vistas a orientar a formação dos recursos humanos em saúde (SAYDE et al.,1998).

A 6ª CNS ocorreu em 1977, sob o tema central *Controle das grandes endemias e interiorização dos serviços de saúde*. Foram discutidos aspectos relativos à formação e desenvolvimento dos recursos humanos em saúde diante da necessidade de integrar as instituições de ensino e pesquisa aos serviços de saúde, com o objetivo de definir as reais necessidades, em termos quantitativos e qualitativos, de recursos humanos em saúde, inclusive de pessoal auxiliar. Em relação à interiorização dos serviços de saúde, havia a necessidade de capacitação de recursos humanos, objetivando a implantação e execução do programa, bem como a reciclagem periódica através de cursos e estágios. Na discussão a respeito da Política Nacional de Saúde, recomendou-se colocar o sistema formador de recursos humanos integrado ao sistema utilizador desses recursos (BRASIL, 1977a).

Além dos assuntos centrais, a conferência aprovou a criação de duas carreiras distintas de caráter multidisciplinar, na área da Saúde Pública, instituídas por meio do Decreto nº 7.945, de 30 de março de 1977: a de sanitarista de nível superior, voltada para as atividades de planejamento, normalização, direção e supervisão, e a de agente de saúde pública, de nível médio, que seria responsável pela execução (BRASIL, 1977b). Essa proposta consolidou a dicotomia já existente entre preventivo e curativo no âmbito da formação dos recursos humanos.

A 6ª CNS foi avaliada à época como um retrocesso em relação às discussões realizadas na 5ª CNS no que diz respeito à integração saúde individual e saúde coletiva, pois manteve a dicotomia estabelecida entre medicina curativa e medicina preventiva (SAYDE et al., 1998).

No final da década de 70, ocorreu a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que deu origem à Declaração de Alma-Ata, ampliando o conceito de saúde e expressando a necessidade de promover a saúde dos indivíduos, tendo como foco central os cuidados primários e a integralidade da assistência à saúde, entendida como um campo intersetorial (ALMA-ATA, 1978). Nesse relatório, a educação aparece como parte dos cuidados primários em saúde e está vinculada a problemas prevalentes e suas formas de prevenção e controle.

A 7ª CNS ocorreu em 1980, sob a influência da Declaração de Alma-Ata e da proposta de Saúde para todos no Ano 2000. Seu foco foi a implementação e o desenvolvimento do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) que objetivava a expansão

das ações de saúde por meio dos serviços básicos. Dentre outros temas, destacou-se o imperativo de políticas voltadas para a formação de recursos humanos para os serviços básicos de saúde, bem como a necessidade de articulação das universidades com os serviços de saúde com vistas à educação continuada (BRASIL, 1980).

Um ponto a ser destacado em relação às 6ª e 7ª CNS é o início da utilização do termo “educação continuada” para se referir a processos educativos direcionados a profissionais já inseridos no serviço. Outro destaque é que até a 7ª CNS, a preocupação era com a adequação dos recursos humanos à realidade do sistema de saúde. Foi somente a partir da 8ª CNS, que entraram na agenda as discussões a respeito das condições em que esses profissionais desenvolviam seu trabalho.

O cenário político dessa época foi caracterizado pela expansão do modelo capitalista, possibilitando o crescimento do setor privado e a incorporação de tecnologias com aumento da rede hospitalar e ênfase nas ações curativas, em detrimento dos investimentos em saúde pública. Havia uma polarização do trabalho em saúde entre o médico e os profissionais auxiliares, ou seja, entre um profissional qualificado que delegava e supervisionava o trabalho e profissionais sem qualificação específica que executavam as tarefas (SANTOS et al., 1988).

Em decorrência desse investimento em mão de obra barata e desqualificada para o trabalho em saúde, na década 1980, 70% da força de trabalho em saúde era composta por profissionais com baixa escolaridade (ensino fundamental e médio). Destes, 50% eram profissionais de enfermagem que exerciam atividades auxiliares e de apoio sem a supervisão do enfermeiro, devido à escassez deste profissional no país. Nesse período, apenas 30% do total de profissionais de saúde tinham formação superior, sendo que 17,13% eram médicos, 9,27% odontólogos, 2,03% enfermeiros e 0,99% farmacêuticos (VIEIRA & SCUCATO, 1988).

Esses dados refletem a hegemonia da prática médica e a predominância de profissionais de saúde que eram preparados e habilitados para o exercício de suas funções por meio de treinamentos em serviço, sem a preocupação com seu processo formativo.

Para mudar o problema da qualificação precária que ocorria nos serviços de saúde, o Ministério da Saúde, em articulação com o Ministério da Educação e o Ministério da Previdência e Assistência Social, instituiu o Projeto de Formação de Trabalhadores para a Área de Saúde em Larga Escala, mais conhecido como Projeto Larga Escala (PLE), por meio da Portaria nº 05, de 11 de março de 1980, alterada pela Portaria nº 03, de 27 de abril de 1984, ratificado pela Resolução da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação nº 15, de 11 de novembro de 1985 (BRASIL, 1987; BASSINELLO & BAGNATO, 2009).

O PLE foi criado no contexto do movimento de reformulação dos serviços de saúde, impulsionado pela Reforma Sanitária, que tinha entre suas metas a alteração substancial da política de formação e capacitação do pessoal da saúde que vinha sendo realizada até aquele momento, sendo seu objetivo último a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos usuários do sistema de saúde (GRYSCHER, 2000).

A 8ª CNS ocorreu em 1986, e foi um marco no contexto político-sanitário brasileiro ao lançar os fundamentos de um novo sistema público de saúde. Essa conferência contou com a participação de mais de 4000 pessoas, dentre elas, mil delegados representando a sociedade civil, profissionais de saúde, partidos políticos e instituições que atuam no setor. Suas propostas foram consolidadas posteriormente na Constituição Federal de 1988, rompendo com a separação que havia no sistema de saúde entre os incluídos e não incluídos economicamente. As modificações propostas na conferência foram além de uma reforma administrativa e financeira, exigindo uma extensa reformulação, ampliando o próprio conceito de saúde na Constituição, que passou a considerar a saúde um direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1986a).

Esse relatório aponta a inadequação da formação de recursos humanos em saúde, tanto em nível técnico quanto nos aspectos ético e de consciência social, associada à sua utilização em condições insatisfatórias de remuneração e trabalho. As recomendações da conferência em relação à política de recursos humanos se dividiam em dois eixos: o trabalho em saúde e a formação e desenvolvimento de recursos humanos em saúde.

Assim, em relação ao trabalho em saúde, foram discutidas questões relativas a remuneração condigna, isonomia salarial entre as mesmas categorias profissionais nos três níveis do sistema, plano de cargos e salários, admissão através de concurso público, estabilidade no emprego, composição multiprofissional das equipes e incorporação dos agentes populares de saúde como pessoal remunerado, sob a coordenação do nível local do Sistema de Saúde, para trabalhar em educação para a saúde e cuidados primários.

Em relação à formação e desenvolvimento de recursos humanos em saúde, foram discutidos os seguintes pontos: a necessidade de capacitação e reciclagem permanentes dos trabalhadores da saúde, a formação dos profissionais integrada ao Sistema de Saúde, regionalizado e hierarquizado, e a inclusão no currículo de ensino em saúde do conhecimento das práticas alternativas.

Em continuidade a essas discussões, no mesmo ano, acontece a Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (CNRHS), constituindo um fórum privilegiado de debate nessa área, cujo tema central foi a *Política de Recursos Humanos rumo à Reforma Sanitária*.

Nessa conferência foi unanimidade a constatação de que há uma dissociação entre formação e necessidade dos serviços, tema que havia sido discutido nas conferências nacionais anteriores. Destaca-se na CNRHS a necessidade de incorporar a essa discussão temas relevantes para o desenvolvimento dos recursos humanos em saúde, tais como recrutamento e seleção, concurso, plano de cargos e salários, isonomia salarial, avaliação de desempenho, direitos trabalhistas e escolha dos cargos de chefias, entre outros, com o objetivo de buscar soluções que possibilitassem a transformação da situação em que se encontravam os trabalhadores (BRASIL, 1986b).

Em relação aos processos de educação para os trabalhadores da saúde, constatou-se que esses ocorriam sob a forma de pacotes emergenciais que não atendiam à realidade dos serviços. Nesse sentido, a educação continuada foi destacada como uma das estratégias para reformulação dos serviços, recomendando que a atualização dos profissionais de saúde fosse realizada por meio da integração ensino-serviço, articulação interprofissional e o trabalho coletivo, assegurando a reciclagem permanente dos trabalhadores da saúde.

Em 1992, ocorreu a 9ª CNS no contexto pós-implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), cujo tema era *Saúde: municipalização é o caminho* que, dentre outras discussões, abordou a necessidade de se estabelecer políticas direcionadas para a capacitação e formação de recursos humanos, na garantia da efetiva implantação do SUS. Uma das recomendações foi a realização da 2ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (2ª CNRHS) com o objetivo de aprofundar o debate e a reflexão e propor diretrizes para a política de recursos humanos para o setor saúde (BRASIL, 1992; 1993).

Dessa forma, um ano depois, em 1993, realizou-se a 2ª CNRHS sob o tema *Os desafios éticos frente às necessidades de saúde*, em que foi analisada a saúde da população a partir do processo de implementação do SUS, com destaque para a necessidade de organizar o desenvolvimento, a formação e a gestão de recursos humanos, por meio da regulamentação do ingresso do trabalhador no setor saúde através de concurso público, como também a elaboração do plano de cargos, carreira e salários (PCCS) (BRASIL, 1993).

Essa conferência ampliou o tema relativo à precarização das relações de trabalho, tema que já havia sido pauta das discussões em 1986, durante a 8ª CNS e 1ª CNRH. Observa-se, portanto, dois aspectos fundamentais em relação à temática dos trabalhadores da saúde: a preparação e a gestão de recursos humanos.

No que diz respeito à preparação de recursos humanos, o relatório final da 2ª CNRH propôs uma integração entre os setores da educação e da saúde com vistas a uma política de recursos humanos em saúde, sendo a realidade local a base para os projetos de formação e

qualificação das categorias profissionais necessárias à operacionalização do SUS. Dentre as propostas estavam a integração entre as instituições formadoras e serviços de saúde, a revisão dos currículos de formação, a revisão da lei do exercício profissional de todas as profissões da saúde para adequá-los às demandas, a criação de estruturas de desenvolvimento de recursos humanos nas secretarias municipais e estaduais de saúde e o desenvolvimento de programas de capacitação para os trabalhadores da saúde (BRASIL, 1993).

O tema dos recursos humanos para a área da saúde foi retomado, em 1996, na 10ª Conferência Nacional de Saúde, sendo debatida a necessidade de se estabelecer uma política nacional de recursos humanos em saúde para o SUS. Após a publicação do relatório dessa conferência, o Ministério da Saúde teria 90 dias para elaborar uma norma operacional que contemplasse uma agenda de prioridades para a implantação da política de desenvolvimento de recursos humanos para o setor (BRASIL, 1998).

No entanto, o documento com a terceira versão das diretrizes para a elaboração da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB-RH/SUS) foi aprovado apenas em 2000, durante a 11ª Conferência Nacional de Saúde, resultado do trabalho do Conselho Nacional de Saúde, sob a coordenação da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH) e da Mesa Nacional de Negociação do SUS (BRASIL, 2002).

A 11ª CNS ocorreu em 2000, e seu relatório apontou diversos problemas relacionados aos recursos humanos necessários para o setor, tais como: fixação dos profissionais no interior do país, principalmente de médicos, baixa oferta de emprego aos demais profissionais da equipe de saúde, falta de investimento na formação de profissionais com visão de saúde pública, desvalorização da carreira de generalista, baixa remuneração com consequente estabelecimento de múltiplos vínculos pelos profissionais, reduzindo a qualidade do trabalho, precarização dos contratos e das relações de trabalho, falta de um plano de cargos, carreiras e salários, necessidade de isonomia salarial entre os mesmos profissionais, entre outros (BRASIL, 2001a).

Essa conferência concluiu ainda que “a formação dos trabalhadores da saúde não se orienta pela leitura das necessidades sociais em saúde. É conduzida sem debate com os organismos de gestão de participação social do SUS” (BRASIL, 2001a, p.42-43), dando ênfase ao uso excessivo das tecnologias médicas e especializações.

A conferência destacou ainda a necessidade de uma política nacional de recursos humanos para o SUS, além da realização de discussões a respeito das relações de trabalho e do desenvolvimento dos trabalhadores na saúde, a formação de pessoal para a saúde e os processos de educação para o SUS.

Destaca-se que a 11ª Conferência ratificou a regulamentação do Artigo 200, da Constituição Federal, que estabelece, como competência do SUS, a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde e sugeriu que os novos trabalhadores do setor público tivessem acesso à formação adequada para atuarem no novo modelo de atenção à saúde, e para os trabalhadores antigos devia-se promover cursos de capacitação (CECCIM et al., 2002).

A Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS (NOB/RH-SUS) foi aprovada na 11ª CNS ainda em 2000, mas sua versão final (4ª versão) foi publicada apenas em 2002, sendo uma revisão da 3ª, com o objetivo de tornar os princípios estabelecidos na NOB-RH/SUS coerentes com as diretrizes aprovadas na 11ª CNS. A norma operacional básica constitui-se em um instrumento que normatiza a operacionalização dos preceitos legais que regem o SUS, estabelecendo critérios para o financiamento, a gestão e as competências dos entes federados (BRASIL, 2002).

A norma aborda o tema dos recursos humanos em saúde de forma ampla, incorporando princípios e diretrizes da gestão do trabalho no SUS, da política de desenvolvimento do trabalhador para o SUS, da política de saúde ocupacional do trabalhador do SUS e do controle social da gestão do trabalho no SUS.

O foco desse estudo encontra-se explicitado no capítulo 4, denominado *Princípios e Diretrizes da Política de Desenvolvimento do Trabalhador para o SUS*. Esse capítulo aborda questões relacionadas à educação, sendo esta considerada desde o nível fundamental até a educação permanente/continuada, passando pelo ensino profissional de nível técnico, graduação e pós-graduação. Dentre outros aspectos, essas diretrizes explicitam a necessidade de novos perfis de formação profissional com domínio das tecnologias que qualifiquem a atenção individual e coletiva com vistas ao aumento da qualidade da atenção ofertada.

Ela determina que as instituições formadoras devem se comprometer com o modelo assistencial e as prioridades do SUS, bem como com a revisão das diretrizes curriculares dos cursos na área da saúde, de forma a adequá-las ao perfil sanitário do país, promover a capacitação de docentes orientada para o SUS, a formação de gestores capazes de romper com os atuais paradigmas de gestão, e a garantia de recursos necessários ao desenvolvimento do ensino, pesquisa e extensão.

Essas diretrizes abordam ainda os aspectos relativos à Educação Permanente para o Processo de Trabalho no SUS, que também é uma responsabilidade dos gestores das três esferas, sendo esses os responsáveis pela elaboração anual do Programa Institucional de

Educação Permanente. Esse programa deveria se responsabilizar pela formação e capacitação dos trabalhadores da saúde com vistas a um atendimento de qualidade.

Percebe-se que a NOB/RH-SUS não diferencia os termos “educação continuada” e “educação permanente”, que são conceituados como:

Um processo de permanente aquisição de informações pelo trabalhador, de todo e qualquer conhecimento, por meio de escolarização formal ou não formal, de vivências, de experiências laborais e emocionais, no âmbito institucional ou fora dele. Compreende a formação profissional, a qualificação, a requalificação, a especialização, o aperfeiçoamento e a atualização. Tem o objetivo de melhorar e ampliar a capacidade laboral do trabalhador, em função de suas necessidades individuais, da equipe de trabalho e da instituição em que trabalha (NOB/RH-SUS, 2002, p. 15).

A diferenciação desses termos irá ocorrer a partir da 12ª CNS, com a crítica ao termo “educação continuada”. Outro ponto a ser observado nessa NOB é a denominação dos trabalhadores da saúde ainda como “recursos humanos em saúde”, sendo essa uma expressão utilizada para designar os trabalhadores dentro do contexto de outros recursos necessários ao desenvolvimento de uma ação, tais como os recursos físicos, materiais e financeiros. Esses termos foram criticados e modificados em 2003 com a discussão para elaboração da Política de Educação Permanente.

Dessa forma, em 2003 ocorre a mudança de governo com a eleição de um presidente pertencente ao Partido dos Trabalhadores, que constituiu um ambiente político favorável à formulação da política, já que no âmbito dos processos de educação e trabalho em saúde havia uma demanda dos trabalhadores relativa à gestão do trabalho e à formação e qualificação para o trabalho em saúde (BRAVIN, 2008).

Em dezembro de 2003, ocorre a 12ª Conferência Nacional de Saúde, sob o tema *Saúde – um direito de todos e um dever do Estado: A saúde que temos, o SUS que queremos*, antecipada em um ano com o objetivo de nortear as ações do governo no período de 2003 – 2007. Dentre outros temas, a 12ª CNS incluiu como eixo temático *O trabalho na saúde*, que afirmou como competência constitucional e legal dos gestores do SUS a gestão do trabalho e da educação na saúde, afirmando a necessidade de levar em conta os princípios e diretrizes estabelecidos na NOB-RH/SUS (BRASIL, 2004b).

Observa-se nesse documento um contraponto à denominação dos trabalhadores da saúde referidos na NOB-RH/SUS como “recursos humanos”. O relatório final da 12ª CNS (2004b, p. 115) afirma que “os trabalhadores não podem ser vistos como mais um recurso na área da saúde”, pois “saúde se faz com gente, gente que cuida de gente”, sendo que as mudanças no modelo de atenção dependem da adesão e da qualidade do trabalho dos

profissionais da saúde, que por consequência dependem das condições em que esses exercem suas funções, sua remuneração, bem como sua capacitação.

Em relação à gestão da educação na saúde, havia a recomendação de criar coordenações de Educação em Saúde nas três esferas de governo, integrando essas ações a uma política de educação permanente destinada aos trabalhadores da saúde em todos os níveis, incorporando inclusive os aspectos relativos à educação popular. Outros temas abordados nesse tópico foram em relação à formação dos profissionais de saúde e à educação permanente e educação em serviço (BRASIL, 2004b).

Como parte dessa discussão, havia a proposta de ampliar e implantar Polos de Educação Permanente em Saúde em todos os estados, que ficariam responsáveis por todos os aspectos relativos às mudanças no sistema educacional formal, ensino técnico, de graduação e pós-graduação e educação permanente dos trabalhadores, gestores e agentes de saúde, de forma que atendessem aos princípios e diretrizes do SUS. Dentre outras recomendações destacavam-se a necessidade de adequar os currículos de formação dos profissionais da saúde, a promoção dos estágios na rede de serviços do SUS, o estímulo à profissionalização técnica dos profissionais inseridos nos serviços sem a qualificação necessária, e a capacitação das equipes multiprofissionais de Saúde da Família.

Ainda em 2003 é aprovada a proposta da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), sendo a gestão dessa política realizada por meio dos Polos de Educação Permanente em Saúde, que se caracterizam como instâncias de articulação interinstitucional da educação permanente. A regulamentação da proposta aconteceu com a publicação da Portaria Ministerial nº 198 em 13 de fevereiro de 2004 (BRASIL, 2004c).

Em março de 2006 ocorreu a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação da Saúde sob o tema *Trabalhadores de saúde e a saúde de todos os brasileiros: práticas de trabalho, de gestão, de formação e de participação*. Essa conferência teve como objetivo estabelecer diretrizes para a implementação da política nacional, dando seguimento às discussões já realizadas, sendo as propostas formuladas com base em seis eixos temáticos, conforme seguem: 1) Gestão do trabalho; 2) Educação na saúde; 3) Participação do trabalhador na gestão e na negociação do trabalho e na gestão da educação na saúde; 4) Financiamento do trabalho e da educação na saúde pela União, estados e municípios; 5) Controle social na gestão do trabalho e da educação na saúde; e 6) Produção e incorporação de saberes a partir das práticas de trabalho, de gestão, de formação e de participação no setor da saúde (BRASIL, 2006a).

Destacam-se algumas orientações em relação ao eixo Educação na saúde, que ressaltou o grande desafio de superar a tradição de formação e desenvolvimento dos trabalhadores do setor, pautadas em uma educação entendida como uma componente operacional e desenvolvida por meio de capacitações e treinamentos, sem discussão do processo de trabalho e sem garantir um processo interativo e participativo dos trabalhadores.

Dessa forma, destacou que o termo Educação Permanente em Saúde (EPS) foi escolhido, pois este faz um contraponto às ações anteriormente realizadas sob a denominação de Educação continuada (EC). Segundo esse documento, a EC baseia-se na acumulação de conhecimentos, e a EPS pressupõe a necessária interligação entre repensar o processo de formação e repensar o processo de trabalho, sendo o conhecimento necessário para transformar o processo de trabalho, bem como os trabalhadores da saúde.

A 13ª CNS ocorreu em novembro de 2007 como tema *Saúde e qualidade de vida: políticas de Estado e Desenvolvimento*, e a 14ª CNS, em novembro de 2011, cujo tema foi *Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública e Patrimônio do Povo Brasileiro*, e ambas enfatizaram a necessidade de fortalecer a Política de Educação Permanente em Saúde, como mecanismo de valorização dos trabalhadores da saúde (BRASIL, 2007a; 2012a).

2.2 POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Após um extenso período de discussão da necessidade de um instrumento legal que incorporasse os aspectos relativos à gestão da educação na saúde, esse tema entrou na agenda dos governos e, no ano de 2004, foi publicada uma portaria que regulamentou a Política de Educação Permanente em Saúde em âmbito nacional. Este capítulo pretende apresentar como se deu esse processo de instituição da política, por ocasião da publicação da portaria nº198, as mudanças que ocorreram na política, resultando na publicação de uma nova portaria em 2007 e por fim, as principais diretrizes da política.

2.2.1 Aprovação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

Em 2003, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), no âmbito do Ministério da Saúde, por meio do Decreto n.º 4.726, de 9 de junho de 2003, sendo essa secretaria a referência da gestão federal do SUS a todos os assuntos que se

referem à formulação de políticas orientadoras da formação, do desenvolvimento, da distribuição, da regulação e da gestão dos trabalhadores da Saúde (BRASIL, 2009).

Integram a SGTES: o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges) e o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts). Este último foi criado para tratar dos assuntos referentes ao planejamento da inserção de trabalhadores, à regulação das relações de trabalho e à regularização dos vínculos trabalhistas.

Ao Deges cabe todas as questões que envolvem a formação, desenvolvimento e educação permanente dos trabalhadores da saúde em todos os níveis de escolaridade, bem como as atividades de capacitação destinadas aos profissionais de outras áreas em saúde, movimentos sociais e população, além de articulações com o ensino básico para a formação da consciência sanitária (BRASIL, 2004d).

Assim, esse órgão é o responsável por propor e implementar a política de educação para o SUS, assumindo a responsabilidade constitucional pelo ordenamento da formação dos profissionais de saúde, bem como pela adequação do perfil e qualificação permanente dos trabalhadores já inseridos no sistema.

Em setembro de 2003, a SGTES apresentou o documento “Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS - Caminhos para a Educação Permanente em Saúde - Polos de Educação Permanente em Saúde”, aprovado na reunião extraordinária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Em novembro do mesmo ano, a proposta da Política passou pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo objeto da Resolução nº 335, de novembro de 2003, que aprovou a “Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde”, bem como a estratégia de “Polos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde”, como instâncias locais e interinstitucionais de gestão da Educação Permanente (CNS, 2003).

Consolidando esse processo, em fevereiro de 2004, foi publicada a Portaria nº198/GM/MS que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor (BRASIL, 2004c).

Para a condução dessa política, foi proposta a criação de instâncias que agregassem instituições formadoras, gestores do SUS, serviços, controle social e representações estudantis, denominadas “Polos de Educação Permanente em Saúde”, responsáveis por um determinado território, constituindo rodas de cogestão capazes de atuar na formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde.

Vale ressaltar que a figura dos polos foi criada, ainda, em 1997, para a realização de capacitações voltadas às equipes de atenção básica, denominando-se Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família (CAMPOS et al, 2006). Esse processo ocorreu em virtude da criação das equipes do Programa de Saúde da Família no contexto de mudanças no sistema de saúde no Brasil, sendo objetivo dos Polos de Saúde da Família promover o diálogo e a pactuação entre instituições de ensino e os serviços de saúde (PAIM, 2001).

A instituição da PNEPS, em 2004, ampliou o papel dos polos e suas atribuições, sendo estes agora responsáveis pela educação permanente em saúde dos trabalhadores do setor, e não apenas para a saúde da família.

2.2.2 Mudanças na Política após o Pacto pela Saúde

O Pacto pela Saúde foi um processo político em que os gestores do SUS, representados pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) pactuaram responsabilidades na gestão do SUS, sendo implantado em três dimensões, respeitando as diferenças loco-regionais: a) pela vida; b) em defesa do SUS; c) de gestão. O texto político que instituiu esse novo mecanismo de gestão do SUS e aprovou suas diretrizes operacionais foi a Portaria nº399/GM, de 22 de fevereiro de 2006.

O Pacto pela Vida tem como objetivo estabelecer metas nacionais, estaduais, regionais e municipais que impactem na situação de saúde da população brasileira. Seguem as seis prioridades pactuadas: 1) Saúde do idoso; 2) Controle do câncer do colo do útero e mama; 3) Redução da mortalidade infantil e materna; 4) Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; 5) Promoção da saúde; 6) Fortalecimento da atenção básica (BRASIL, 2006b).

O Pacto em Defesa do SUS apresenta os compromissos dos gestores com a consolidação da reforma sanitária brasileira, por meio da defesa dos princípios do SUS, estabelecidos na Constituição Federal, além do estabelecimento de ações que visem qualificar e assegurar o SUS como política pública.

O Pacto de Gestão estabelece diretrizes para a gestão do SUS no que diz respeito à descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada (PPI), regulação, participação e controle social, gestão do trabalho e educação na saúde.

No que diz respeito à gestão da educação na saúde, o pacto estabelece diretrizes que objetivam avançar na implementação da Política de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), considerando-a uma importante estratégia do SUS para formação e desenvolvimento dos trabalhadores do setor.

Para cada diretriz, o Pacto de Gestão institui as responsabilidades de cada ente federado, buscando delimitar suas competências e assim fortalecer os mecanismos de gestão compartilhada do SUS. O referido diploma legal estabelece ainda que os municípios devem se organizar tendo como base suas necessidades, conformando redes de atenção à saúde e constituindo seus Colegiados de Gestão Regionais (CGR). Cada região de saúde deve estar vinculada a um CGR, do qual participam todos os gestores dessa determinada região, ou seja, gestores municipais e distritais de saúde e representantes do gestor do Estado, ou dos Estados, quando for o caso de colegiados interestaduais (CEAP, 2009).

O CGR constitui um espaço de decisão das prioridades e estratégias que possibilitem o atendimento de todas as demandas por serviços de saúde do seu território, sendo as soluções pactuadas por consenso entre os gestores envolvidos. Esses colegiados devem ter o apoio de câmaras técnicas permanentes que forneçam informações relevantes de acordo com o tema tratado (BRASIL, 2006b). No caso na PNEPS, essa câmara técnica é a CIES.

Os Colegiados de Gestão Regional (CGR) são os responsáveis pela construção do Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) para a região de sua responsabilidade, devendo levar em consideração, ao elaborar o referido plano, as diretrizes nacionais, estaduais e municipais para educação na saúde, pactuadas nos termos de compromisso de gestão na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde (BRASIL, 2009).

Após a construção do PAREPS, este deve ser submetido à CIB para homologação. O CGR conta com a assessoria das CIES para a construção dos PAREPS, e após esse ser homologado, a CIES deve trabalhar na elaboração de projetos e estratégias de intervenção no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores. Esses projetos são construídos em coerência com o PAREPS e os Planos de Saúde e são apresentados ao CGR que acompanham e monitoram a execução dos projetos.

Segue abaixo um diagrama que engloba os aspectos fundamentais do Pacto pela Saúde, enfatizando a gestão da educação na saúde:

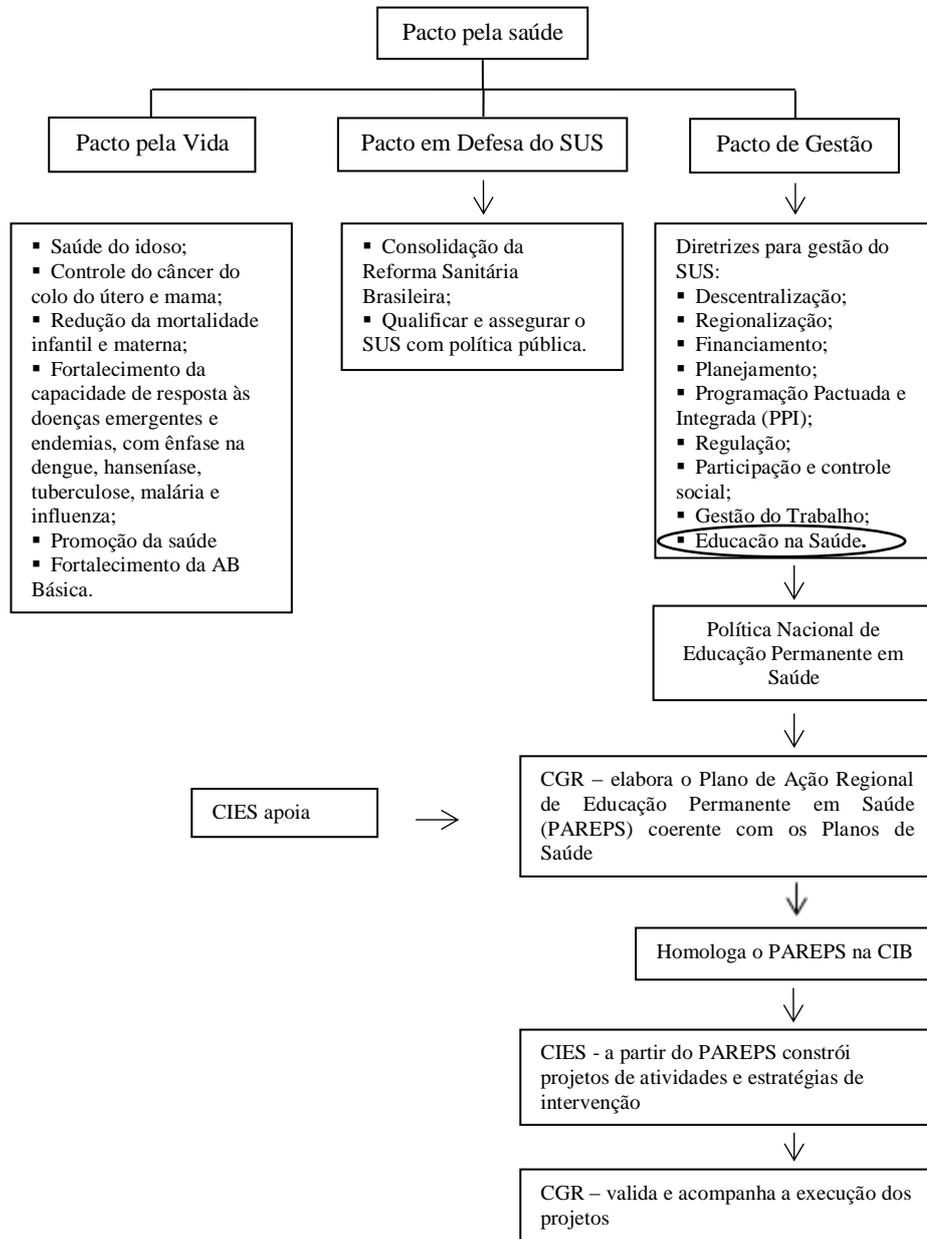


Figura 3. Diagrama do pacto pela saúde com destaque para a gestão da educação na saúde.

O Pacto pela Saúde instituiu mudanças nos mecanismos de gestão do SUS, a partir de então, as atividades de educação na saúde passaram a ser responsabilidade do Pacto de Gestão e iniciaram-se as discussões no sentido de alterar a proposta inicial da PNEPS, com vistas a atender aos princípios e diretrizes estabelecidos.

Mendes (2005) ao analisar a proposta dos polos, afirmou que os mesmos apresentavam como aspectos positivos a discussão da organização regional do SUS, bem como da ruptura com a visão fragmentada da educação continuada, no entanto, destacavam-se os aspectos negativos, tal como a forma de organização das propostas educativas em torno das ofertas e não das necessidades de saúde da população, estas, determinadas pela situação epidemiológica. Diante dessa crítica, o autor propôs a revisão desse modelo.

Além da crítica realizada por Eugênio Vilaça, a política passou por avaliações dos gestores que apontaram alguns limites para sua implementação, colaborando nas discussões para alteração da PNEPS.

O CONASEMS realizou um estudo avaliativo com os representantes estaduais das secretarias municipais de saúde e identificou como fatores limitantes da política: a sua baixa implementação, a centralização dos recursos financeiros, a excessiva burocracia e a baixa transparência na análise dos projetos. Outra avaliação, realizada pelo CONASS, concluída em 2006, constatou as seguintes lacunas: a) a descontinuidade que caracteriza a política; b) a ausência de critérios pactuados para avaliar os projetos, aumentando o poder discricionário dos técnicos do Deges; c) a recentralização da decisão do que é ou não prioridade pela equipe do Ministério da Saúde ao aprovar os projetos; d) a dificuldade da gestão estadual em reconhecer o seu papel (BRAVIN, 2008).

O financiamento das ações de educação na saúde era realizado por meio da apresentação de projetos ao Ministério da Saúde, sendo estes aprovados ou não, o que ocasionou com que os polos fossem vistos como fonte de captação de recursos para o financiamento de projetos. Para Campos et al. (2006), essa distorção fez com que fosse necessário mudar o financiamento dessas ações para uma forma mais descentralizada, utilizando como mecanismo a transferência “fundo a fundo”, ou seja, do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde.

Além da questão relativa ao financiamento, outros aspectos relacionados à implementação da PNEPS foram apreciados pelo Programa de Avaliação da Política de Educação Permanente, desenvolvido pela SGTES, em parceria com o Departamento de Medicina Preventiva, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), coordenado pela Profª. Dra. Ana Luiza d'Ávila Viana. Essa pesquisa de avaliação teve início em 2005, contratada pela equipe que assumiu a gestão do Deges, tendo como objetivo estimar os resultados alcançados e os limites na implementação da política (VIANA, 2008).

A pesquisa apontou recomendações no sentido de aprimorar a política, tais como: Realizar monitoramento e avaliação das atividades dos polos; desburocratizar o processo

decisório para envio das propostas a serem financiadas; estabelecer um formato único de apresentação dos projetos; ampliar as discussões para compreensão do termo “educação permanente”, bem como da sua proposta educacional-pedagógica; constituir um Grupo de Trabalho para avaliar e aprovar os projetos ainda não liberados; agilizar o financiamento dos projetos aprovados; ampliar as discussões relativas ao papel das Instituições de Ensino Superior na política; observar as necessidades de estrutura física para os polos e criar fóruns decisórios específicos para participação dos gestores municipais.

Diante dessas críticas ao modelo dos polos, CONASS, CONASEMS e Ministério da Saúde, após intenso processo de pactuação e negociação aprovaram a Portaria GM nº 1.996, em 20 de agosto de 2007, que determinou mudanças na gestão da Política, substituindo os Polos pelas Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço em Saúde (CIES), previstas na Lei Federal nº 8.080/90 (art. 14), sendo estas vinculadas aos Colegiados de Gestão Regional em Saúde (CGR).

A partir da promulgação da Portaria 1996/2007, os Colegiados de Gestão Regional (CGR), com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino Serviços (CIES) passaram a ser responsáveis pela elaboração, condução e monitoramento da política em âmbito regional. As CIES são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes formadas por gestores da saúde e da educação, instituições de ensino, trabalhadores do SUS e o controle social (BRASIL, 2009).

Vale ressaltar que as CIES já estavam previstas na Lei Orgânica 8080/1990, Artigo 14, que determina a criação de comissões permanente de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, sendo responsabilidade dessas comissões a proposição de prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do SUS (BRASIL, 1990).

A figura abaixo apresenta as principais características de cada modelo instituído pela PNEPS, o quadro teve como base o documento produzido por Campos et al. (2006), sendo acrescentadas informações referentes ao modelo atual.

Item	Modelo anterior ¹ (2003 – 2005)	Modelo atual ² (2005 - atual)
Base legal	Portaria nº 198/2004	Portaria nº 1996/2007
Estratégia	Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS	Comissões de Integração Ensino-serviço
Concepção	Instâncias locais e interinstitucionais que atuam na identificação das necessidades e na construção de estratégias e de políticas no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS.	Instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, acompanhamento e desenvolvimento da Política em âmbito regional.
Nível de atenção privilegiado	Todos os níveis de atenção (básica, média e alta complexidade), configurando uma cadeia de cuidados progressivos à saúde.	Idem
Composição	<ul style="list-style-type: none"> • Gestores estaduais e municipais de saúde e de educação; • Instituições de ensino com cursos na área de saúde; • Hospitais de ensino e serviços de saúde; • Estudantes da área de saúde; • Trabalhadores de saúde; • Conselhos municipais e estaduais de saúde; • Movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde. 	Idem
Financiamento	Recursos federais provenientes do Orçamento do Ministério da Saúde, com repasse de recursos aos Polos de Educação Permanente em Saúde, conforme projetos apresentados ao MS e avaliados segundo critério e valores definidos pelo DEGES, de acordo com os tetos financeiros estabelecidos.	Os recursos financeiros são transferidos do Fundo Nacional da Saúde aos Fundos Estaduais, do Distrito Federal ou de um ou mais municípios conforme as pactuações estabelecidas nos órgãos de gestão colegiada.
Vinculação administrativa	Departamento de Gestão da Educação em Saúde – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.	Idem

Fonte: ¹Campos et al, 2006. ²BRASIL, 2009.

Figura 4. Modelos de gestão da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Observa-se que após a mudança do grupo que assumiu o Deges, em 2005, somado às alterações introduzidas pelo Pacto pela Saúde, as instâncias de condução da política mudaram. De 2003, ano de publicação do texto político, até 2005, os responsáveis eram os Polos de educação permanente, estes foram substituídos pelas Comissões de Integração Ensino Serviço.

No modelo dos polos, os gestores integravam essa instância e juntamente aos outros atores eram responsáveis pela elaboração de projetos de intervenção na área da formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde. A pesquisa realizada por Viana (2008) constatou que apesar do gestor constituir o segmento com maior representação percentual no

colegiado de gestão dos polos, a sua participação era baixa. Para a melhoria desse processo, os sujeitos apontaram a necessidade de fóruns decisórios específicos para a participação do gestor municipal (VIANA, 2008).

O modelo instituído pela portaria 1996/2007 avançou nesse sentido, já que os Colegiados de Gestão Regional (CGR) constituem-se em fóruns específicos dos gestores, sendo um espaço permanente de pactuação e cogestão solidária em busca de soluções para a organização de uma rede de serviços de saúde com vistas à garantia dos princípios do SUS.

Dessa forma, a partir de 2007, a condução da política passou a ser feita pelos CGR's com a participação das CIES, essas, por sua vez assumiram um papel de assessoria aos gestores nas discussões referentes à Educação Permanente. Vale ressaltar que a CIES também conta com representação dos gestores. Observa-se, portanto, uma ampliação do papel dos gestores.

Em relação à forma de apresentação das propostas, também se observa um avanço na proposta da portaria 1996/2007, já que os polos, para o desenvolvimento de suas atividades, deveriam apresentar projetos que abordassem as questões da formação e desenvolvimento dos trabalhadores. Já as CIES, junto aos CGR's, apresentam planos de educação permanente em consonância aos planos de saúde da sua região, o que torna a proposta mais vinculada aos mecanismos de gestão do SUS.

Como consequência, outro aspecto que sofreu modificações, após diversas críticas, foi a questão do financiamento, que passou a ser fundo a fundo, ampliando a responsabilidade dos gestores estaduais e municipais pela gestão do recurso financeiro.

Em relação à composição, fazem parte dessas instâncias os mesmos atores, a pesquisa de Viana (2008) demonstrou uma efetiva representação, nos polos, de todos os atores envolvidos, destacando-se os gestores e as instituições de ensino superior. A autora relata ainda uma alta participação dos Conselhos Municipais de Saúde, associações profissionais, sindicatos e estudantes. Tal fato aumentava a possibilidade de decisões que levassem em consideração a opinião de todos os envolvidos.

Em relação à composição e efetiva participação dos membros da CIES, não foi evidenciado nenhum estudo com esse enfoque. Em estudo recente, Ferraz et al. (2012) após extensa revisão integrativa, afirma a incipiência de trabalhos científicos, bem como de relatos de experiências que tivessem como foco a análise da PNEPS pós a publicação da portaria 1996/2007, principalmente nos aspectos relacionados às Comissões de Integração Ensino-Serviço. Esse estudo poderá contribuir nesse sentido.

2.2.3 Diretrizes da Política de Educação Permanente em Saúde

A PNEPS considera a autonomia dos entes federados e objetiva aumentar a capacidade pedagógica regional para intervenção na área da saúde por meio da difusão e emprego do termo “Educação Permanente em Saúde” como orientador das práticas de educação na saúde, visando a melhoria da qualidade dos serviços (BRASIL, 2009).

Essa dimensão pedagógica da política considera que as atividades educativas devem ser problematizadas a partir dos processos de trabalho, levando em consideração e valorizando o saber e as experiências prévias dos sujeitos envolvidos, tendo como objetivo a transformação das práticas de saúde e dos serviços. Dessa forma, as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde devem estar ajustadas às necessidades de saúde da população.

Esta política fundamenta-se nos pressupostos da aprendizagem significativa e desenvolve-se a partir dos problemas reais enfrentados diariamente pelos profissionais de saúde, levando em consideração e valorizando o saber preexistente da equipe, sendo a atualização técnico-científica apenas um dos aspectos da transformação e não seu foco central (BRASIL, 2004d).

Dessa forma, a educação não visa a transmissão do conhecimento, mas estimula a interação, cuja consequência é a influência de um sujeito sobre o outro, entre os contextos culturais, criando contextos educacionais (CECCIM, 2005).

Para implementação dessa política, cabe ao gestor desempenhar suas responsabilidades estabelecidas pelo Pacto de Gestão, orientado pelas diretrizes pactuadas para a gestão da educação na saúde. Segundo essas diretrizes, a gestão da educação permanente em saúde deve ser orientada pela integração dos processos educativos em âmbito regional, de forma que todos os processos de educação na saúde estejam integrados à política, cabendo ao gestor criar estruturas de coordenação e execução da política, participando do seu financiamento (BRASIL, 2009).

Ela visa ainda articulação junto ao sistema de educação, criação de estruturas de formação técnica em saúde, participação dos movimentos de educação popular, promoção de ações junto à rede de ensino, e mudanças na graduação e pós-graduação em saúde.

O quadro abaixo apresenta as responsabilidades do Distrito Federal no tocante à implementação das diretrizes da PNEPS, bem como a problematização proposta pela mesma:

Diretrizes	Questões a serem problematizadas
a) Formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando, quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando no seu financiamento.	<i>Existe uma Política de Educação Permanente em Saúde no âmbito do Distrito Federal?</i>
b) Promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente.	<i>Como o Distrito Federal lida com as demandas de educação na saúde?</i>
c) Articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e das especializações das profissões de saúde.	<i>Como o Distrito Federal tem promovido, apoiado e regulado processos formativos nos serviços de saúde (estágios profissionais – nível técnico e superior) e especializações em serviços?</i>
d) Articular e cooperar com a construção e implementação de iniciativas políticas e práticas para a mudança na graduação das profissões de saúde de acordo com as diretrizes do SUS.	<i>Qual a articulação política do Governo do Distrito Federal com as várias instituições formadoras da área da Saúde?</i>
e) Articular e pactuar com o Sistema Distrital de Educação processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, cooperando com os demais gestores para processos na mesma direção.	<i>Como a saúde se articula e pactua com o sistema educacional processos formativos de acordo com as necessidades de desenvolvimento dos serviços de saúde?</i>
f) Desenvolver ações e estruturas formais de educação técnica em saúde com capacidade de execução descentralizada no âmbito do Distrito Federal.	<i>Existe alguma estrutura organizacional no Distrito Federal responsável pela formação e desenvolvimento profissional de nível técnico para a saúde?</i>
g) Promover e articular junto às escolas técnicas de saúde uma nova orientação para a formação de profissionais técnicos para o SUS, diversificando os campos de aprendizagem.	<i>Qual a articulação política do Governo do Distrito Federal com as várias escolas técnicas da área da Saúde?</i>
h) Apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação popular em saúde da formação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde.	<i>O Governo do Distrito Federal promove espaços de participação e articulação dos movimentos de educação popular em saúde na discussão da formação dos profissionais de saúde?</i>
i) Incentivar, junto à rede de ensino, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS.	<i>Quais as ações educativas em saúde sobre o direito à saúde e o SUS são desenvolvidas a partir dessas articulações?</i>

Fonte: Brasil, 2009

Figura 5. Diretrizes e responsabilidades do gestor do Distrito Federal sobre a gestão da educação na saúde.

A presente pesquisa não pretende analisar todas essas diretrizes, como, por exemplo, as questões relativas à formação profissional ou à educação popular, mas as terá como base para discussão da implementação dessa política no Distrito Federal, tendo como foco as ações de educação direcionadas para o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde.

2.3 NOVO PARADIGMA NA SAÚDE: O CONCEITO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE E SEUS PRESSUPOSTOS

A educação para o trabalho em saúde foi tema de diversos planos e programas nos sistemas de saúde das Américas e, especificamente, no Brasil. Tal fato se deve à importância dada a essa temática no âmbito da qualificação da gestão dos serviços e das equipes de saúde (NUNES, 2004). Corroborando essa discussão, Costa (2006) aponta que, nas últimas quatro décadas, a literatura apresenta uma variedade de propostas nesta área, mas que se diferenciam por seus aspectos conceituais e metodológicos, concentrando-se em duas correntes conhecidas respectivamente como educação continuada e educação permanente.

Este capítulo pretende apresentar essa discussão, buscando fundamentar os aspectos pedagógicos da Política de Educação Permanente em Saúde a partir de uma revisão literária sobre o tema, buscando delimitar seus pressupostos.

A ideia de educar-se permanentemente remonta há sete séculos a.C. nas falas dos filósofos chineses de que “todo estudo é interminável”. Apesar da antiguidade do termo, foi apenas no início do século XX que essa denominação surgiu na Inglaterra, onde um relatório do Ministério da Reconstrução afirmava que a educação deveria corresponder às necessidades das pessoas durante toda a vida. No entanto, foi a Conferência Nacional da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e Cultura (UNESCO) ocorrida, em 1966, que difundiu o termo e tornou a educação permanente um marco de referência dentro de muitos fóruns internacionais (MOTTA, 1998).

Em 1972 a UNESCO, por meio da Comissão Internacional para o Desenvolvimento da Educação, presidida por Edgar Faure, elaborou um relatório que buscava soluções para os grandes problemas relacionados ao desenvolvimento da educação em um mundo em transformação. O relatório final dessa comissão, denominado *Aprender a ser*, ficou conhecido como *Relatório Faure*. Esse relatório enfatizava a necessidade de uma educação que fosse ao longo da vida. Para ele, a educação que forma o homem integral e autônomo deverá ser global e permanente, “trata-se de não mais adquirir, de maneira exata, conhecimentos definitivos, mas de se preparar para elaborar, ao longo de toda a vida, um saber em constante evolução e de ‘aprender a ser’” (FAURE, 1972, p. 10).

O relatório cita Paulo Freire ao afirmar que a educação pode e deve ser um elemento de libertação e de conscientização. Libertação entendida como o oposto à domesticação, pois na educação para domesticação não se pode falar de objeto conhecível, mas sim de um conhecimento completo que é transmitido do educador ao aluno; na educação para a

libertação não existe conhecimento completo que o educador domine, mas um objeto conhecível que estabelece uma união entre os sujeitos do processo educativo.

Nesse sentido, o relatório, ao final, propõe a *Educação Permanente* como ideia mestra das políticas educativas e renuncia à educação circunscrita ao espaço e tempo, de forma que esta possa ser realizada fora do ambiente escolar, utilizando-se todos os tipos de instituições existentes, e em todo o ciclo de vida do homem.

Collet (1976) afirma que esse caráter de continuidade nem sempre foi aceito, já que tradicionalmente a educação estava atrelada à primeira parte da vida, a de preparação, na qual toda a bagagem cultural era adquirida, para ser utilizada na fase seguinte, durante o resto da vida. Nesse sistema pressupunha-se que o diploma fecharia o ciclo de aprendizagem sistemática.

No entanto, Faure (1972) e Collet (1976) referem que esse tipo de sistema se revelou insatisfatório no contexto da década de 70, em plena revolução científica e técnica, numa sociedade cuja principal característica era a mudança. Nesse sentido, os modelos dos sistemas educativos já não se adaptavam às necessidades e problemas da sociedade, colocando as questões relativas à formação e ao conhecimento em nova perspectiva.

Corroborando essa discussão, Pierre Furter (1975) define a educação como um processo e não como um bem, um processo de transformação pelo qual o homem se desenvolve. Nesse sentido, o objetivo da ação pedagógica é não somente fornecer uma informação pré-estabelecida, mas sim criar condições para que o homem possa formar-se continuamente. Para Furter (p. 116) “a educação é permanente porque o homem não acaba nunca de amadurecer, qualquer que seja a idade, o sexo e a situação socioeconômica. Nunca está completamente formado”.

O autor explica que essa concepção de educação foi erroneamente reduzida à extensão da educação a uma nova clientela, a de adultos, desconsiderando a sua amplitude, que obriga a uma revisão total dos processos de formação, sistemas de ensino e métodos, ou seja, uma completa reestruturação do sistema de educação.

Observa-se, portanto, que o conceito de educação permanente teve sua origem nos fóruns educacionais, diante da necessidade de adequar a formação do homem às mudanças requeridas pela sociedade em transformação. A questão da temporalidade nos processos educativos também foi incorporada pela saúde em virtude das referidas transformações. No entanto, o primeiro enfoque no setor não incorporou a perspectiva da educação permanente, mas sim a educação continuada, que possui uma concepção metodológica distinta.

No Brasil, a década de 1970 e início de 1980 foram caracterizados pela expansão da cobertura dos serviços de saúde e pelas discussões referentes à ampliação dos serviços básicos na área. Os relatórios da 6ª e 7ª conferências nacionais apontavam a necessidade de promover educação continuada para os profissionais já inseridos nos serviços no sentido de implementar os programas em plena expansão.

Observa-se que essa expansão também se dava no conjunto de países da América Latina, e não só no Brasil, de forma que a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) elaborou um guia para a organização de programas de educação continuada para o conjunto dos trabalhadores da saúde, tendo em vista os programas de extensão de cobertura. Esse guia tinha como objetivo apoiar e aumentar a competência profissional do pessoal da saúde, no sentido de estender a cobertura dos serviços ao conjunto da população, levando em consideração a regionalização desses serviços com ênfase na Atenção Primária e participação da comunidade (OPAS, 1978).

O documento supracitado define educação continuada como ações educativas de compensação e atualização de saberes, que possibilitam ao adulto participação ativa, acompanhamento e controle das mudanças de uma sociedade em transformação. Já a educação permanente é uma concepção de educação que privilegia a dignidade da pessoa e seu direito democrático de dar e receber aprendizagens segundo as necessidades individuais e sociais, dentro de um processo concebido sem término temporal, sem restrição social e sem exclusão de conteúdos, ou seja, em todas as etapas da vida, ao alcance de todos os homens e incorporando a riqueza da realidade social, fonte de aprendizagem para todos (OPAS, 1978).

A partir dos conceitos explicitados acima, constata-se que a dimensão trabalhada na educação continuada diz respeito à atualização de saberes requerida pelos avanços técnico-científicos, diferentemente da educação permanente que trata de um processo mais amplo de formação do sujeito.

Costa (2006) afirma que o modelo da educação continuada prevaleceu durante muitos anos nas ações educativas destinadas aos profissionais de saúde. No entanto, esse modelo foi se tornando insuficiente para atender às demandas impostas pelo avanço na implementação do SUS a partir da década de 1980. Motta et al., (2001) corroboram essa discussão ao enfatizarem que os avanços alcançados na gestão do sistema de saúde no Brasil tornaram necessária a revisão dos processos formativos em saúde, de forma a se orientarem pelos princípios e diretrizes do SUS. Dessa forma, os autores criticam processos orientados apenas pela atualização técnico-científica, já que isolada ela não se mostra suficiente para alcançar essa dimensão de transformação imposta.

Nunes (1993) apud Ribeiro e Motta (1996) afirmam que a educação continuada é desenvolvida a partir de alternativas educativas com foco no desenvolvimento de grupos profissionais por meio de cursos complementares. Outro conceito é o de Ricas (1994), citado por Mota et al. (2001), que define educação continuada como as atividades de ensino realizadas após a graduação com o objetivo de atualizar os profissionais por meio da aquisição de novas informações em atividades de duração definida e utilizando metodologias tradicionais.

A partir desses conceitos, Ribeiro e Motta (1996) fazem uma crítica à educação continuada, questionando se a atualização de conhecimentos é capaz, por si só, de modificar os processos e as relações de trabalho entre os profissionais. Esses autores consideram que nos programas com esse enfoque metodológico,

Os profissionais são elevados ao paraíso do ‘como deveria ser’, tradução da verdade do conhecimento científico acumulado e atualizado, aplicável numa espécie de representação universal e única, de pacientes e serviços. Quando retornam aos serviços, entretanto, se veem confrontados em suas realidades cotidianas com a impossibilidade da aplicação do conhecimento adquirido. Na prática, a teoria é outra (RIBEIRO& MOTTA, 1996, p.4).

Em oposição a essa abordagem, a OPAS, em 1985, inicia uma nova proposta de reorientação das atividades de educação desenvolvidas para os trabalhadores da saúde na região das Américas, como uma linha de ação prioritária para educação e capacitação do pessoal da saúde. Essa proposta

Privilegia o processo de trabalho como eixo central da aprendizagem e enfatiza a capacidade humana de criar conhecimento novo a partir da discussão e análise conjunta e participativa dos problemas reais, de suas causas e das implicações que as alternativas de solução têm na busca da transformação das práticas de saúde, objetivo essencial do ato educativo (HADDAD et al., 1990, p. 136).

Esse trabalho desenvolvido pela OPAS, na década de 1980, constituiu-se em um ciclo de difusão sobre o tema da educação permanente em saúde junto aos países latino-americanos, cujo objetivo era promover mudanças nas práticas educativas realizadas nos serviços de saúde.

Observa-se, portanto, que a educação permanente encontrou no campo da saúde possibilidades favoráveis ao seu desenvolvimento, principalmente ao se analisar o contexto ao qual estava inserido, pois a década de 1980 foi marcada pela necessidade de reorientação dos sistemas nacionais de saúde em torno da atenção primária e da meta de saúde para todos no ano 2000. A reestruturação dos sistemas de saúde com base na atenção primária requeria a

execução de ações educativas com foco no desenvolvimento integral dos recursos humanos, adequando-os aos novos perfis de atuação profissional (ALVAREZ & CAMPOS, 1989).

A diferença dessa nova proposta para as capacitações convencionais é que a educação permanente em saúde tem como ponto de partida o processo de trabalho e o protagonismo do trabalhador. As atividades educativas são realizadas a partir da problematização das práticas realizadas cotidianamente, com vistas à aprendizagem significativa e orientando-se para a melhoria dos serviços de saúde (DAVINI et al., 2002).

O quadro abaixo ilustra as principais diferenças entre as propostas de educação continuada e educação permanente:

Referência analítica	Educação continuada	Educação Permanente
Pressuposto pedagógico	O conhecimento define as práticas. A aprendizagem é proposta como transmissão de conteúdos, centrado no conhecimento.	As práticas são definidas por múltiplos fatores (conhecimentos, valores, relações de poder, organização do trabalho, etc.). A aprendizagem requer que se trabalhe com elementos que produzam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa), assim como que possibilite criar novos sentidos (criar e recriar relações), centrado nas relações .
Objetivo principal	Atualização de conhecimentos específicos	Transformação das práticas.
Público	Profissionais específicos, de acordo com os conhecimentos a trabalhar.	Equipes de atenção e/ou de gestão em qualquer esfera do sistema: docentes, estudantes e usuários.
Planejamento/ Programação educativa	Descendente. A partir de uma leitura geral dos problemas, se identificam temas e conteúdos para trabalhar com os profissionais, geralmente no formato de cursos.	Ascendente. A partir da análise coletiva dos processos de trabalho se identificam os nós críticos (de natureza diversa) a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão, na formação e na educação popular. Possibilita a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade de lugares y pessoas.
Atividades didático-pedagógicas	Cursos padronizados; carga horária, conteúdo e dinâmicas definidas centralmente. As atividades educativas são construídas de modo desarticulado em relação à gestão, à organização do sistema e ao controle social. A atividade educativa é pontual, fragmentada e se esgota em si mesma.	Muitos problemas são resolvidos ou enfrentados na situação. Quando são necessárias, as atividades educativas são construídas de modo ascendente, levando em conta as necessidades específicas de profissionais e equipes. As atividades educativas são construídas de modo articulado com medidas para reorganizar o sistema (atenção – gestão – formação – controle social articulados), que implicam acompanhamento e apoio técnico.

Referência analítica	Educação continuada	Educação Permanente
Repercussões educativas	Acumulação cognitiva; erudição; racionalidade instrumental na condução de processos e métodos.	Constituição de equipes para apoio técnico em temáticas específicas prioritárias; instituição de processos de assessoriatécnica para formulação de políticas específicas; desenvolvimento de habilidades assistenciais; desenvolvimento de capacidades pedagógicas; racionalidade ético-estético-política na condução de processos e métodos.

Fonte: Merhy et al., 2006.

Figura 6. Comparação entre as propostas de educação continuada e educação permanente.

A referência teórico-metodológica que fundamenta a realização das atividades é a pedagogia da problematização que possibilita a aprendizagem significativa, com destaque para as discussões de Paulo Freire. Segundo Freire, a educação problematizadora é uma concepção de educação contrária à educação bancária, na qual

O saber é uma doação dos que se julgam sábios aos que julgam nada saber. Doação que se funda numa das manifestações instrumentais da ideologia da opressão – a absolutização da ignorância, que constitui o que chamamos de alienação da ignorância segundo a qual esta se encontra sempre no outro (FREIRE, 1987, p.58). Nela o educador é que educa; os educandos os que são educados; o educador é o que sabe; os educandos, os que não sabem (p. 59).

Para Freire (1987), a crítica à educação bancária está na forma como esta concebe a educação, como um ato de depositar, como se os educandos fossem depósitos vazios, necessitando encherem-se de conteúdos, conteúdos descontextualizados da realidade e que desconsideram “o saber de experiência feito”.

Merhy et al. (2006) confirmam essa discussão ao afirmarem que as mudanças nas práticas, desenvolvidas pelos trabalhadores no cotidiano dos serviços, só serão possíveis diante da percepção de que as práticas hegemônicas não são suficientes para dar conta dos desafios do trabalho em saúde. Segundo eles, a sensação de incômodo deve ser vivida pelo sujeito, já que ela “não se produz mediante aproximações discursivas externas” (p.153). Nesse sentido, acrescentam ainda que o aprendizado significativo se dá quando ocorre o diálogo dos saberes com a experiência prévia que os sujeitos trazem consigo.

Para a realização de atividades educativas que tomem como base os pressupostos da educação permanente, faz-se necessário, portanto, a utilização de métodos inovadores que

ampliem os limites das abordagens educativas essencialmente técnicas e possibilitem uma prática pedagógica ética, crítica, reflexiva e transformadora (MITRE et al., 2008).

A metodologia da problematização destaca-se nesse contexto como estratégia ensino-aprendizagem. Segundo Cyrino e Toralles-Pereira (2004), essa estratégia tem como base os estudos de Paulo Freire, para quem o trabalho pedagógico é também político e sua ênfase é na observação crítica dos problemas oriundos dos cenários reais, estes que nunca são estáticos, mas sempre estão em transformação, com todas as suas contradições.

Os autores afirmam ainda que essa metodologia insere-se na concepção de educação como ato político e está comprometida com uma visão crítica da inter-relação educação e sociedade, tendo como objetivo a transformação social e a conscientização do sujeito como cidadão por meio de uma educação libertadora e emancipatória.

O que orienta o processo de problematização é a relação ação-reflexão-ação transformadora, tendo como meta, segundo Berbel (1999, p.24), “o desenvolvimento da consciência crítica”.

2.4 MODELOS DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Os capítulos anteriores apresentaram o tema da educação permanente em saúde, buscando elucidar como a questão da educação permanente foi incorporada pelo setor saúde, como se deu essa proposta e como ela entrou na agenda de discussão, transformando-se em uma política pública. Esse capítulo tem como objetivo expor o tema das políticas públicas, abordando os principais conceitos na área da *policy analysis*, dando ênfase ao processo de implementação, tema do estudo.

O termo políticas públicas apresenta, na literatura, diversos conceitos que exprimem a complexidade dos estudos realizados nessa área. Rua (1998) construiu um conceito, a partir de diversos autores clássicos na área, que será utilizado neste trabalho. Segundo Rua, as políticas públicas são *outputs* que resultam da atividade política, ou seja, constituem um conjunto de decisões e ações do poder público realizadas estrategicamente. Vale ressaltar que apenas a decisão política não implica uma política pública, pois esta requer um conjunto de ações estratégicas no sentido de implementar as decisões que, por sua vez, dependem das escolhas entre as diferentes alternativas, conforme preferências dos atores envolvidos e ajuste aos fins almejados e meios disponíveis.

Saravia (2006) acrescenta nesse conceito que a decisão pública poderá ser pela omissão, e não pela ação, a fim de manter ou modificar a realidade, e que esse processo não

ocorre de forma racional; ou seja, os atores envolvidos nem sempre desempenham seu papel conforme as expectativas.

No Brasil, assim como nos países da América Latina, o termo política pode ser utilizado em diversos contextos. Já na literatura americana esse termo sofre distinções, e a compreensão dessa distinção se faz necessária para o estudo das políticas públicas. São três as dimensões do termo política: *polity*, *politics* e *policy*. *Polity* refere-se à ordem do sistema político, delineada pelo sistema jurídico, constituindo a dimensão institucional; *Politics* diz respeito ao processo político, geralmente permeado por conflitos, tendo em vista a luta pelo poder; e *Policy* designa os conteúdos concretos das decisões políticas, os programas políticos, ou sumariamente as políticas públicas (FREY, 2000).

O estudo sobre as políticas públicas teve origem na década de 50, nos Estados Unidos, constituindo uma área do conhecimento e disciplina acadêmica dentro da *policy science* com o objetivo de analisar campos específicos de políticas públicas, tais como as políticas sociais, denominando-se *policy analysis* (SOUZA, 2006; FREY, 2000).

Com o objetivo de tornar compreensíveis as políticas públicas, realiza-se a divisão desse processo em etapas denominado *policy cycle*, simplificada, formulação, implementação e avaliação. Tais processos são compostos por outras etapas mais específicas. Antes mesmo da formulação de uma *policy* existe o momento da agenda ou *agenda setting*, que é a transformação de um fato social em um problema público e sua inclusão na lista de prioridades do poder público.

Em seguida, tem-se a elaboração, que consiste na delimitação de algumas soluções para o problema em foco. Após a escolha da melhor alternativa, procede-se à formulação da *policy*, definindo seus objetivos, marco jurídico, administrativo e financeiro, sua transformação em programas e projetos, visando à implementação e sua execução, que são o conjunto de ações que se destinam a atingir os objetivos estabelecidos, o acompanhamento com supervisão e, finalmente, sua avaliação por meio da análise dos efeitos produzidos (SARAVIA, 2006).

Embora seja feita essa divisão por etapas, ela constitui apenas um recurso analítico de compreensão teórica, pois na prática essas fases ocorrem de forma desordenada, sendo ainda influenciadas pelos indivíduos, instituições, interações, ideologia e interesses envolvidos na construção da política pública. Nessa perspectiva, considera-se que o todo é maior que a soma das partes (SOUZA, 2003; 2006).

No Brasil, a *policy analysis* é um campo recente de pesquisa, havendo um predomínio nos estudos que enfocam o processo de formação das políticas públicas, com enfoque nos

fatores que influenciam a tomada de decisão (FIGUEIREDO & FIGUEIREDO, 1986; FREY, 2000; ARRETCHE, 2003; FARIA, 2003; SOUZA, 2003).

Faria (2003) expõe em seu estudo quatro principais vertentes analíticas utilizadas na área de políticas públicas atualmente, que enfocam a etapa de formulação, destacando as abordagens que, segundo ele, são mais sofisticadas analiticamente, mais aplicáveis e com maior capacidade de gerar novas pesquisas.

Será destacada nesse estudo apenas uma, o modelo analítico dos Múltiplos Fluxos (*Multiple streams*) de John Kingdon, tendo em vista sua utilização recente para a análise, em âmbito nacional, da política objeto desse estudo. Vale ressaltar que além desse modelo, vários outros têm sido utilizados na *policy analysis*. No entanto, por não ser o foco desse trabalho, não serão explicitadas.

O modelo proposto por John Kingdon (2006) dá ênfase ao processo de formação da agenda, considerando que a formulação de uma política pública segue o que ele denomina de múltiplos fluxos, constituindo-se em três dinâmicas de processos independentes que em um momento propício, denominado janela de oportunidade política, confluem para a sua determinação. Esses três processos são os problemas (*problems*), as soluções ou alternativas (*policies*) e a política (*politics*).

Bravin (2008) analisou o momento de formulação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a partir do modelo de Kingdon, no qual o fluxo dos problemas é explicado pelas insistentes demandas nas conferências nacionais de saúde para uma formação profissional adequada às demandas do setor, com vistas a avançar na consolidação do SUS.

O segundo fluxo, composto pelas propostas de solução para o problema, é representado pelas experiências e projetos em âmbito nacional de formação de trabalhadores para a saúde, bem como as experiências locais de integração ensino-serviço-comunidade, articuladas na rede UNIDA. Esses dois processos se uniram a uma terceira dinâmica, o fluxo da política (*politics*), possibilitando a abertura da *janela de oportunidade política* com a mudança de governo representada pela eleição do presidente Lula, e com ele as propostas de avançar na consolidação do SUS, respondendo a demandas antigas dos trabalhadores, dentre elas as relacionadas à gestão do trabalho e aos processos de qualificação.

Essa janela de oportunidade política permitiu a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e a posterior promulgação da portaria que regulamenta a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Este estudo pretende analisar a política citada acima, fazendo um recorte territorial, por meio de um estudo de caso do Distrito Federal, e abordando outra etapa do *policy cycle*, a implementação, tendo em vista a importância de estudos nessa área associados à sua escassez.

Vale ressaltar que ainda não há consenso a respeito do conceito de implementação em políticas públicas; alguns autores consideram que a implementação se inicia com o estabelecimento da política até o seu impacto, e outros afirmam que implementação não se confunde com o seu produto, sendo um processo de uma série de decisões e de ações postas pela autoridade legislativa central (PEREZ, 2009). Pressman e Wildavsky (1984) consideram que a implementação tem início a partir da transformação da política em programa e da criação das condições iniciais à implementação por meio da ação de uma autoridade.

Na visão clássica do *policy cycle* a implementação é vista como uma fase na qual a decisão governamental é colocada em prática por meio de programas e projetos com vistas a atingir as metas propostas na fase de formulação. Essa visão desconsidera os efeitos retroalimentadores do processo de implementação, conforme se observa no fluxograma elaborado por Silva e Melo (2000).

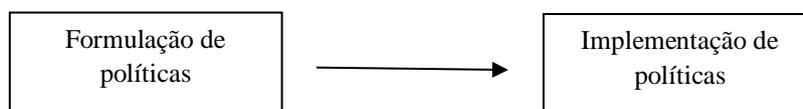


Figura 7. Visão clássica do *policy cycle*.

Em uma visão um pouco mais abrangente, representada na figura 2, a formulação e a implementação são vistas como um processo, sendo incorporados no esquema analítico o monitoramento e a retroalimentação, como instrumentos que permitem uma correção de rota; no entanto, essa abordagem, apesar de ser um avanço em relação à visão clássica do *policy cycle*, ainda representa um esquema linear que atribui os problemas de implementação à capacidade institucional dos implementadores, aos problemas de natureza política e às resistências ou boicotes de grupos negativamente afetados pela política, desconsiderando os entraves referentes ao processo de formulação (SILVA & MELO, 2000).

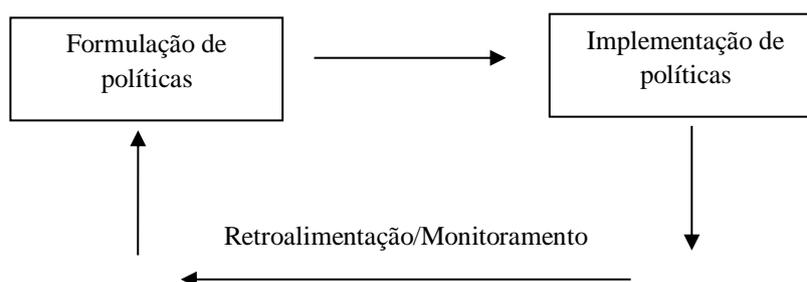


Figura 8. Visão do *policy cycle* como um processo simples e linear.

Os dois modelos analíticos apresentados acima, clássico e linear, representam uma abordagem *top-down*, em que a política pública é implementada de cima para baixo, partindo da premissa de que é possível separar a etapa de formulação da etapa de implementação, entendendo que os implementadores são agentes dos decisores (NAJBERG & BARBOSA, 2006).

Essa abordagem baseia-se em uma concepção errônea de que a partir da decisão tomada a respeito de um *input* de demanda, automaticamente a política pública gerada estaria implementada. No entanto, não é esse o processo; a decisão em política pública é apenas uma intenção de solucionar um problema em forma de determinações legais, não significa que a decisão se tornará uma ação, nem que a demanda será atendida com a política pública (RUA, 1998).

Tal compreensão pressupõe um *policy environment* caracterizado por “informação perfeita, recursos ilimitados, coordenação perfeita, controle, hierarquia, clareza de objetivos, *enforcement* de regras perfeitas e uniformes, linhas únicas de comando e autoridade, legitimidade política e consenso quanto ao programa ou política” (SILVA & MELO, 2000, p. 8), o que torna essa abordagem inadequada para análise de processos de implementação de políticas públicas, uma vez que esse processo, na maioria das vezes, se dá de forma conflituosa e permeada por negociações.

Uma abordagem que melhor responde a esse processo, além de fazer um contraponto ao modelo *top-down*, é denominada *bottom-up*, que defende que o processo de negociação se mantém na fase de implementação, implicando efeitos de baixo para cima (BARRET-FUDGE & HAM-HILL apud SUBIRATS, 1994).

Nessa abordagem, as fases do *policy cycle* são vistas de forma interdependente e são levados em consideração os objetivos pessoais e institucionais dos atores envolvidos no

processo (NAJBERG & BARBOSA, 2006). Partindo dessa concepção, o fracasso ou sucesso de um programa está relacionado ao comprometimento e habilidade dos atores diretamente envolvidos na implementação (HOWLET & RAMESH, 1995). O que a torna, também, insuficiente para a *policy analysis*, na medida em que enfatiza a atuação dos atores implementadores em detrimento de outros fatores envolvidos na implementação da política.

Corroborando essa discussão, Carvalho (2003, p. 186) expõe a necessária interdependência e articulação entre as etapas da *policy cycle*, sendo que,

A abordagem que melhor expressa o quadro real das políticas públicas é a que a considera como processo contínuo de decisões que, se de um lado pode contribuir para ajustar e melhor adequar as ações ao seu objeto, de outro, pode alterar substancialmente uma política pública.

A autora afirma ainda que as etapas de formulação e implementação de políticas ou programas não sofrem uma distinção tão facilmente, já que a própria implementação confere à política uma redefinição de decisões que pode alterá-la.

Outra etapa das políticas públicas é a avaliação. Esta etapa, para fins analíticos, pode se desenvolver com base em três metodologias: avaliação de metas, avaliação de impacto e avaliação de processo (GARCIA, 2001; COSTA & CASTANHAR, 2002; CARVALHO, 2003).

A avaliação de metas objetiva medir o grau de êxito de um programa em relação às metas previamente estabelecidas, sendo essas metas entendidas como os produtos imediatos/concretos decorrentes da sua implementação. Para a realização desse tipo de avaliação, o programa ou uma etapa dele deve ter sido concluído, caracterizando-se como uma avaliação *ex-post*. Dentre os limites para a avaliação de metas destacam-se a dificuldade na especificação e seleção das metas, a existência de múltiplas metas e as mudanças nas metas no decorrer da implementação do programa (COSTA & CASTANHAR, 2002).

A avaliação de impacto focaliza os efeitos produzidos por determinada política sobre a sociedade e não só sobre seu público-alvo. Nela são verificados, além da realização das atividades previstas, os resultados alcançados, estabelecendo uma relação de causalidade entre a política ou programa e a mudança social provocada. Esse tipo de avaliação também é caracterizado como *ex-post* (COSTA & CASTANHAR, 2002; CARVALHO, 2003).

A modalidade de avaliação de processo, ou avaliação formativa, ocorre simultaneamente à implementação e tem como objetivo o acompanhamento da execução do programa ou política, detectando possíveis falhas na elaboração dos procedimentos e os obstáculos à implementação. Essa modalidade de avaliação fornece informações importantes

para a reprogramação da política, podendo, portanto, introduzir mudanças (COSTA & CASTANHAR, 2002; CARVALHO, 2003).

Arretche (2009) argumenta que a avaliação de políticas públicas pode ser realizada em termos de sua efetividade, eficácia e eficiência. A avaliação de efetividade refere-se à relação entre a implementação de um determinado programa e seus impactos, ou seja, o sucesso ou fracasso desse programa em alcançar os resultados almejados, devendo-se atribuir àquele programa os resultados, de forma a estabelecer uma relação de causalidade. Essa classificação proposta por Arretche se assemelha à avaliação de impacto.

Segundo a autora, esse tipo de avaliação é difícil e muito raro, tendo em vista os problemas operacionais, tais como os custos financeiros e organizativos e as dificuldades metodológicas, como, por exemplo, a impossibilidade de isolar as variáveis intervenientes na avaliação de políticas sociais.

A avaliação de eficácia é mais factível de ser realizada e, portanto, a mais utilizada, refere-se à relação entre as metas declaradas e as metas alcançadas de uma determinada política, determinando o seu sucesso ou fracasso. Esse tipo de avaliação vai ao encontro da proposta de avaliação de metas apresentado por Costa e Castanhar (2002). A avaliação de eficiência diz respeito, sucintamente, à utilização racional de recursos (ARRETCHÉ, 2009).

No entanto, essa pesquisa não pretende realizar uma avaliação da política de educação permanente nos termos defendidos por Arretche, pela dificuldade que se impõe de estabelecer uma relação de causalidade entre as atividades propostas pela política – no caso a educação permanente dos trabalhadores da saúde e a melhoria na qualidade da atenção de saúde ofertada aos usuários dos serviços – comprometendo, assim, a avaliação de efetividade, tendo em vista a impossibilidade de se isolar variáveis intervenientes no sucesso ou fracasso dessa política.

Por outro lado, a avaliação de eficácia poderia reduzir o processo de implementação da política de educação permanente ao cumprimento das metas propostas, como, por exemplo: número de profissionais capacitados em processos educativos em serviço, o que empobreceria um processo que é muito maior. A avaliação de eficiência também não se ajusta ao presente estudo, pelo fato de que os recursos utilizados em uma ação educativa não são apenas financeiros, o que significa que a utilização racional de recursos, no caso dessa política, não tem relação direta com uma implementação exitosa.

Diante do exposto, considera-se que a análise do processo de implementação da política objeto do estudo poderá ser realizada com base na proposta de avaliação de processo. Costa e Castanhar (2002, p.11) citam Scheirer (1994), em que a avaliação de processo

identifica o “verdadeiro conteúdo de um programa público, se ele está sendo realizado como previsto, se está alcançando o público para o qual foi concebido e se os benefícios estão sendo distribuídos na intensidade prevista”.

Dessa forma, para a sua realização devem se desenvolver métodos para responder a três perguntas:

- a) *De que (e como) se constitui o programa em pauta? (métodos para desenvolver e especificar os componentes de um programa);*
- b) *O que é, na realidade, entregue aos beneficiários? (métodos para mensurar a implementação do programa);*
- c) *Por que existem diferenças entre os objetivos (e intenções) do programa e os que são realmente realizados? (avaliar fatores que influenciam a implementação, provocando mudanças entre o previsto e o realizado).*

Na linha das discussões realizadas até o momento, destacam-se nos estudos de implementação dois autores que consideram que a análise do processo de implementação faz parte da avaliação. Pressman e Wildavsky (1984) realizaram um estudo denominado *Implementation: How great expectations in Washington are dashed in Oakland*, que constituiu um marco para o desenvolvimento das pesquisas em implementação. Trata-se de um estudo de caso sobre a criação de empregos na cidade de Oakland (Califórnia) que, apesar da decisão do nível central (Washington) sobre a realização da política, apresentava inúmeros problemas na sua operacionalização, demonstrando que a implementação não se dava de forma automática, como se pensava na época.

3 OBJETIVOS DO ESTUDO

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o processo de implementação da política de educação permanente em saúde no Distrito Federal.

3.1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Delinear a estrutura organizacional, diretrizes políticas e responsabilidades das instituições que atuam na implementação da educação permanente para os trabalhadores do SUS;
- Conhecer as linhas de ação propostas pela estrutura de coordenação no que se refere a educação permanente em saúde e os espaços de articulação;
- Caracterizar o trabalho desenvolvido pelas estruturas de execução no tocante às ações educativas;
- Identificar o grau de apropriação da política de educação permanente em saúde pelas estruturas de coordenação e execução responsáveis pela gestão da educação na saúde.

4 MÉTODO

O presente estudo tem como objeto a análise da implementação da Política de Educação Permanente em Saúde no Distrito Federal, e para tal, optou-se por uma abordagem qualitativa, tendo em vista as limitações da metodologia quantitativa, pois conforme nos alerta Frey (2000), estudos que abordam políticas públicas fundamentados em métodos quantitativos comumente se limitam a poucas variáveis explicativas, tendo em vista as dificuldades técnicas e organizativas.

Vale destacar, porém, alguns limites para a avaliação dessa política, entre os quais estão: a pouca quantidade de estudos sobre o tema, o tempo relativamente recente da sua implantação no DF, a não disponibilização pela SES-DF de documentos oficiais que seriam utilizados na análise documental, os limites metodológicos da própria pesquisa em virtude do tempo de realização de uma pesquisa de mestrado e o recorte dado ao objeto em questão.

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo explicativa, pois busca reconstruir o processo de implementação de uma política pública, tornando-o inteligível. Utiliza-se, como meio para sua realização, o estudo de caso, ou seja, uma investigação particularista que procura descobrir o que há de mais essencial e característico na situação em estudo, (VERGARA, 2005), tal como segue:

- O estudo de caso caracteriza-se pelo fato do cenário de pesquisa ser um recorte territorial do Distrito Federal, sendo um estudo aprofundado e circunscrito;
- Utiliza uma variedade de instrumentos e estratégias de coleta de dados: pesquisa bibliográfica, investigação documental, observação direta e pesquisa de campo;
- A pesquisa bibliográfica realizada em todas as etapas da pesquisa possibilita uma fundamentação teórico-metodológica sólida;
- As pesquisas de campo foram realizadas com os atores responsáveis pela implementação da política de educação permanente em saúde no DF;
- A investigação documental não pode ser realizada plenamente, pois o acesso ficou restrito a documentos governamentais disponíveis na internet.

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O presente estudo foi desenvolvido no Distrito Federal (DF) que, por ser uma cidade-estado, organiza-se em regiões administrativas. Tal fato torna essas regiões mais acessíveis em virtude da curta distância entre elas e de estarem subordinadas a apenas um gestor, o que permitiu a análise de uma realidade concreta em sua totalidade.

O DF cuja população é de 2.570.160 (dois milhões quinhentos e setenta mil cento e sessenta) habitantes (IBGE, 2011) está dividido em 30 (trinta) regiões administrativas (GDF, 2012). Contudo, para fins didáticos, serão consideradas apenas as 19 regiões administrativas (RA's) que fazem parte do último Plano Diretor de Regionalização (PDR, 2007), conforme mapa abaixo, pois o novo PDR com as onze novas regiões administrativas ainda aguarda publicação oficial.



Figura 9. Mapa do Distrito Federal, ordenado por Região Administrativa.

O sistema de saúde do DF é composto por 15 diretorias regionais de saúde (DRS). Essa organização espacial visa garantir a assistência à saúde em todos os níveis de atenção, de forma descentralizada e regionalizada. As 11 novas RA's estão inseridas nas DRS existentes.

As 19 RA's estão distribuídas da seguinte forma nas diretorias regionais de saúde: DRS Asa Sul (Asa Sul e Lago Sul); DRS Núcleo Bandeirante (Riacho Fundo, Candangolândia, Núcleo Bandeirante); DRS Guarã (Guarã); DRS Asa Norte (Asa Norte, Lago Norte e Cruzeiro); DRS Ceilândia (Ceilândia); DRS Brazlândia (Brazlândia); DRS

Taguatinga (Taguatinga); DRS Samambaia (Samambaia); DRS Recanto das Emas (Recanto das Emas); DRS Sobradinho (Sobradinho); DRS Planaltina (Planaltina); DRS Paranoá (Paranoá); DRS São Sebastião (São Sebastião); DRS Gama (Gama); DRS Santa Maria (Santa Maria).

Os núcleos de educação permanente em saúde (NEPS), objetos do presente estudo, estão localizados nas 15 diretorias regionais de saúde e ficam responsáveis pela implementação da política de educação permanente em saúde nas regiões administrativas do DF, conforme organização da rede. Existem ainda outros sete NEPS vinculados diretamente a serviços especializados ou fundações ligadas diretamente à Secretaria de Saúde. Há um total de 22 NEPS em funcionamento, todos subordinados tecnicamente à Coordenação de Desenvolvimento de Pessoas (CODEP), órgão da Secretaria de Estado da Saúde do DF.

Do total de 22 NEPS, foram pesquisados 21, apenas o de São Sebastião ficou de fora, pois, por ocasião do trabalho de campo, o mesmo se encontrava desativado em consequência de troca de chefia.

4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Além dos 21 sujeitos, chefes dos NEPS, participaram da pesquisa outros três que ocupam ou ocupavam, à época da pesquisa, cargos de gestão na área de recursos humanos em saúde no governo do Distrito Federal: a coordenadora da Coordenação de Desenvolvimento de Pessoas (CODEP), a gerente responsável pela Gerência de Desenvolvimento de Projetos (GDP) até dezembro de 2011 e a gerente atual que assumiu o cargo, a partir de 2012. No total, a pesquisa foi composta por 24 sujeitos.

A escolha dos sujeitos foi intencional, sendo incluídos no estudo todos os chefes dos NEPS e os responsáveis pela política no nível distrital, considerados informantes-chave, segundo Triviños (2010), por terem conhecimento amplo e detalhado das circunstâncias da temática em análise, disponibilidade adequada de tempo para participar das entrevistas e capacidade para expressar especialmente o essencial do fenômeno e o detalhe vital que enriquece a compreensão do mesmo.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados teve início em novembro de 2011 e finalizou em março de 2012, sendo realizada pela própria pesquisadora. Os sujeitos eram contatados por telefone, sendo

explicado o objetivo da pesquisa e marcada a entrevista em horário combinado, conforme a disponibilidade do entrevistado. Antes de iniciar a entrevista, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO I) era lido, bem como era explicado o interesse da pesquisadora pelo objeto de estudo. As entrevistas ocorreram no local de trabalho dos sujeitos.

Dentre os instrumentos de coleta de dados, foi utilizada para a pesquisa direta com os informantes-chave a entrevista semiestruturada com 4 questões norteadoras que orientou a conversa, valorizando a presença do investigador e, ao mesmo tempo, oferecendo liberdade para o entrevistado expor suas ideias e experiências, de forma espontânea, conforme o foco dado pelo entrevistador (ANEXO II). O instrumento foi previamente testado para sua adequação em relação ao objetivo da pesquisa.

A primeira entrevista foi realizada com a ex-gerente do GDP, buscando as informações preliminares sobre o objeto de estudo, além de possibilitar a validação do roteiro de entrevistas. Em seguida, foram realizadas as entrevistas com os chefes dos Neps, essa etapa se estendeu além do previsto no cronograma (duração de 5 meses), tendo em vista a disponibilidade de agenda dos entrevistados e da pesquisadora. A etapa da coleta dos dados finalizou com as entrevistas com a atual gerente da GDP e com a coordenadora da CODEP, a quem foi aplicado um instrumento diferenciado (ANEXO III), tendo em vista o seu papel na coordenação dessa política.

Das 24 entrevistas realizadas, apenas uma não autorizou a gravação, as 23 foram gravadas e tiveram a duração média de 25 minutos, sendo respeitado o tempo de cada respondente. As narrativas foram transcritas, sendo os dados revisados e organizados. As transcrições possibilitaram a análise dos relatos na íntegra. Os dados obtidos na entrevista que não foi gravada foram escritos no caderno de anotações da pesquisadora, sem prejuízo à análise posterior.

Como ferramentas de pesquisa foram utilizadas ainda a observação direta das unidades de coordenação e execução da política e as anotações no diário de campo que se referem a algumas impressões da pesquisadora e detalhes que chamavam atenção durante as entrevistas, esses registros auxiliaram a análise dos dados.

Com o objetivo de ampliar a descrição e explicação do fenômeno em foco, além das entrevistas, foi realizada uma análise documental de fontes secundárias disponíveis na internet e de acesso livre, já que os documentos oficiais, tais como os planos e os relatórios da política, não foram disponibilizados pelos respectivos órgãos públicos (SES/DF, CODEP E GDP), com a justificativa de que, devido à mudança de gestão no governo local, os

documentos estavam sendo organizados e revisados, sendo que alguns não estavam disponíveis para acesso no momento da pesquisa.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

As entrevistas foram organizadas e codificadas com o auxílio do *software Qualitative Solutions Research Nvivo*, na versão 8.0 (*QRS Nvivo 8.0*), como ferramenta que facilitou o agrupamento dos dados coletados. Optou-se pelo uso do *software* por considerar que este impõe um maior rigor no processo de análise dos dados (WELSH, 2002). O *QRS Nvivo* exibe como vantagem a capacidade de trabalhar com uma grande quantidade de dados qualitativos e isso foi útil visto o volume de dados obtidos com o trabalho de campo. O *software* subsidiou a síntese das ideias da pesquisadora, possibilitando o agrupamento das narrativas por temas e a criação de categorias de análise. Com base no material analisado, a pesquisadora criou as categorias, chamadas de *nodes* ou *nós* em português, e dentro dos *nós* os *sub-nós*, subcategorias que possibilitaram a classificação mais específica dos dados na forma de *árvore de nós* ou *tree nodes*.

As 24 entrevistas foram importadas para o *software* possibilitando o agrupamento das informações na base de dados. Cada entrevista foi categorizada segundo as seguintes características do entrevistado: formação acadêmica, tipo de NEPS (específico, atenção básica, atenção básica e média e alta complexidade), constituindo um *corpus* de análise que foi numerado, sendo de C1 a C3, as gerentes e coordenadora da política; NB1 e NB2, os NEPS apenas com Atenção Básica; de NS1 a NS12, os NEPS com atenção básica e média e alta complexidade; e, de NE1 a NE7, os NEPS de uma instituição específica.

Após o agrupamento das informações, as entrevistas passaram por um processo de leitura exaustiva, o que permitiu a identificação das unidades de registro (UR's), essas foram compostas por temas. Segundo a análise de conteúdo proposta por Bardin (1977), as UR's foram quantificadas em cada *corpus*, sendo construída uma tabela, em virtude da grande quantidade de informação (ANEXO IV).

Dessa forma, foram extraídos das entrevistas os 17 temas, entre os quais destacam-se: espaços de articulação, financiamento, CODEP e suas responsabilidades, conflito de competências entre CODEP e SUGETES, fortalecimento dos NEPS, organização e funcionamento dos NEPS, liberação da chefia, falta de recursos para os NEPS e organização das atividades educativas.

Os temas foram agrupados em seis categorias, segundo critérios teóricos: Estrutura de coordenação, Estruturas de execução, Arenas de implementação da política, Processos educativos em serviço, Fatores facilitadores e avanços na implementação da política e Dificuldades na implementação.

Desta forma, a análise se deu em três etapas básicas: pré-análise, descrição analítica e interpretação inferencial. A pré-análise constituiu-se na organização do material e ocorreu simultânea à coleta dos dados, na qual foram realizadas leituras dos materiais a serem analisados, o que Bardin denomina leitura flutuante, que permitiu determinar o corpus da investigação, ou seja, a análise da implementação da Política de Educação Permanente em Saúde no DF.

A descrição analítica consistiu em submeter o corpus a um estudo aprofundado, orientado pelo referencial teórico da pesquisa, dessa forma, os materiais obtidos foram codificados, classificados e categorizados, não se limitando apenas a descrever o fenômeno, mas analisá-lo na perspectiva do referencial proposto. A interpretação inferencial, iniciada já na pré-análise, nessa fase tornou-se mais intensa, onde foram realizadas as reflexões e intuições, que tomam como base tanto o material empírico, quanto o referencial teórico-metodológico.

Vale ressaltar que o material analisado não foi apenas o conteúdo manifesto nos documentos oficiais e nas narrativas dos sujeitos, mas aprofundou-se a análise com o intuito de revelar o conteúdo oculto que esses materiais possuem, descobrindo ideologias e tendências características do fenômeno social que se analisa (TRIVIÑOS, 2010).

4.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O projeto foi apresentado à Coordenadora de Desenvolvimento de Pessoas da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, obtendo a sua anuência para a realização da pesquisa. Posteriormente, o projeto passou pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, obtendo a aprovação em 22 de junho de 2011, sob o parecer nº 0231/2011 (ANEXO V), tendo como base a resolução 196/96 CNS/MS que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Política de Educação Permanente em Saúde possui duas dimensões, uma organizacional, ligada às diretrizes estabelecidas na portaria que a regulamenta e uma dimensão pedagógica, que institui novas orientações para a realização de atividades educativas nos serviços. Os resultados dessa pesquisa apontam nessa direção.

A partir da análise de conteúdo, segundo técnica proposta por Bardin, emergiram dois grandes eixos, um ligado à dimensão pedagógica da política, representando 64,8% das falas e outro à dimensão organizacional com 35,2%. Para apresentação dos resultados, utilizou-se o modelo proposto por Oliveira (2008), conforme figura abaixo:

Eixo	Categoria temática	Nº UR	% UR
Dimensão organizacional	Estrutura de coordenação	30	8,5
	Estruturas de execução	61	17,4
	Arenas de implementação da política	33	9,3
Dimensão pedagógica	Processos educativos em serviço	101	28,5
	Fatores facilitadores e avanços na implementação	25	7,0
	Dificuldades na implementação	103	29,3
Total		353	100,0

Figura 10. Síntese das unidades de significação e categorias temáticas das 24 entrevistas.

Observa-se que na dimensão organizacional o tema mais abordado foi a estrutura de execução (17,4%), com destaque para sua organização e funcionamento, seguida das arenas de implementação (9,3%) e das estruturas de coordenação (8,5%). Com relação aos aspectos pedagógicos destacam-se as dificuldades para a implementação da política (29,3%), seguida das características dos processos educativos realizados nos serviços (28,5%). O aspecto menos abordado diz respeito aos fatores facilitadores e avanços na implementação da política de EPS (7%).

Para apresentação dos resultados foram construídos quadros com a síntese das informações relativas a cada categoria temática, bem como os temas trabalhados, ilustrando com falas representativas.

EIXO I: Aspectos organizacionais da Política de Educação Permanente em Saúde no Distrito Federal.

Nesse eixo foram agrupadas as falas que continham a descrição de como se organiza e se estrutura a gestão da educação na saúde no DF. Essas categorias estão descritas abaixo, sendo apresentados os temas mais abordados nos discursos.

Categoria temática 1 – Estrutura de coordenação

Essa categoria aborda o processo de trabalho da Coordenação de Desenvolvimento de Pessoas (CODEP), suas responsabilidades e o conflito de atribuições que há entre essa coordenação e a Subsecretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SUGETES).

CODEP e suas responsabilidades	<i>A CODEP ela é uma integrante da estrutura da FEPECS, essa fundação nossa, aqui ela é uma fundação em que pese ter sido criada em 2001, é considerada uma fundação nova, até porque pela lei ela foi criada para criar o curso superior de medicina, e isso teve uma grande mudança aqui dentro porque ela terminou se estruturando como uma fundação, mas tem um regimento ainda muito incipiente, que precisa ser aperfeiçoado, porque hoje a estrutura da FEPECS ela tem duas escolas e a CODEP, [...] aqui é uma coordenação que fica responsável pela parte da educação permanente (C1).</i>
CODEP e SUGETES	<i>Então essa questão, essa competência da SUGETES junto com a gente deixa a gente um pouco mais, como é que eu podia dizer, tímido ou um pouco mais amarrado, vamos dizer assim, mais amarrado mesmo da gente não querer se adiantar a um processo que tem questões internas a serem resolvidas (C1).</i>

Categoria temática 2 – Estruturas de execução

Nessa categoria os sujeitos retrataram as atividades realizadas pelos Neps, enfatizando a necessidade de fortalecimento dessas estruturas.

Fortalecimento dos Neps	<i>Tentar qualificar os nossos Neps, que nós estamos fazendo cursos de qualificação para os Neps, discutir politicamente os Neps com os diretores para não colocar a pessoa mais frágil, a que não tem o que fazer, eles colocam lá no Neps, e nós temos alguns que é assim, então os neps eles tem uma diversidade enorme, nós temos Neps assim, maravilhosos, é melhor que a gente, a gente segue eles, mas tem Neps também muito mais fragilizado (C1).</i>
--------------------------------	--

Organização e funcionamento	<p><i>O núcleo de educação permanente em saúde ele está voltado não só para cursos e capacitações, mas também para estar acompanhando, atendendo os estagiários das redes conveniadas a SES (NS2).</i></p> <p><i>Todo curso ele só sai com o projeto, então a gente tem um roteiro básico do projeto que inclui identificação, quem está solicitando, justificativa, objetivo geral, objetivo específico, conteúdo programático, esse conteúdo programático, tudo dentro do tempo direitinho, qual o instrutor que vai ministrar cada tema, e também a parte de recursos, quanto que eu vou gastar (NB2).</i></p>
------------------------------------	---

Categoria temática 3 – Arenas de implementação da política

Nessa categoria são apresentados os espaços de articulação da política de EPS no âmbito do DF, seu financiamento e as questões que permeiam a formação de trabalhadores na área da saúde.

Espaços de articulação	<p><i>Eu coordeno a CIES, a comissão de integração ensino-serviço [...] eu também participo do Conselho do distrito federal, eu também sou conselheira, representando a FEPECS (C1).</i></p> <p><i>Então o responsável por aquela área, então se é atenção primária, nós temos que conversar com a subsecretaria, se nós estamos falando de vigilância epidemiológica, nós temos que conversar com a nossa área responsável, então a gente está sempre voltando para a área técnica, então a gestão é partilhada nesse sentido, sempre, porque a gente não tem responsabilidade total e nem consegue (C3).</i></p>
Financiamento	<p><i>Na questão do financiamento a gente tem mais uma parte complicada de orçamento aí, que é, nós temos um orçamento que pertence à fundação, e aí a gente tem como recurso da educação permanente e esse que é para capacitação e educação permanente, e esse que é o dinheiro que está dentro da fepecs, esse é totalmente organizado por aqui e nós temos também recurso que vem do ministério da saúde e que esse cai diretamente no fundo de saúde, então ele não vem para a fundação, então esse precisa ser uma negociação de transferência para cá ou uma negociação direta que é o que a gente tem feito, preparar os processos aqui e encaminhar para a secretaria pagar (C1).</i></p>
Formação	<p><i>Eu colocaria assim, que a maior dificuldade encontrada é o despreparo dos profissionais que estão chegando, essa questão assim que eu já te coloquei, a questão do profissional chegar e assim de uma hora para a outra ele querer treinamento de tudo (NB2).</i></p>

EIXO II: Dimensão pedagógica da Política de Educação Permanente em Saúde no Distrito Federal.

Categoria temática 4 – Processos educativos em serviço

Essa categoria apresenta uma caracterização das atividades educativas realizadas nos serviços de saúde segundo a percepção dos sujeitos entrevistados. Essas atividades foram caracterizadas segundo o conteúdo trabalhado, a metodologia utilizada, o objetivo das ações e o público-alvo ao qual se destinam.

Conteúdos	<i>Se oferecem muitos cursos, muitas oportunidades de qualificação, só que elas não condizem muito com a realidade do setor, dos diversos setores, então são oferecidas as qualificações, acho que assim, as pessoas vão perguntando, que curso que você quer ter, sem observar realmente a realidade, se aquilo ali é a realidade do setor (NS3).</i>
Metodologia	<i>Nós temos uma grande preocupação muito grande em definir claramente os objetivos, propor metodologias, sobretudo aquelas ativas, que estejam voltadas a realidade daquele profissional (C3).</i> <i>No geral são aulas expositivas com exposição de slides mesmo, com o uso do projetor multimídia, é o que predomina, um ou outro dependendo da característica do curso que faz, volta para questão prática, mas essencialmente é aula expositiva como recurso (NS3).</i>
Objetivo	<i>E aí o que vocês tem necessidade, 'ah, curso de português, a gente precisa de curso de português', foi a primeira coisa que falaram muito, aí alguém falou de informática, digitação, então fica essa coisa, como se a gente fosse aqui em cima, 'ah vamos fazer um curso de Excel, como alguém falou', então assim, aí eu falo, mas, e sobre aqui? (NE1).</i>
Público alvo	<i>Além disso, assim, favorecer a educação permanente de forma local, porque a educação permanente não é só curso, é toda ação, é todo encontro de profissional com profissional, é toda visita técnica que você recebe, é todo servidor que está saindo e que vai deixar o conhecimento para quem está ficando (C3).</i> <i>São cursos mais direcionados por categorias mesmo, alguns cursos são direcionados, multiprofissionais, mas a maioria dos cursos são direcionados a categorias mesmo. A categoria que mais demanda é a enfermagem (NE5).</i> <i>Na saúde mental o público é sempre multiprofissional, a gente não prioriza esta ou aquela categoria (NE6).</i>

Categoria temática 5 – Fatores facilitadores e avanços na implementação

Nessa categoria foram agrupadas as falas dos sujeitos que apresentam os fatores facilitadores na implementação da política de EPS.

Facilidades e avanços	<p><i>Os avanços é o próprio numero de profissionais capacitados, o amadurecimento e entendimento, que não é pegar o projeto do ano passado e replicar (C2).</i></p> <p><i>Eu acho que autonomia de elaborar as coisas a partir da minha demanda interna (NE1).</i></p> <p><i>Os avanços são os Neps, porque regulamentar o Núcleo de Educação Permanente foi fantástico, porque hoje o diálogo, ele é estabelecido [...]a comunicação está estabelecida, esse é um grande avanço, o próprio Neps (NS4).</i></p>
------------------------------	--

Categoria temática 6 – Dificuldades na implementação

Essa categoria aborda as dificuldades para a implementação das ações, sendo citadas pelos sujeitos, vários aspectos dificultadores, tais como: a autonomia das estruturas de execução em relação à estrutura de coordenação; a questão da titulação e do plano de cargos do GDF; a falta de interesse e desmotivação profissional; a não liberação pela chefia imediata para participação nas atividades e a falta de recursos materiais, estrutura física e déficit de pessoal.

Autonomia	<p><i>A CODEP poderia estar mais junto da gente, mas o objetivo, segundo eles, é nos dar autonomia, ficou um pouco solto, porque assim, a autonomia que eu desejo é não ter que prestar contas para a CODEP, de repente, ou se eu prestasse essas contas, que fossem singelos relatórios e não, de repente ter a CODEP como meu grande patrão e se meu projeto não estiver enquadrado nos pré-requisitos que eles elaboram, o evento não possa acontecer, aí eu acho que amarra um pouco o processo de autonomia que segundo ela a gente está caminhando um pouco para isso (NS4).</i></p>
Titulação	<p><i>E a nossa diferença com relação à saúde é que o nosso de 4 em 4 anos a pessoa tem que estar renovando, então se ela fez o treinamento hoje ele vai valer por 4 anos, daqui a 4 anos ela vai ter que renovar. Então é diferente da secretaria de saúde porque lá eles não exigem renovação, aqui a gente segue essa, mais a lei da administração direta, mas a gente utiliza sempre esse prazo de renovação, para estimular essas pessoas a estarem renovando sempre (NE4).</i></p>
Falta de motivação e interesse do servidor	<p><i>Mas justamente pela falta mesmo até de cultura das pessoas, porque todo mundo reclama, 'não tem curso, ninguém olha para a gente, ninguém lembra, não tem capacitação, ninguém faz nada'. Mas quando começou a aparecer as pessoas também não, às vezes até se interessavam em se inscrever, mas não se interessavam em vir fazer (NS10).</i></p>

Liberação pela chefia imediata	<p><i>Mas assim, a dificuldade maior que a gente tem que a gente não tem avançado tanto é devido ao servidor, ele está um pouco desmotivado, a gente percebe isto (NS2).</i></p> <p><i>A oferta foi bastante mesmo, o problema é que a falta de recurso humano não dá para liberar (NB1).</i></p>
Recursos escassos	<p><i>Acaba que assim, o que eu vejo é que quando uma unidade de saúde precisa priorizar, porque assim, a gente trabalha com escassez de recurso constantemente, inclusive de pessoal, então quando se tem que priorizar, o gestor, ele vai priorizar o atendimento imediato (NE2).</i></p> <p><i>Porque a maioria das vezes a gente é sozinha, igual aqui, eu sou só eu do Neps, eu sou o Neps (NB2).</i></p> <p><i>Muitas vezes sem material, sem espaço, sem um auditório capacitado para poder, às vezes, receber um curso de uma semana, não tem estrutura suficiente, que torna cansativo e desestimulante para o servidor também, que isso eu pude comprovar com outros cursos que nós procuramos fazer ao longo do ano (NS11).</i></p>

Esses resultados são apresentados e discutidos nos subcapítulos subsequentes, da seguinte forma:

- O subcapítulo 5.1 apresenta o delineamento da estrutura organizacional, as diretrizes políticas e as linhas de ação propostas pela política de EPS no âmbito do DF, a partir dos dados obtidos na análise documental.
- Nos subcapítulos 5.2, 5.3 e 5.4 são discutidos, a partir do Eixo I, as questões relativas à dimensão organizacional da política de EPS. Primeiramente, faz-se um resgate histórico da gestão da educação na saúde no DF, em seguida, como funciona a atual estrutura, e, por último, as responsabilidades da estrutura de coordenação da política e o conflito de competências existente no DF para a gestão da educação na saúde (Categoria temática 1 – Estrutura de coordenação).
- Em seguida, apresentam-se aspectos relativos à organização e funcionamento das estruturas de execução da política de educação na saúde (Categoria temática 2 – Estruturas de execução).
- Por último, são abordados os espaços de articulação da política de EPS no DF (Categoria temática 3 – Arenas de implementação da política).
- No subcapítulo 5.5 trabalha-se, a partir do Eixo II, a dimensão pedagógica da política, caracterizando as atividades desenvolvidas pelas unidades coordenadoras e executoras e os avanços alcançados (Categoria temática 4 – Processos educativos em serviço e Categoria temática 5 – Fatores facilitadores e avanços na implementação da política de

EPS) e, por último, os problemas enfrentados para a realização das ações de educação em serviço (Categoria temática 6 – Dificuldades na implementação).

- O subcapítulo 5.6 discute-se o processo de implementação da política de EPS no DF com base no referencial proposto por Pressman e Wildalvsky.

5.1 A ESTRUTURA ORGANIZACIONAL E AS DIRETRIZES DO SISTEMA DE SAÚDE DO DF PARA A GESTÃO NA ÁREA DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

5.1.1 Organização do Sistema de Saúde no Distrito Federal

A rede de serviços da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) organiza-se em níveis de complexidade crescente, compostos por unidades ambulatoriais, hospitalares e de apoio logístico, diagnóstico e terapêutico que, de forma complementar, oferecem desde serviços de atenção primária até os de maior complexidade, tais como os serviços especializados (GDF, 2008).

Esse capítulo tem o objetivo de apresentar como estão organizados esses serviços, uma vez que os Núcleos de Educação Permanente em Saúde (NEPS), objetos do presente estudo, estão localizados nas Diretorias Regionais de Saúde (DRS) e em algumas unidades especializadas, sendo responsáveis pela execução das atividades de educação permanente em saúde desenvolvidas em toda a rede de serviços.

Os 21 NEPS pesquisados estão distribuídos nas 14 diretorias regionais de saúde, citadas a seguir: Asa Norte, Asa Sul, Brazlândia, Ceilândia, Gama, Guará, Núcleo Bandeirante, Paranoá, Planaltina, Recanto das Emas, Samambaia, Santa Maria, Sobradinho e Taguatinga. E nas sete unidades especializadas, conforme segue: Centro de Atenção Médico Psico Pedagógica (COMPP), Fundação Hemocentro de Brasília (FHB), Hospital de Apoio de Brasília (HAB), Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), Hospital São Vicente de Paula (HSVP), Instituto de Saúde Mental (ISM) e Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS).

A tabela 1 apresenta o número de serviços de saúde instalados em cada diretoria regional de saúde:

Tabela 1. Capacidade instalada da SES/DF, por diretoria regional de saúde, em 2012.

Serviços de Saúde	Diretorias Regionais de Saúde															
	Asa Norte	Asa Sul	Brazlândia	Ceilândia	Gama	Guará	N. Bandeirante	Paranoá	Planaltina	R. Emas	Samambaia	São Sebastião	Sta. Maria	Sobradinho	Taguatinga	Total
Centro de Atenção Psicossocial	-	1	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	1	1	5
Centro de Saúde	7	3	1	12	6	3	2	1	3	2	4	1	2	3	8	58
Hospital Especializado	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3
Hospital Regional	1	1	1	1	1	1	-	1	1	-	1	-	1*	1	1	12
Instituto de Saúde Mental	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Posto de Saúde Rural	-	-	2	1	3	-	2	4	7	-	-	1	-	4	-	24
Posto de Saúde Urbano	-	-	1	1	-	2	1	1	1	1	-	2	3	-	1	14
Serviços de apoio e diagnóstico	1		-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	4
Unidade Mista	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	3

Fontes: PDR, 2007; *GDF, 2012.

Esses dados se referem ao ano de 2007, data da publicação do último Plano Diretor de Regionalização (PDR), mas foram utilizados no estudo tendo em vista a falta de documentos oficiais mais recentes.

Os serviços de atenção básica totalizam: 58 centros de saúde, três unidades mistas, 14 postos de saúde urbanos, 24 postos de saúde rurais e um instituto voltado para atendimento ambulatorial na área de saúde mental que abriga um hospital dia e um CAPS. A atenção secundária conta com 12 hospitais regionais e dois hospitais especializados (Hospital de Apoio e Hospital São Vicente de Paula). A atenção terciária é composta apenas pelo Hospital de Base (PDR, 2007).

Vale ressaltar que dentre as unidades hospitalares de nível secundário, cinco se destacam por ser referência para as demais regiões, em virtude dos serviços especializados: a) Hospital Regional da Asa Sul (HRAS) é referência para a área materno-infantil, b) Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) para queimados, cirurgia plástica e cirurgia bariátrica; c)

Hospital de Apoio de Brasília (HAB) referência para oncologia pediátrica, hemopatias e pacientes crônicos; d) Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF) é de nível terciário, sendo referência para trauma e especialidades correlatas (ortopedia, neurologia, pneumologia); e) Hospital São Vicente de Paula (HSVP) funciona como hospital especializado em atendimento psiquiátrico (GDF, 2008).

Em relação aos serviços de apoio e diagnóstico, há cinco: a) Centro de Orientação Médico-Psicopedagógica (COMPP) que presta atendimento a crianças e adolescentes com distúrbios emocionais e comportamentais, além de menores de zero a 18 anos incompletos, portadores de distúrbios de linguagem e transtornos psiquiátricos; b) Fundação Hemocentro de Brasília (FHB) que coordena o sistema de sangue e hemoderivados do DF; c) Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS); d) Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN); e) Central de Radiologia de Taguatinga, interligadas por um sistema de referência e contra-referência e outros laboratórios regionais.

Conforme se observa, existem regionais de saúde que possuem apenas serviços de atenção básica e outras que também agregam atenção secundária. As que possuem apenas serviços de atenção básica são: Núcleo Bandeirante, São Sebastião e Recanto das Emas. As demais regionais possuem hospitais regionais em sua rede. Essa característica de distribuição dos serviços será analisada posteriormente nas falas dos sujeitos, pois essa diferenciação impõe às atividades educativas características importantes.

5.1.2 Diretrizes do sistema de saúde do DF para a gestão na área da educação na saúde

O Plano Distrital de Saúde 2008 – 2011 (GDF, 2008, p.70) refere a Educação Permanente em Saúde (EPS) como uma “proposta de ação estratégica que visa contribuir para transformar e qualificar as práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços de saúde, os processos formativos e as práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde”.

O documento atribui à Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), instituição autônoma vinculada à SES/DF, de caráter pluridisciplinar e multiprofissional, a responsabilidade de “formular, promover, apoiar e executar a educação profissional, a educação superior e a pesquisa na área da saúde e o desenvolvimento científico e tecnológico do Sistema Distrital e Regional de Saúde com base nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde”.

Integram a estrutura da FEPECS: a Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), a Escola Técnica de Saúde de Brasília (ETESB) e a Coordenação de Desenvolvimento de Pessoas (CODEP).

No plano distrital, o programa de capacitação de recursos humanos tem como objetivos estratégicos (GDF, 2008, p.200):

- *Promover a educação em saúde com excelência, formando e capacitando profissionais de saúde éticos, humanísticos e compromissados com a saúde da população, conforme as políticas públicas;*
- *Prover ações orientadas à formação, capacitação de pessoas, gestão do conhecimento e pesquisa aos profissionais e egressos do setor saúde, conforme as políticas públicas governamentais;*
- *Prover os meios necessários para o funcionamento das Instituições de Ensino mantidas pela FEPECS;*
- *Melhorar continuamente a infraestrutura e os processos logísticos e operacionais institucionais;*
- *Ampliar o número de participações dos servidores da FEPECS em cursos e ações educativas;*
- *Aumentar o índice de satisfação, resgatando e estimulando o compromisso do servidor da FEPECS.*

Com vistas a alcançar os objetivos acima elencados, o plano de saúde propõe ações de gestão da informação em saúde, desenvolvimento e manutenção de cursos de graduação e de educação profissional, fomento à pesquisa em saúde, capacitação de recursos humanos e de pessoas na área da saúde. Serão analisadas apenas as ações referentes à capacitação dos trabalhadores da saúde, foco do presente estudo.

Observa-se que das três ações propostas para capacitar recursos humanos, uma se refere à capacitação de conselheiros com vistas a fortalecer o controle social e outra aborda atividades de pós-graduação, estando incluídos os programas de residência, especialização, mestrado e doutorado. Dessa forma, apenas uma ação faz parte do escopo dessa pesquisa, pois tem como público-alvo os trabalhadores do sistema de saúde do DF (GDF, 2008). Essa ação será descrita e analisada. Para facilitar a visualização, foi construído um quadro com as informações referentes à este subprograma:

Programa: Gestão de Pessoas
Ação: Capacitação de Recursos Humanos
Unidade Responsável: Coordenação de Desenvolvimento de Pessoas (CODEP/FEPECS)
Público-alvo: Servidores do Governo do Distrito Federal
Objetivo geral: Implementar políticas públicas orientadas para o desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências individuais – conhecimento, habilidades e atitudes, ampliação do nível de escolaridade, profissionalização, valorização e conhecimento dos servidores, bem como a melhoria da qualidade de vida no trabalho, no intuito de comprometê-los aos princípios de estado ágil, moderno e integrado à sociedade.
Indicador: índice de satisfação dos servidores com os treinamentos.
Descrição de metas: Índice de satisfação dos usuários atendidos pela CODEP; número de vagas oferecidas em cursos diversos na educação permanente; percentual de vagas ocupadas nos cursos oferecidos na educação permanente; percentual de satisfação dos estagiários e número de eventos técnico-científicos promovidos.
<p>Descrição das atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Formular, promover e executar o desenvolvimento de pessoas, profissionais e estudantes da área de saúde, conforme as políticas públicas vigentes, favorecendo a melhoria na atenção à saúde da população do Distrito Federal; ▪ Desenvolver as competências dos profissionais da rede de saúde, conforme as políticas públicas de saúde e diretrizes do Plano Estratégico da Secretaria de Estado de Saúde do DF; ▪ Promover a integração ensino-serviço, favorecendo o desenvolvimento das competências dos estudantes das escolas conveniadas, no contexto assistencial da Secretaria de Estado de Saúde do DF e unidades vinculadas; ▪ Promover eventos técnicos científicos.

Figura 11. Proposta do Plano Distrital de Saúde 2008-2011 para capacitação profissional na área da saúde.

Observa-se que apesar da SES/DF ter em sua estrutura organizacional uma Subsecretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SUGETES), a competência pela gestão da educação na saúde no DF é da CODEP/FEPECS, fundação autônoma integrante do organograma da secretaria de saúde. Esse conflito de competências é decorrente de um processo histórico relativo ao desenvolvimento das ações de educação na saúde no DF e será analisado no capítulo subsequente.

Outro fato a ser destacado é em relação ao público-alvo, pois a ação destina-se aos servidores do DF, no entanto, na descrição das metas e das atividades também são elencadas ações destinadas aos estudantes que exercem suas atividades curriculares na rede de serviços

do SUS/DF. Essa questão não será analisada em profundidade, no entanto, infere-se desse documento certo grau de confusão em relação à organização das atividades de educação na saúde.

Segundo Pressman e Wildavsky (1984) para que um programa ou política obtenha êxito, ele deve estar racionalmente bem elaborado e baseado em conceitos corretos. Nesse sentido, os gestores da política devem fixar objetivos e metas com vistas a orientar adequadamente a implementação, ou seja, a implementação deve fazer parte da concepção inicial da política.

Isso não é o que se observa no Plano Distrital de Saúde (2008). Vale ressaltar que o Plano Regional de Educação Permanente em Saúde é construído a partir do que determinam as prioridades no Plano de Saúde Distrital, buscando contemplar soluções para os problemas de saúde, bem como aprimorar o sistema local. Dessa forma, um plano de saúde que não estabeleça adequadamente os objetivos e as metas de um programa ou política, poderá constituir-se em um obstáculo para uma implementação exitosa.

Destaca-se ainda que as metas estabelecidas pelo plano são estritamente quantitativas e referem-se a: índice de satisfação, número de vagas, percentual de vagas ocupadas e número de eventos científicos. Há uma lacuna no que se refere a metas qualitativas que possam de fato mensurar a implementação de ações de educação permanente em saúde, já que estas, para além da quantidade de atividades desenvolvidas objetiva, sobretudo, as transformações nas práticas de saúde, que passam necessariamente por questões qualitativas.

Nesse sentido, cabe afirmar que a Política de EPS fundamenta-se na análise contextual dos problemas, por meio da construção de espaços coletivos de reflexão (CECCIM, 2005) que permitam o aprendizado significativo. Portanto, cabe aos gestores dessa política a avaliação da forma como as atividades educativas estão sendo desenvolvidas nos serviços de saúde do DF, pois o alcance no número de profissionais ‘capacitados’ ou ‘qualificados’ não significa que estes incorporaram mudanças em sua prática.

5.2 A GESTÃO DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL

5.2.1 Antecedentes históricos

A Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) possui em sua estrutura organizacional a Subsecretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SUGETES). No entanto, a responsabilidade pelas ações relativas à gestão da educação na saúde é da

Coordenação de Desenvolvimento de Pessoas (CODEP) que está vinculada à estrutura da FEPECS.

Esse conflito de competências permeou as entrevistas realizadas com os sujeitos que ocupavam o cargo de coordenação dessa política no DF, conforme se observa abaixo:

Que é esse pouco de indefinição ainda entre o papel da Fundação (da FEPECS) e da Secretaria, por ser duas estruturas. Então, em que pese a CODEP ser institucionalmente a responsável pela educação permanente, a gente tem uma Subsecretaria de Gestão (do trabalho e da educação na saúde) (...) e que essa é uma parte que também ela tem interesse de discutir, em que pese ela não está executando, essa é uma parte nossa ainda que precisa ser bem pactuada, isso é um pouco confuso esse papel nosso (C1).

No DF, nós temos uma peculiaridade porque nós temos a Subsecretaria de Gestão de Pessoas, da Secretaria, - SUGETES - que faz a parte, digamos, mais cartorial, organizacional. Na nova reestruturação, a SUGETES tem um núcleo de desenvolvimento humano - NDH - que foi criado para estar desenvolvendo atividades de capacitação e estar pensando no processo de educação permanente, mas quem ainda desenvolve grande parte ainda é a CODEP que fica vinculada a FEPECS, que autonomamente fica fora da Secretaria. Tem um conflito aí de competências que tem todo um papel, historicamente vem tentando se resolver. A gente tem boas relações com a SUGETES, mas quem acaba desenvolvendo e trabalhando é a própria CODEP (C2).

Para compreender essa divisão de atribuições, faz-se necessário um resgate histórico de como as questões relativas ao desenvolvimento de recursos humanos foram sendo tratadas no Distrito Federal ao longo do tempo.

Logo após a inauguração de Brasília foi criada a Fundação Hospitalar do Distrito Federal (FHDF), em 17 de junho de 1960, e vinculada a ela, a Escola de Auxiliares de Enfermagem de Brasília (EAEB). A EAEB formou auxiliares de enfermagem durante 13 anos e, em 1973, ampliou-se sua atribuição para a formação de técnicos de enfermagem, sendo reconhecida nessa época como estabelecimento de ensino profissionalizante pela Secretaria de Educação e Cultura (SEC/DF), passando a denominar-se Escola Técnica de Enfermagem de Brasília (ETESB). Ainda em 1964, foi criado, no 1º Hospital Distrital de Brasília (HDB), o sistema de Residência Médica e Internato e em 1977 a Comissão Nacional de Residência Médica e a Residência começa a ser regulamentada (FEPECS, 2012).

Em 1975, a FHDF elaborou o Projeto do Centro Interescolar de Saúde de Brasília (CISB), ampliando as habilitações na área da saúde e abrindo uma variedade de cursos profissionalizantes nas áreas de diagnóstico e tratamento para a formação de técnicos e auxiliares de laboratório em diversas especialidades (FEPECS, 2012).

Observa-se que o investimento da Secretaria de Saúde do DF nesses anos foi nos profissionais médicos e profissionais de nível médio, com ênfase na área da enfermagem. Não

havia investimento para a formação de profissionais de nível superior em enfermagem e nem em outras áreas da saúde.

Essa situação também pode ser observada nacionalmente, já que até a década de 1980 não se investia em outros profissionais de nível superior, apenas nos médicos, responsáveis pelo diagnóstico e tratamento; e nos atendentes, auxiliares e técnicos de enfermagem, que executavam as atividades determinadas. Observa-se nessa época, que 70% da força de trabalho na saúde era de nível médio e elementar, e desses, 50% eram da enfermagem – atendentes, auxiliares e técnicos, com predomínio dos atendentes (ALMEIDA et al., 1986).

Com a regulamentação do SUS, em 1986, a FHDF começa a priorizar a capacitação de todos os trabalhadores da saúde com vistas a um modelo de assistência mais justo, equânime, integral e universal. Neste contexto tem-se a implantação do Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde (Cedrhús), caracterizado como o órgão de ensino especializado para capacitação de servidores da FHDF (FEPECS, 2012). A fala abaixo já aponta o link entre o Cedrhús e a CODEP:

A CODEP aqui é uma coordenação que fica responsável pela parte de educação permanente, que era o que o CEDHRUS já fazia (C1).

O Cedrhús, em sua estrutura administrativa, contava com a Divisão de Ensino e Aperfeiçoamento, subdividida nas seções de nível superior e de nível médio. A primeira incorporou as atividades da residência médica e internato, além das atividades de capacitação dos profissionais de nível superior e a seção de nível médio assumiu as atividades do CISB, bem como as capacitações dos profissionais de nível médio e básico (FEPECS, 2012).

Em 1987, o Cedrhús passa a ser subordinado à Diretoria Executiva da FHDF, ganhando maior autonomia, o que viabilizou a recomposição da estrutura administrativo-escolar e aprovação de um novo regimento escolar para a Escola Técnica de Saúde de Brasília (ETESB), inserida na nova estrutura administrativa do Cedrhús. Esta estrutura também contemplou um setor específico para a coordenação da residência médica e internato e outro setor para o desenvolvimento das demais atividades de treinamento e capacitação da FHDF (FEPECS, 2012).

Observa-se, portanto, três frentes de trabalho, pelas quais o Cedrhús era responsável: as atividades relacionadas ao internato e à residência médica; a formação de profissionais de nível médio, por meio da ETESB; e as atividades de treinamento e capacitação para os trabalhadores da saúde da FHDF.

Em relação às atividades de capacitação voltadas para os servidores, tem-se em 1996 a instituição dos Núcleos de Educação para o Trabalho em Saúde (NETS), por meio da Portaria

nº 26, de 13 de junho. Essa portaria criou os NETS em todas as unidades orgânicas da Secretaria de Saúde do DF, transferindo aos gestores locais a responsabilidade pelo processo de desenvolvimento de recursos humanos com a finalidade de melhorar a qualidade dos serviços de saúde (GDF, 1996).

A partir de então, os NETS ficariam subordinados administrativamente às respectivas unidades de saúde, mas ao Cedrus caberia a condução técnica, o acompanhamento e o apoio operacional (GDF, 1996). Em 1999, com a implantação do Programa Saúde da Família, antes denominado Saúde em Casa, o Cedrus passou a atuar também como Polo de Capacitação, enquanto executor do convênio com o Ministério da Saúde, referente ao programa. Este trabalho foi desenvolvido de forma articulada com outras estruturas da instituição e da Universidade de Brasília (UnB) (FEPECS, 2012).

Com a reforma administrativa da SES/DF e a extinção da FHDF, ocorridas em 2000, os NETS passaram a fazer parte da estrutura organizacional da SES com a nova denominação de Núcleos de Educação e Treinamento em Saúde (FEPECS, 2012). No entanto, não foram encontrados documentos que alterem essa nomenclatura, bem como suas atribuições, permanecendo a portaria que os instituiu.

O Cedrus estabeleceu-se, portanto, como um órgão formulador de políticas de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde no DF, agregando também a competência pela análise e parecer dos processos referentes à concessão de bolsas de estudo aos servidores, treinamento em serviço, estágios curriculares de níveis médio e superior, e atividades práticas de aprendizagem nas unidades da SES/DF (FEPECS, 2012).

Em 12 de janeiro de 2001, por meio da Lei nº 2.676, foi criada a Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), com personalidade jurídica de direito público, de caráter científico-tecnológico, educacional, sem fins lucrativos, vinculada diretamente à Secretaria de Saúde do Distrito Federal, obedecendo aos princípios da Lei de Diretrizes e Bases da educação nacional (GDF, 2001). Segundo esse diploma legal, cabe à FEPECS formar profissionais de níveis técnico e superior, além das atividades de pesquisa, extensão e programas de educação permanente para os profissionais de todos os níveis do sistema de saúde. A FEPECS incorporou então as atividades do CEDRHUS, extinguindo esse órgão.

Segundo o regimento interno na FEPECS (2005), essa fundação integra em sua estrutura: a Coordenação de Desenvolvimento de Recursos Humanos (CODERH), a Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) e a Escola Técnica de Saúde de Brasília (ETESB). A CODERH é responsável pelas atividades de educação permanente dos profissionais do quadro da SES/DF e coordena os estágios desenvolvidos na rede. A ESCS oferta cursos de

graduação, pós-graduação, extensão, residência médica e outros na área da saúde. E a ETESB desenvolve cursos de educação profissional, de nível técnico, na área da saúde e outros cursos de qualificação profissional, atualização, aperfeiçoamento e especialização de jovens e adultos trabalhadores da SES-DF, com qualquer nível de escolaridade (FEPECS, 2012).

Observa-se, portanto, que a nomenclatura da Coordenação de Desenvolvimento de Pessoas (CODEP), não consta como tal no regimento interno da Fundação, mas sim, Coordenação de Desenvolvimento de Recursos Humanos (CODERH). No entanto, não foram encontrados documentos oficiais que a alterassem. De fato, no sítio eletrônico da FEPECS onde estão disponíveis informações do histórico da fundação, bem como alguns documentos, esta nomenclatura está alterada. Nesse estudo, a referida coordenação será denominada CODEP, por ser esta a nomenclatura mais atual.

Consta no regimento interno da FEPECS (2005) que a CODEP possui em sua estrutura: a Gerência de Desenvolvimento de Projetos (GDP) e a Gerência de Estágios e Convênios (GESCON). O documento atribui à CODEP as funções de dirigir, coordenar e controlar a execução das competências específicas e genéricas dos órgãos que lhe são diretamente subordinados, bem como aprovar a programação anual de trabalho desses órgãos.

Esse estudo tem como foco as atividades educativas destinadas aos trabalhadores da saúde da rede de serviços do DF, e estas estão sobre a responsabilidade da Gerência de Desenvolvimento de Projetos. Segundo o regimento, essa gerência está subdividida em dois núcleos: o Núcleo de Treinamento e Aperfeiçoamento e o Núcleo do Pólo de Capacitação.

Apesar dessa subdivisão estar regulamentada no regimento interno da FEPECS, segundo informações da CODEP esses núcleos não têm essa denominação atualmente, no entanto, não há documentos recentes que a alterem e regulamentem suas atribuições. O regimento interno data de 2005 e foi publicado, mesmo com as informações desatualizadas, no sítio eletrônico da referida fundação em setembro de 2012. Percebe-se a necessidade de revisão desses documentos de forma a atualizar a nomenclatura e as competências das unidades que fazem parte da estrutura da FEPECS.

Segundo os sujeitos, as atividades da gerência de desenvolvimento de pessoas são destinadas a todos os profissionais da rede de serviços públicos de saúde do DF, conforme se observa a seguir:

A GDP, que é a Gerência de Desenvolvimento de Projetos, ela está mais voltada para o acompanhamento das ações educativas na regional e a gente avalia, hoje a gente avalia e analisa todos os projetos educativos que vem das regionais de saúde (C3).

E aqui eu tenho a CODEP - Coordenação Geral e tenho a Gerência. No caso a Gerência, principalmente a educação permanente, a responsabilidade é da (...) Gerência de Desenvolvimento de Projetos. Nas regionais são os NEPS que se relacionam com as duas gerências, que o NEPS tanto faz a questão do estágio, acompanhamento, controle de vagas, a entrada, como também ele é quem nos encaminha os projetos (...) de qualificação de pessoal dos servidores (C1).

Observa-se que os NETS passaram a ser denominados de Núcleos de Educação Permanente em Saúde (NEPS), no entanto, também não foram encontrados documentos oficiais que alterassem a nomenclatura dos NETS para NEPS. Segundo a gerente de projetos da CODEP, as atribuições dos NETS foram incorporadas pelos NEPS.

Esses núcleos fazem uma interlocução com a CODEP, sendo subordinados tecnicamente a esta, e, por consequência, às suas duas gerências, conforme se observa na fala:

O NEPS tem interface tanto com a Gerência de Estágio quanto com a Gerência de Projetos (C3).

Os NEPS e a CODEP, portanto, constituem-se em implementadores da Política de Educação Permanente em Saúde no âmbito do DF, pois são eles os responsáveis pelas atividades educativas realizadas na rede de serviços. Tendo em vista a complexidade e dimensão da proposta de EPS, esse estudo se propõe a analisar apenas as ações destinadas aos trabalhadores dos serviços de saúde da SES/DF.

Com base na exposição acima, observa-se que as ações educativas desenvolvidas no âmbito da Secretaria de Saúde do DF sempre estiveram sob a responsabilidade da CODEP e de seus precursores institucionais, no caso, o Cedrus e no início da fundação de Brasília, da Escola de Auxiliares de Enfermagem.

A atual Subsecretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde não possui atribuições bem definidas em relação à educação permanente. Além disso, os documentos oficiais disponíveis no sítio eletrônico do Governo do Distrito Federal (GDF) são insuficientes para uma análise dessa unidade da SES. O regimento interno da SES/DF é do ano de 2001 e não apresenta essa subsecretaria, bem como suas atribuições. Esse documento estava passando por um processo de revisão, mas não foi publicado até a conclusão da pesquisa.

Esse processo faz com que permaneça esse conflito de atribuições, tal como expresso na seguinte fala:

Nós estamos nos restringindo a fazer aquilo que já estava programado, mas isso tem dificultado um pouco, mas já está com a agenda marcada até para delimitar um pouco mais essas competências - o que compete à CODEP/FEPECS e o que seria atribuições da SUGETES/SES, que é a administração direta, porque existem vários entendimentos. [...] Institucionalmente, se a gente olhar todos os documentos

institucionais, que são as portarias, a não ser com esse novo regimento que vai sair, que a gente está vendo que a Secretaria criou uma nova estrutura, está fazendo um novo regimento, pode ser que nesse novo regimento saia alguma mudança, mas até agora, todas as competências institucionais sobre a educação permanente são da CODEP (CI).

Em relação a esse conflito de competências percebe-se uma iniciativa tanto da CODEP quanto da SUGETES em estabelecer um diálogo no sentido de delimitar os campos de atuação das duas unidades.

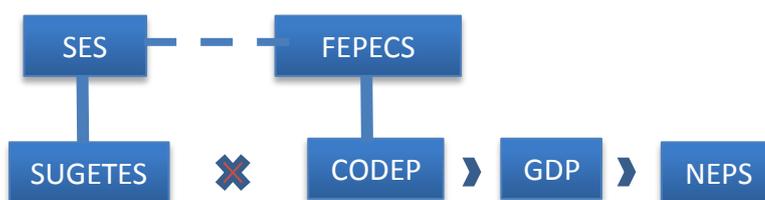


Figura 12: Organograma da SES/DF destacado as unidades responsáveis pela gestão da educação na saúde, Distrito Federal, 2012.

Diante do exposto, pode-se afirmar que a Política de Educação Permanente em Saúde no DF está sob a responsabilidade de coordenação e execução da CODEP, junto aos Núcleos de Educação Permanente em Saúde.

5.2.2 A estrutura organizacional para a gestão da educação na saúde no DF

Corroborando essas discussões, o Plano Distrital de Saúde (GDF, 2008) atribuiu a gestão da educação na saúde no DF à Coordenação de Desenvolvimento de Pessoas (CODEP). Essa coordenação, após construir o Plano Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) o apresenta e pactua junto à Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES), ao Conselho de Saúde do DF e, por fim, ao Colegiado Gestor Regional (CGR) para aprovação. Um dos sujeitos entrevistados abordou essa questão:

Quando ele (o PAREPS) passa pela CIES, ele tem que passar também pelo conselho, primeiro ele vem para a CIES, que é mais específico, [...] então na CIES dá para a gente discutir essa questão mais específica, é tanto que a discussão é maior na CIES, no Conselho é: isso é bom, isso não é bom. Só que a gente tem que defender: isso aqui reforça o SUS, melhora para o usuário (CI).

A figura a seguir mostra o fluxo de condução da gestão da educação na saúde na rede pública do DF, bem como as suas instâncias de pactuação:

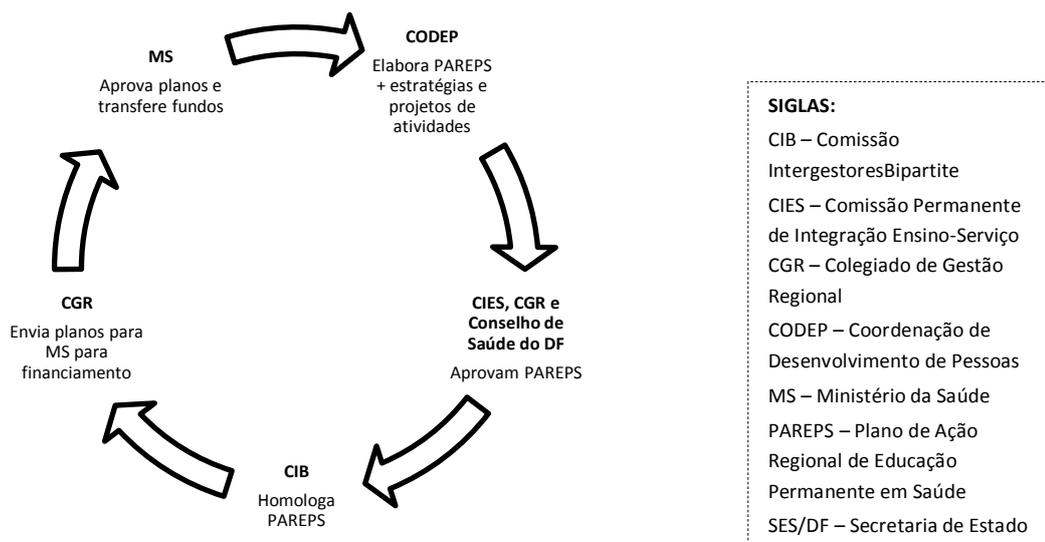


Figura 13. Fluxograma da gestão da educação na saúde, Secretaria de Estado de Saúde, Distrito Federal, 2012.

Observa-se que a participação da CIES é na pactuação do PAREPS e não na sua construção, conforme a fala:

Nós vamos elaborar e chamar a CIES porque caberia a gente chamar a CIES para fazer junto, mas os docentes não veem fazer junto [...], a gente faz e traz para uma pactuação, encaminha para eles para fazer consideração, é o máximo que a gente tem conseguido (C1).

Essa comissão está constituída no DF e segundo o sujeito entrevistado, possui reuniões regulares para pactuação dos processos de educação permanente, sendo sua composição conforme segue:

A CIES funciona normalmente. São 17 membros [...] nós temos cinco subsecretários nossos que participam como titular e eles têm suplentes [...] e aí tem os representantes da ESCS (Escola Superior em Ciências da Saúde), da UnB (Universidade de Brasília) e três representantes das instituições de ensino superior [...] e uma representante que é do nível técnico [...] completa com a representação do segmento dos trabalhadores no conselho (de classes) (C1).

Segundo a Portaria que regulamenta a política de EPS, a CIES deverá ser composta pelos gestores de saúde Distritais e ainda, “conforme as especificidades de cada região, por: gestores de educação ou seus representantes; trabalhadores do SUS e/ou suas entidades representativas; instituições de ensino com cursos na área da saúde; e movimento sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS” (BRASIL, 2009, p. 10).

Observa-se, que embora previsto, a CIES não conta com representante da Secretaria de Educação e do Conselho de Saúde, no entanto, a própria portaria deixa essa composição a critério do gestor, no caso do Colegiado de Gestão Regional, ao afirmar que ele é o responsável pela avaliação da composição, dimensão e do trabalho das CIES (BRASIL, 2009).

No DF, segundo a fala acima, essa comissão possui 17 membros, desses, 10 (60%) são gestores, entre titulares e suplentes, 5 (28%) representam as instituições de ensino superior, 1 (6%) representa o nível médio e 1 (6%) os trabalhadores do SUS. Havendo, portanto, um predomínio na participação dos gestores.

A constituição da CIES pressupõe a construção coletiva das estratégias educativas de intervenção na área da saúde, tomando como base os princípios do SUS. Destaca-se a importância da participação dos diversos atores que compõe essa comissão, com destaque para os trabalhadores da saúde, diretamente envolvidos com as práticas desenvolvidas nos serviços, cabendo a eles, principalmente, a problematização dos problemas cotidianos. O objetivo é propor ações educativas que vão além das capacitações e treinamentos convencionais, pois têm como ponto de partida a realidade dos serviços (BERTANI et al., 2008).

Constata-se que apesar de regularmente constituída e em funcionamento, a CIES não exerce suas atividades tal como explicitado na política de EPS. Esta determina que o Plano Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) seja construído coletivamente pelo CGR com apoio da CIES (BRASIL, 2009). Esse processo de trabalho é assumido pela própria CODEP, que, após construir o PAREPS, o apresenta para pactuação nas referidas instâncias. A política determina, ainda, que após aprovado, o PAREPS deve servir de norteador para as atividades da CIES na construção de projetos e estratégias de intervenção. No entanto é a CODEP que realiza esse trabalho. Esse plano serve de norteador para a construção de projetos de intervenção no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores para a saúde.

A CIES representa a imagem do quadrilátero da formação que integra ensino, serviço, gestão e controle social atuando de forma colegiada e em articulação interinstitucional. O objetivo é romper com a lógica verticalizada e hierarquizada e impor outra dinâmica aos processos organizativos (CECCIM & FEUERWERKER, 2004).

Entretanto, o que se observa é a pouca participação da CIES na construção das estratégias de intervenção na área da educação na saúde, sendo suas responsabilidades assumidas pela CODEP, que representa apenas o segmento gestor do quadrilátero, mantendo-se a lógica de centralização e verticalização na tomada de decisões.

Existe uma preocupação por parte da CODEP com essa questão, tal como explicitado na fala seguinte:

A gente tem certeza que precisa elaborar a proposta, coordenar e chamá-los, criar uma agenda para eles (CIES), arranjar essa agenda com eles enquanto gestores do serviços e enquanto docentes ou coordenadores dos cursos para que eles possam se posicionar, porque nesse momento chamar para elaborar junto, pensar todas as ideias, não está nesse momento (C1).

Faz-se necessário ampliar as discussões no que diz respeito às responsabilidades dessa comissão, não ficando apenas como instâncias que aprovam ou não planos já construídos por atores que fazem parte da gestão, mas constituindo um processo de construção conjunta entre os sujeitos que a compõem. Dessa forma, possibilita-se a organização da gestão da educação na saúde “integrante da gestão do sistema de saúde, redimensionando a imagem dos serviços como gestão e atenção em saúde e valorizando o controle social” (CECCIM & FEUERWERKER, 2004, p. 41).

5.2.3 O financiamento da política de educação na saúde no DF

Em relação ao seu financiamento, a educação na saúde no DF conta com duas fontes estatais: federal e distrital. O Ministério da Saúde libera anualmente recursos para a implementação das atividades previamente pactuadas nas arenas políticas referidas acima. Além desse recurso, a CODEP conta ainda com financiamento proveniente da FEPECS, fundação com orçamento próprio, vinculada diretamente à estrutura da Secretaria de Estado de Saúde. Essa questão foi discutida por um dos sujeitos que ocupava um cargo de gestão:

Na questão do financiamento, a gente tem mais uma parte complicada de orçamento que é: nós temos um orçamento que pertence à Fundação e a gente tem um recurso da educação permanente que é para capacitação e educação permanente [...]. Esse é totalmente organizado por aqui, e nós temos também recurso que vem do Ministério da Saúde, que cai diretamente no fundo de saúde. Então, ele não vem para a Fundação, precisa ser uma negociação de transferência para cá ou uma negociação direta, que é o que a gente tem feito - preparar os processos aqui e encaminhar para a Secretaria pagar (C1).

Observa-se, portanto, que o financiamento ocorre de acordo com o que determinam as diretrizes da política (BRASIL, 2009), ou seja, de forma bipartite, contando com recursos federais e distritais. Por outro lado, esse recurso praticamente não chega até os Neps que contam apenas com recursos das suas respectivas Diretorias Regionais de Saúde e serviços especializados.

Se o curso é pensado na regional de saúde, (...) o planejamento é local, então o fornecimento do material para aquela ação (...) ele é da regional de saúde, junto ao seu almoxarifado, (...) a gestão é local mesmo (C3).

A questão do financiamento é crucial para o bom funcionamento dos Neps, pois as mesmas não contam com orçamento próprio e as diretorias regionais possuem recursos financeiros escassos para alocação no desenvolvimento das atividades educativas:

Os limites dessa expansão é ainda a autonomia financeira e de recursos, porque para a gente conseguir o material, foi mais de ano de solicitação, de licitação, não sei nem qual foi o processo, de burocracia (...) eu consegui em um ano e meio depois, todo esse material, coisa simples, insumos, pasta, bloco, lápis, essas coisinhas, que é mínimo que a gente tem que oferecer no curso, então é o recurso financeiro (NS12).

O conflito de atribuições que ocorre entre a CODEP/FEPECS e a SUGETES/SES interfere diretamente nas questões relativas ao financiamento. O recurso proveniente do Ministério da Saúde para a política nacional de EPS é transferido fundo a fundo, ou seja, do fundo nacional para o fundo distrital de saúde, ficando sob a responsabilidade da SES/DF. Para que a CODEP tenha acesso a esse recurso, necessita elaborar projetos e encaminhá-los à SES para o financiamento. A figura abaixo ilustra essa questão.

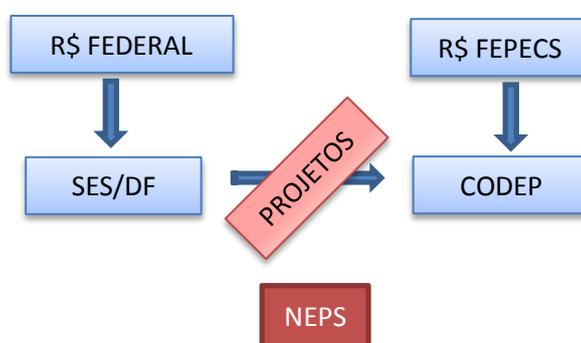


Figura 14: Fluxograma do financiamento da política de educação permanente em saúde no Distrito Federal, 2012.

Destaca-se que a descentralização orçamentária prevista na política foi resultado de uma ampla discussão em torno da portaria 198/2004, que resultou na publicação da portaria 1996/2007. Uma das mudanças feitas na política de EPS a partir de 2007 foi desvincular o recurso financeiro da apresentação de projetos e possibilitar um mecanismo eficaz de descentralização financeira.

O que se observa no DF é uma centralização do recurso financeiro na SES, no entanto, não é a SES que executa as ações, mas sim a CODEP e os Neps, tal como exposto

anteriormente. Essa forma de financiamento, portanto, dificulta o acesso da CODEP aos recursos, pois há a necessidade de elaborar projetos.

A dificuldade no acesso a esses recursos pode ocasionar uma não execução do mesmo e conseqüentemente sua devolução para os cofres públicos. Esse fato foi abordado por um dos sujeitos, que relata ter consciência de que existem recursos nacionais que podem ser aplicados em atividades no âmbito da educação na saúde, e que os mesmos, em sua maioria são devolvidos aos cofres públicos diante da não utilização. Esse fato causa uma sensação de que existe falha no processo de gestão financeira, já que o recurso existe, mas não é utilizado nas atividades que estão sendo desenvolvidas.

Eu andei pesquisando e vi que o GDF é um dos que menos executa a verba para educação permanente no Brasil, então isso é uma falha muito grande e que eu acho que tem que ser corrigida, então não adianta a gente elogiar, a gente sabe que nós temos bons profissionais, mas poderia ser muito melhor (NS11).

Nesse sentido, faz-se necessário estabelecer mecanismos de financiamento mais eficientes para essa política no DF de forma a viabilizar o acesso das estruturas de coordenação e execução aos recursos disponíveis, e como consequência viabilizar a operacionalização das atividades de educação permanente nos serviços de saúde do DF. Ressalta-se que essa discussão só será possível após o estabelecimento das atribuições da CODEP e da SUGETES em relação à gestão da educação na saúde.

Ainda no que diz respeito ao financiamento, vale destacar que os Neps que pertencem a fundações ligadas à SES/DF possuem uma especificidade, já que não enfrentam problemas relacionados ao orçamento destinado a atividades educativas.

Temos uma vantagem aqui por ter orçamento próprio, isso faz com que nós tenhamos nosso próprio plano de capacitação e implementar esse plano de capacitação. Então, isso nos faz uma realidade um pouco diferente da área da saúde. Essa autonomia, que como fundação nós temos autonomia administrativa e financeira, e isso nos dá um ambiente melhor para estar promovendo a capacitação dos servidores aqui do hemocentro (NE4).

5.2.4 A estrutura de coordenação da educação na saúde no DF

Conforme apresentado no fluxograma da gestão da educação na saúde no DF, a CODEP é a responsável pela elaboração dos projetos de atividades e estratégias a partir do PAREPS. Esse plano de ação regional, segundo os sujeitos, não pôde ser fornecido, pois estava em fase de elaboração e o anterior não estava disponível. A organização e as atribuições da CODEP serão discutidas com base nas falas dos entrevistados.

Para construção das propostas de intervenção na área da educação na saúde, a CODEP recebe as demandas educativas tanto dos NEPS, quanto das áreas técnicas da SES/DF. A política de EPS determina que as propostas construídas sejam coerentes com os Planos de Saúde, no que concerne à educação na saúde (BRASIL, 2009). A fala abaixo demonstra uma preocupação da CODEP em atrelar as demandas educativas, provenientes das áreas técnicas às prioridades estabelecidas no Plano Distrital de Saúde.

Mas todas as áreas técnicas aqui demandam. Nossa dificuldade é mais com o nível central, com essas áreas técnicas, porque vem muitas capacitações, e aí quando a gente começa a discutir isso, nem sempre está bem articulado com a política do Distrito Federal (C1).

No entanto, conforme exposto no capítulo 5.1.2 Diretrizes do sistema de saúde do Distrito Federal para a gestão na área da educação na saúde, esse plano apresenta poucas propostas na área, sendo que apenas uma destina-se exclusivamente aos profissionais já inseridos nos serviços. Essa ação não estabelece claramente as prioridades de investimento na área da educação na saúde, bem como seus objetivos e metas, dificultando o trabalho da CODEP.

A fala abaixo descreve como ocorre o levantamento de necessidades educativas realizado pela CODEP junto aos Neps:

Sobre o levantamento de necessidade de treinamento para o ano que vem, nós realizamos ele utilizando uma metodologia de fazer primeiro uma primeira oficina com os núcleos de educação para estar definindo um instrumento prévio e definindo o nível hierárquico que a gente estaria abordando para fazer o levantamento de necessidades. Identificamos pela própria diversidade da secretaria para estar trabalhando com gerências e diretorias. Cada Neps voltou para sua regional de saúde, aplicou o questionário, o instrumento, com as gerências e diretorias nas suas regionais priorizando a três maiores necessidades dentro da área técnica, foi feito o consolidado, nós estamos agrupando por áreas temáticas, gestão, apoio técnico, área assistencial e dentro da área assistencial, cada categoria profissional contemplada, cursos que agente esta chamando de conteúdos transversais como a questão da própria humanização, da ética, da inclusão e do atendimento a população de rua e cursos específicos que às vezes envolvem mais de um componente. Este levantamento de necessidades está sendo refinado, e ele vai constituir a nossa carteira de cursos e projetos para o ano que vem. Nós fizemos esse trabalho com a ponta e agora nós estamos chamando as áreas técnicas (C2).

Constata-se que o levantamento é realizado a partir das necessidades de cada área técnica e de cada categoria profissional, o que reflete conseqüentemente na forma como as atividades são organizadas e desenvolvidas. Esse aspecto será analisado no capítulo que avalia a dimensão pedagógica da política de EPS no DF.

Apesar desse limite apontado, há uma preocupação das coordenadoras em atrelar as atividades educativas à organização dos processos de trabalho.

O que a gente está perseguindo é a gente ter um plano em que a gente tivesse muita clareza e os outros também. Que a classificação de prioridades fosse articulado com as prioridades de organização dos serviços e de demandas da população. Se eu preciso melhorar esse serviço para que tenha algum impacto, eu preciso ter capacitações para isso (C1).

No entanto, essa preocupação não foi observada nas falas dos chefes dos Neps que em sua grande maioria atrelam as atividades educativas à necessidade de aquisição de conhecimento técnico com vistas a um melhor desempenho profissional.

Após o recebimento das demandas provenientes das áreas técnicas e dos Neps, a CODEP organiza uma lista de ações de educação em serviço, e em conjunto com os Neps pactua o desenvolvimento das atividades. As propostas comuns a todos os Neps são organizadas e executadas pela CODEP de forma centralizada, já as ações muito específicas, detectadas nas regionais pelos Neps, ficam na responsabilidade deles.

Para a execução das atividades, os Neps necessitam elaborar projetos e encaminhá-los à CODEP para avaliação e emissão de parecer favorável ou não à realização da atividade proposta, só então esta poderá ser desenvolvida.

O projeto vem, ele é analisado, ele é discutido, aí se necessário ele é modificado, ele é revalidado, enfim, o que for necessário. [...] A nossa relação, ela tenta ser assim, e de apoiadores também, então às vezes eles estão com dificuldade de propor uma ação educativa, ou às vezes até mesmo alguma dificuldade de material, se a gente pode fornecer a gente fornece, é mais restrito esse fornecimento, mas se possível a gente tenta estar sempre à disposição (C3).

Observa-se, portanto, uma atribuição da CODEP que é dar apoio aos núcleos de EP na construção e execução das propostas. Essa atribuição foi avaliada como positiva pelos entrevistados, caracterizando um processo de autonomia em relação ao desenvolvimento das atividades.

Os Neps todos tem autonomia para fazer o que quiserem, eles (CODEP) pedem que avise para eles o que está sendo feito, mas a gente quer autonomia, eles apoiam a gente no que for preciso, se caso necessário, eles vêm, interferem, ajudam, tudo mais. Mas o Neps tem autonomia para fazer o que quiser dentro da regional, do hospital (NE3).

No entanto a questão da autonomia desses núcleos foi questionada por dois sujeitos, conforme se observa:

Sim, (tem autonomia) entre aspas assim, porque a gente é cobrado com relação a relatório, a gente manda bimestralmente relatório de atividades, eles nunca questionaram fez pouco, fez muito, ou a forma como fez (NS11).

A CODEP poderia estar mais junto da gente, mas o objetivo, segundo eles, é nos dar autonomia, ficou um pouco solto, porque assim, a autonomia que eu desejo é não ter que prestar contas para a CODEP, de repente, ou se eu prestasse essas contas, que fossem singelos relatórios e não, de repente ter a CODEP como meu grande patrão e se meu projeto não estiver enquadrado nos pré-requisitos que eles elaboram, o evento não possa acontecer, aí eu acho que amarra um pouco o processo de autonomia (NS4).

Diante do exposto, é imperativo estabelecer novos pactos entre a estrutura de coordenação e as estruturas de execução da política de EPS no DF com vistas a romper com a “verticalidade do comando e da hierarquia rígida nos fluxos” (BRASIL, 2004d) tal como proposto pela política. Nesse sentido será necessária a avaliação dos mecanismos operacionais, principalmente das questões relativas ao processo de levantamento das demandas, à construção das propostas educativas e ao financiamento, tendo em conta que da forma como estão organizados não favorecem a horizontalidade nos fluxos.

Outra questão associada à autonomia foi em relação à disponibilidade de recursos materiais e humanos. Um dos entrevistados questiona como se pode exigir autonomia dos núcleos de execução quando não há provimento de infraestrutura necessária para a implementação da política.

Os limites, na minha concepção, é que ela (a política de EPS) é muito romântica. Romântica por quê? Todo ano nos pedem um levantamento de cursos. Ok, a gente faz um levantamento da necessidade, mas a implementação é jogada para nós. Mas nós somos frágeis, não temos servidores, não temos profissionais, então esse é um grande limite. Ela é muito linda no projeto, mas hora de acontecer falta - falta material humano, em especial (NS4).

Segundo Pressman e Wildavky (1984) recursos insuficientes são fatores que podem colaborar para o fracasso na implementação de uma política, assim como a garantia de uma fonte de financiamento é considerada fator determinante para uma implementação exitosa.

5.3 ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DAS ESTRUTURAS DE EXECUÇÃO DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE

As estruturas de execução da política de educação permanente em saúde no DF, conforme exposto no item anterior, são os NEPS. Esses núcleos foram criados, em 1996, sob a denominação de NETS, no âmbito da Secretaria de Saúde do DF diante da necessidade de

investir no desenvolvimento de recursos humanos para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde (GDF, 1996).

Esse capítulo está subdividido em duas partes, a primeira apresenta a localização dos Neps e a formação acadêmica dos chefes desses núcleos, bem como os processos relativos à ocupação desse cargo; a segunda parte é constituída de uma análise das atribuições dos núcleos, buscando fazer um paralelo entre a portaria que regulamenta a criação dessas estruturas e as falas dos sujeitos.

5.3.1 Caracterização dos Núcleos de Educação Permanente em Saúde

Os Neps estão localizados dentro das instituições de saúde, sendo que os Neps de regionais que possuem apenas Atenção Básica ficam nos centros de saúde das respectivas DRS, os Neps de regionais que possuem também Atenção Secundária ficam dentro dos Hospitais Regionais e os Neps de instituições específicas ficam nas suas respectivas unidades. Segundo os sujeitos, os núcleos de EPS são caracterizados por estrutura física precária, insuficiência de recursos materiais e déficit em relação aos recursos humanos.

Quanto ao perfil acadêmico dos chefes das unidades executoras, apenas um não possui curso superior completo. Em relação à área de conhecimento, 76% são da área da saúde, seguidos de profissionais formados em áreas fora da saúde, como administração e jornalismo (14%), e dois (10%) da área de pedagogia/letras.

Dos profissionais da saúde, oito (38%) são da enfermagem e oito (38%) profissionais são formados em odontologia, serviço social, psicologia, terapia ocupacional e gestão hospitalar. Do grupo da coordenação, todos são da área da saúde, duas em enfermagem e uma em psicologia. Em relação aos profissionais da enfermagem, estes ocupam, em sua maioria, os cargos de chefia dos Neps de regionais que possuem apenas Atenção Básica e os que possuem também Atenção Secundária.

A ocupação do cargo de chefia do Neps é uma indicação do diretor da unidade o que leva, em muitos casos, a uma inadequação do perfil desse profissional em relação à sua atribuição. Esse fato foi observado inclusive por alguns chefes de Neps diante da dificuldade em formar uma equipe qualificada, pois historicamente esse espaço foi ocupado por servidores sem a necessária qualificação nas questões relativas à educação na saúde.

Até mesmo porque como o Núcleo de Educação tem uma chefia, é um cargo. Sendo um cargo, é um cargo de provimento do diretor. Muitas vezes vão profissionais que

não tem nenhum perfil para educação permanente, nenhum perfil para educação e, aí, você tem que capacitar e estar adequando (C2).

A equipe de coordenação expõe a preocupação com o fato de ainda persistirem algumas unidades executoras com chefes que não possuem a qualificação para o cargo e enfatizam a necessidade de pactuar com os gestores locais o fortalecimento desses espaços, sendo uma das estratégias a ocupação dos cargos de chefia por trabalhadores que compreendam a gestão da educação na saúde.

Tentar qualificar os nossos Neps, que nós estamos fazendo cursos de qualificação para os Neps, discutir politicamente os Neps com os diretores para não colocar a pessoa mais frágil, a que não tem o que fazer, eles colocam lá [...] (C1).

A análise da caracterização dos núcleos de EPS permite inferir que os Neps constituem-se estruturas frágeis, não só pela falta de recursos, sejam eles físicos, materiais ou humanos, mas também pela falta de investimento por parte do gestor na ocupação desses núcleos. Ao realizar uma indicação para a ocupação de um cargo de chefia, supõe-se que o gestor pretende dar andamento às atividades daquela determinada unidade, no entanto, uma forma de dificultar a execução de uma política é ocupar o espaço de implementação com atores alheios àquele processo.

Uma política pública envolve vários atores e níveis de decisão (SOUZA, 2006), no caso da política de EPS no DF, os chefes dos Neps constituem-se em atores fundamentais, pois são eles os responsáveis pela implementação das atividades programadas no âmbito da política e cabe a eles a tomada de decisões no sentido da efetivação das metas propostas.

No entanto, ao serem indicados pelos gestores, no caso os diretores das instituições de saúde, sujeitos que não se apropriaram da complexidade e importância da educação no trabalho e saúde, esses atores passam a ser um obstáculo a uma adequada implementação.

Esse posicionamento do gestor, não significa necessariamente que ele não concorde com a implementação da política, no entanto, esta concorre com os mesmos recursos de que ele dispõe para efetivar outra ação, no caso as atividades assistenciais nos serviços de saúde.

Pressman e Wildavsky (1984) afirmam que os atores podem estar de acordo com os fins de uma determinada proposta, no entanto, podem se opor ou simplesmente deixar de facilitar os meios para realizá-la, sendo um dos motivos a preferência por outros programas.

5.3.2 Atribuições dos Núcleos de Educação Permanente em Saúde

A portaria que instituiu essas estruturas aponta atribuições para o desenvolvimento das atividades de educação para o trabalho em saúde. Como a portaria ainda não foi revista, essas atribuições são as mesmas para os NEPS.

Com o objetivo de abordar o cumprimento dessas determinações pelas unidades executoras, cada atribuição será discutida a partir das falas dos sujeitos, conforme abaixo:

I. Planejar e implantar estratégias de desenvolvimento de recursos humanos na sua unidade/região de saúde.

As falas dos sujeitos entrevistados demonstram que os Neps desenvolvem essa atribuição por meio do levantamento de necessidades de ações educativas, da construção de projetos e da realização de atividades de educação na saúde em suas DRS's e serviços especializados:

A gente está fazendo o levantamento dos setores para ver a necessidade dos servidores, para poder estar fazendo o planejamento de capacitação para aquele setor juntamente com os gestores (NS7).

A gente procura sempre estar oferecendo cursos, capacitações para os servidores, à medida que vem apresentando as demandas (NE5).

II. Sensibilizar os chefes de setores para a proposta de educação para o trabalho em saúde e apoiá-los na análise do processo de trabalho para identificação das necessidades de capacitação e formação.

Observa-se que os Neps estão trabalhando nessa proposta de sensibilização das chefias para o desenvolvimento do trabalho de educação na saúde, atuando como orientadores na construção dos projetos educativos.

Levar a capacitação para todos os setores, mobilizar setor, mobilizar chefias, conscientizá-las das suas importâncias (NE4).

Mas todos os projetos que foram desenvolvidos os chefes apresentaram a demanda, aí a gente sentou, escreveu o projeto juntos, [...] então eu sentei junto, a gente elaborou, aí manda para a CODEP, depois que eles foram aprovados pela CODEP, a gente começou a implementação (NS10).

Essa atuação fica muito direcionada à construção de projetos, não se percebe nas falas referência à análise do processo de trabalho, para a partir dele realizar a construção das propostas educativas.

III. Coordenar as atividades de educação permanente dos trabalhadores de saúde, integrando todas as unidades de saúde da SES/DF, no âmbito de seu local de trabalho.

Segundo os sujeitos há uma tentativa de integrar as propostas educativas no âmbito da SES/DF, de forma que ao realizar o planejamento de uma atividade as áreas técnicas são chamadas a participar.

Então, o responsável por aquela área, se é atenção primária, nós temos que conversar com a subsecretaria, se nós estamos falando de vigilância epidemiológica, nós temos que conversar com a nossa área responsável, então a gente está sempre voltando para a área técnica (C3).

IV. Articular as propostas de educação permanente dos vários setores, facilitando a complementaridade entre os mesmos.

A CODEP, ao trabalhar junto com os Neps o levantamento de necessidades, agrupa as atividades educativas que são comuns à maioria dos Neps e desenvolve aquela ação de forma centralizada. Segundo as coordenadoras isso também ocorre com as demandas vindas das áreas técnicas da SES/DF, sendo o objetivo evitar a multiplicidade de ações.

A gente recebe demanda dos Neps que vem, e é possível que uma demanda que venha de um Neps, ela se torne de mais dois ou três ou quatro, e acaba que essa ação sai da coordenação do Neps e vem para a coordenação da Gerência (de Projetos), tendo em vista que o nosso papel é um papel voltado para toda a Secretaria (C3).

V. Promover o aperfeiçoamento de servidores que necessitem desempenhar atividades específicas.

Conforme se observa na fala abaixo, essa atribuição também é desenvolvida pelos Neps que realizam atividades direcionadas a públicos específicos para realização de atividades determinadas.

Treinamentos mais específicos, na obstetrícia a gente fez um treinamento para urgência e emergência obstétrica (NS10).

Por exemplo, agora a gente está recebendo um equipamento novo no centro cirúrgico e ninguém sabe usar. Então, a gente vai fazer um workshop para treinar os servidores a utilizarem aquele equipamento. Funciona basicamente assim, ações novas, aquisição de materiais novos, a gente faz um treinamento e capacitação. Agora nós estamos capacitando o pessoal do pronto socorro com o curso de suporte avanço em urgência para melhorar o atendimento dos pacientes de atendimento emergencial (NS5).

VI. Participar da elaboração de projetos de capacitação em conjunto com a área técnica específica e dar andamento aos mesmos de acordo com sua especificidade.

Os Neps constroem os projetos de atividades educativas de acordo com as demandas dos setores, envolvendo cada área técnica.

A gente faz uma programação, tem uma programação anual, essa programação é feita junto com cada coordenador de programa. Vamos supor o seguinte: o coordenador do programa da mulher, o coordenador do programa da criança, do programa do adolescente, do programa de DST/AIDS, programa do adulto, do diabético, do hipertenso, então cada coordenador ele vê com a equipe dele de trabalho e no dia a dia dele mesmo o que está precisando para ser capacitado, o que precisa realmente treinar, o que só precisa atualizar e essa programação é feita em conjunto com eles (NB2).

VII. Orientar os servidores em relação a solicitação de dispensa de ponto para congresso, simpósios e eventos similares e ao afastamento do serviço para treinamentos ou estudos.

Essa questão não foi observada nas entrevistas, mas segundo informação do chefe de um dos Neps essa atribuição é realizada rotineiramente.

VIII. Promover a divulgação de eventos e trabalhos científicos, no âmbito da sua unidade/regional de saúde, bem como registrá-los em livro próprio, com vistas à emissão de declaração/certificados específicos, de acordo comum às normas vigentes.

Os Neps realizam essa atribuição, conforme pôde ser observado durante visita realizada nas unidades. A fala abaixo ilustra essa questão:

Já em relação à Secretaria de Saúde, ela desenvolve inúmeros cursos para todas as categorias, para a parte de enfermeiro, dentista, médico, a parte administrativa. Eu tenho um mural de aviso (...) se você passar ali comigo, você vai ver que tem cursos que contemplam todas as categorias: médico, dentista, enfermeiro, agente. Todos os profissionais são contemplados e isso é no decorrer do ano todo, tem meses que (teem) cursos nas mais variadas áreas. Então, a Secretaria realmente está empenhada em capacitar o profissional (NB2).

IX. Promover o treinamento introdutório dos servidores recém-admitidos, em nível de seu local de trabalho.

Um dos sujeitos faz referência a esse treinamento introdutório, enfatizando a dificuldade de atingir o público ao qual se destinam, em virtude do desinteresse dos profissionais.

A gente tem oferta, bastante oferta, bem diversificada, mas temos esbarrado muito nesse gerenciamento de participação, liberação, de compromisso, até de quem está chegando, dos recém chegados. Eles chegam e já não participam do curso que é específico para eles, eles já começam faltando nesse (NS12).

X. Proceder o cadastro de instrutores por área de conhecimento de sua unidade/regional de Saúde.

Por meio das falas percebe-se que esse cadastro é realizado pela CODEP/FEPECS e não pelos Neps. No entanto, esse fato não dificulta o trabalho dos núcleos, já que eles executam suas atividades com o apoio da coordenação.

Que nem todo instrutor que você quer trazer, que tem um, ele não é daqui, ele não é da CODEP, ele não interessa em fazer esse credenciamento junto à Secretaria (NS12).

A relação com a CODEP é uma relação muito boa, todos os projetos que passam pelos Neps daqui, ele vai para a CODEP. Então, a CODEP tem a parte de fornecimento de material, a parte de instrutores também, tem uns instrutores que são credenciados pela FEPECS (NB2).

XI. Propor a articulação com outros órgãos afins.

Em relação a esse processo de articulação com órgãos afins, o chefe de um Neps de regional com atenção secundária e um dos coordenadores referiram a existência do setor de educação continuada nos hospitais regionais, ligado à gerência de enfermagem. No entanto, não foi relatada qualquer articulação com esse órgão.

O que a gente encontra dentro das regionais que pode parecer também um pouco esquisito, ainda estranho, é você ter um Neps e você ter uma coordenação de educação continuada. Isso significa o quê? Que foi a enfermagem quem criou essa educação continuada porque os Neps não atendiam às necessidades deles. A gente também não quis chegar e desmanchar porque a gente articula o Neps para ser uma estrutura maior e dentro dele esteja incorporada as atividades de educação permanente que não é só para a enfermagem, a educação permanente tem que ser para todos os trabalhadores (C1).

Tem uma comissão de educação continuada da enfermagem que ainda não trabalha em conjunto com o Neps (NS6).

Diante do exposto, destaca-se o cumprimento das atribuições determinadas pela portaria que instituiu essas unidades executoras. No entanto, a portaria foi publicada na década de 90 e não contempla a responsabilidade que os Neps assumem hoje em relação aos estágios.

Eu estou na coordenação do estágio que é outra atribuição ligada ao Neps, que não é só a questão da parte da capacitação (NS10).

E tem outra questão que mechemos agora com estágios, questão de estágio curricular que agora está descentralizando e é uma responsabilidade também grande e mais trabalho (NS12).

Pelas falas, percebe-se que essa atribuição foi assumida pelos Neps recentemente, tendo em vista a proposta de regionalizar os campos de estágios, de forma que as instituições de ensino se responsabilizem pelo território ao qual fazem parte (GDF, 2011).

Conforme explicitado, não há documento que extingue os NETS e cria os NEPS, a própria entrevistada aborda essa questão, enfatizando a necessidade de uma discussão política bem estruturada que possibilitasse a revisão desse instrumento legal:

Se você olhar vários outros documentos, eles já tratam como NEPS, mas não tem uma portaria extinguindo aquela sigla, deixando muito claro as competências deles. [...] (não há) um instrumento específico para o NEPS, como foi o caso da portaria de 96 que instituiu os NETS. A gente gostaria de fazer essa revisão até para revogar a portaria de 96, mas quando a gente viu que isso não tinha um espaço político bem estruturado, a gente recuou para deixar isso ser mais trabalhado, mais problematizado, ter mais clareza, mais gente com clareza, senão ia ficar as nossas ideias contra as dos outros. Se a gente ganhasse sozinho, não se implementava, e, se a gente perdesse, ia ficar pior ainda para a gente perder a proposta dos NEPS, que é muito interessante para a gente, é o nosso bracinho na regional (C1).

Essa fala corrobora a afirmação de que os Neps são estruturas frágeis, que carecem ser fortalecidas institucionalmente. Percebe-se, que apesar da necessidade e da urgência em se realizar a discussão da portaria que instituiu essas estruturas, a coordenadora afirma que não havia espaço político bem estruturado. Segundo essa entrevistada, há a necessidade de melhor organizar os Neps de forma a possibilitar essa discussão.

5.4 ARENAS PARA DISCUSSÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA

O processo de implementação da política de educação permanente em saúde no DF ocorre em várias arenas de negociação, uma das arenas é a própria CIES, discutida no capítulo anterior. O Conselho Distrital de Saúde constitui-se em outra arena, sendo a CODEP membro efetivo dessa instância que conta com representantes da sociedade civil. Podendo-se afirmar que ocorre certa articulação entre os gestores da política e os componentes do controle social. A fala abaixo ilustra esse ponto:

Eu coordeno a CIES [...] eu também participo do Conselho do Distrito Federal, eu também sou conselheira, representando a FEPECS [...]. O nosso plano tem que estar passando lá pelo Conselho Distrital (de Saúde) para conhecimento e controle e aprovação. Não é consultivo, não, é deliberativo, porque ele pode até reprovar. Portanto, ele tem que estar bem aprovado para poder dizer 'Não, vai gastar esse dinheiro e aquilo ali vai ter um impacto positivo para a saúde' (C1).

A entrevistada enfatiza o papel dessa instância na aprovação dos Planos de Educação Permanente em Saúde, cabendo a eles inclusive a reprovação dos projetos. Cohn (2000) afirma que aos conselhos de saúde cabe o exercício do controle social por meio da participação da sociedade, tal como previsto na legislação fundamente do SUS. Segundo a autora, esse exercício ocorre por meio de deliberações no que diz respeito à definição de

políticas de saúde e ao monitoramento de sua implementação. Essa arena de implementação constitui-se de fundamental importância para a efetiva participação social nas discussões da política de EPS, permitindo um vínculo estreito entre necessidades do SUS e ações de educação na saúde propostas.

Correia (2007) cita Carvalho (1995, p. 111) ao afirmar que o poder dos conselhos, em parte apropriado de parcela do poder do governo, deve ser utilizado a favor da reforma democrática do sistema, bem como da ampliação de seu espaço político. Ainda segundo o mesmo autor, essas instâncias caracterizam-se por serem espaços contra hegemônicos, constituindo-se em uma “proposta contextualizada em um projeto de reforma democrática do Estado”.

Observa-se que existe formalmente a participação da instância de controle social na implementação da PEPS no DF, tal como previsto nos instrumentos legais que a regulamentam, no entanto, esses estabelecem ainda que ao controle social também cabe a participação na formulação da política (BRASIL, 2009). O espaço que possibilita a participação social na formulação dessa política é a CIES, e conforme discutido do capítulo anterior, essa comissão apresenta pouca atuação na construção das propostas de EPS.

Conforme se observa na fala da entrevistada, os planos de educação permanente passam pelo conselho para controle e aprovação. Contudo, esses planos são formulados pela CODEP, ou seja, pelo segmento gestor, havendo pouca participação da CIES, que representa também o controle social. Esses planos já chegam prontos para aprovação ou não do conselho, conforme as exigências legais. Isso demonstra que existe um baixo grau de autonomia das instâncias de controle social em relação à política de EPS no DF.

Constata-se a necessidade de ampliar essas discussões, tendo em vista a importância da participação social na construção da Política de Saúde no Brasil, e pelo papel que exerce na democratização da sociedade, por constituir-se um espaço institucional que possibilita aos setores organizados da sociedade civil exercerem o controle social sobre as ações do Estado na área da saúde, cabendo a eles deliberar sobre os recursos e sobre a política de saúde (CORREIA, 2007).

Outra arena importante na formulação das propostas e na implementação da política de EPS são as áreas técnicas da SES/DF, estas interferem diretamente na forma como as atividades são desenvolvidas, pois são demandantes e executoras de ações de educação na saúde. Nesse sentido, faz-se necessário a articulação de todas as propostas de desenvolvimento dos trabalhadores à política de EPS (BRASIL, 2009), para que não ocorra uma multiplicidade de ações descoordenadas que não possibilitam a participação dos

trabalhadores. De forma a possibilitar essa articulação, uma das entrevistadas afirma que a gestão é compartilhada com as áreas técnicas:

Essas metas geralmente são pactuadas com a área técnica. A gente dificilmente trabalha sozinho, não tem como. Se o curso é ofertado para uma clientela [...]. Então, a gente está sempre voltando para a área técnica. A gestão é partilhada nesse sentido sempre porque a gente não tem responsabilidade total e nem consegue sobre o processo de uma forma assim (C3).

Outra arena de implementação da política de EPS são os espaços de discussão das mudanças no campo da graduação, que se constitui diretriz da política. Esse aspecto não será discutido em profundidade, pois foge ao escopo da presente pesquisa, mas não poderá deixar de ser abordado, pois permeou as falas de grande parte dos sujeitos, caracterizando uma estreita relação com a implementação da política de EPS. Uma das entrevistadas abordou essa questão, explicando como ocorrem essas discussões, enfatizando as articulações entre ensino e serviço:

Nós temos os projetos pedagógicos e uma das críticas nossas é justamente não ter essa integração, não ter o ensino de forma mais integrada. A gente percebe isso por eles pedirem todas as práticas supervisionadas e estágios. Eles querem (que) tudo venha para dentro do hospital. Nós levantamos e fizemos essas discussões com os coordenadores de cursos e também estamos fazendo isso junto com a áreas técnicas, porque os coordenadores de cursos, no primeiro momento, estavam assim - tudo que a gente viu pedido para a atenção primária estava relacionado à disciplina de saúde pública ou de saúde coletiva, mas quando você pegava pediatria, clínica, incrível como o povo entende que não se faz clínica dentro de centro de saúde, na atenção primária (C1).

Nessa fala, a entrevistada aborda a mudança de paradigma na direção da Atenção Primária à Saúde (APS) e as dificuldades encontradas no campo da formação, pela consolidação de práticas hospitalocêntricas. Essas discussões, no Distrito Federal, ocorrem entre a CODEP e as instituições de ensino na área da saúde, sendo a CODEP a responsável pela coordenação dos estágios em toda a rede SUS/DF. Por meio dessa discussão junto às instituições de ensino, a CODEP busca estabelecer pactos em relação aos campos de estágio, procurando induzir mudanças na ocupação desses espaços, estimulando a inclusão de campos na atenção primária.

Essa discussão torna-se de fundamental importância no âmbito da reestruturação dos serviços de saúde do SUS, tomando-se como porta de entrada a atenção básica e tendo como princípios a universalidade, equidade e integralidade das ações e serviços de saúde, buscando inverter o modelo de atenção ainda hospitalocêntrico, curativista e centrado em especialidades. Para tal, deve-se considerar a incorporação dos determinantes sociais no

processo saúde-doença, sendo a Política de Educação Permanente em Saúde um importante instrumento que possibilita a discussão dessa proposta de mudança de paradigma a partir da incorporação de novas práticas e saberes no SUS (BERTANI et al, 2008).

Em relação a esse aspecto destaca-se a necessidade de modificações no interior da academia e dos serviços, no sentido de transformar as concepções e práticas vigentes, incorporando mudanças na formação e desenvolvimento dos profissionais da saúde em direção às necessidades da população.

Nesse sentido, Bertani et al. (2008) afirmam a necessidade de incorporação no âmbito da formação dos recursos humanos em saúde, de práticas de promoção da saúde e prevenção das doenças, além das já consolidadas práticas assistenciais, e o reconhecimento da importância dos determinantes e condicionantes no processo saúde doença.

Lopes et al. (2007) afirmam ainda que as mudanças na formação para a saúde partem da necessidade de incorporar ações e serviços mais efetivos no sistema de saúde e para isso é necessário a participação dos atores envolvidos com a saúde – formação, gestão, atenção e controle social – sendo a política de EPS estratégia que possibilita que esses atores participem da construção coletiva dessa política e de suas diretrizes.

Essas discussões tornam-se prementes e necessárias pela constatação de que a formação profissional não está sendo realizada com base na realidade do SUS, fazendo com que esses profissionais, depois de formados, não consigam desempenhar suas funções nos serviços de saúde. Essa preocupação permeou a fala dos sujeitos, que diante dessa realidade necessitam organizar atividades de educação na saúde direcionadas para esse público.

Em relação à qualificação dos profissionais da saúde, eu questiono muito as faculdades, as formadoras dos profissionais. Hoje o que se percebe é que brotam faculdades da noite para o dia e esses profissionais que estão saindo dessas faculdades não têm qualificação suficiente para assumir a parte da assistência, ele simplesmente, ele foi aprovado no concurso público, [...] eles chegam totalmente despreparados (NB2).

Além das arenas citadas acima, cabe à Política de EPS a discussão de outros aspectos relacionados à formação e desenvolvimento de recursos na saúde, tais como: 1) mudanças nas especializações das profissões de saúde; 2) articulação com o sistema distrital de educação dos processos formativos de acordo com as necessidades do SUS; 3) desenvolvimento de estruturas formais de educação técnica em saúde com execução descentralizada no DF; 4) discussão junto às escolas técnicas em saúde sobre a formação de profissionais técnicos com base nas necessidades do SUS; 5) articulação da formação aos movimentos de educação

popular em saúde; 6) incentivo de ações educativas e de conhecimento do SUS junto à rede de ensino (BRASIL, 2009).

Portanto, existem outras arenas que também participam da implementação da política de educação permanente em saúde, conforme explicitado acima, destacando o sistema educacional e os movimentos de educação popular, que não serão abordados, tendo em vista não se constituírem objetos desse estudo.

Essa multiplicidade de arenas de negociação da política conferem a ela uma complexidade de execução, já que apresenta muitos objetivos, que requerem diversas decisões para sua realização final, o que diminui, segundo Pressman e Wildavsky (1984), a probabilidade que se implemente como foi pensada.

5.5 AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE DESENVOLVIDAS NO DF NO ÂMBITO DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

5.5.1 A dimensão pedagógica das ações educativas nos serviços de saúde

A análise da dimensão pedagógica da política foi feita a partir da aplicação da técnica de análise de conteúdo temática nos depoimentos dos entrevistados. A partir da análise das 101 unidades de registros, constatou-se que a maior parte das falas (42,5%) refere-se ao público-alvo das ações educativas, polarizando entre públicos multiprofissionais e categorias profissionais específicas; em seguida destacam-se os objetivos das atividades (25,7%), com duas visões diferentes - a atualização de conhecimentos e a transformação das práticas nos serviços. Os sujeitos abordam ainda as metodologias utilizadas nessas ações (22,8%), sendo metodologias problematizadoras *versus* não problematizadoras, e, em menor medida, os temas trabalhados nessas ações (8,9%).

Em relação ao público-alvo das atividades, 25,7% das falas revelam ações destinadas a categorias profissionais específicas em detrimento de atividades destinadas a um público mais multiprofissional (16,8%).

São cursos mais direcionados por categorias mesmo, alguns cursos são direcionados, multiprofissionais, mas a maioria dos cursos são direcionados a categorias mesmo (NE5).

Cursos mais voltados para as categorias, mais direcionados, um ou outro curso que engloba, que é mais multiprofissional, mas no geral eles são mais direcionados (NS3).

Esses achados apontam para um predomínio de atividades destinadas a profissionais específicos em detrimento de um público mais multiprofissional, conforme preconiza a política de EPS (HADDAD et al., 1994; CECCIM, 2005; MERHY et al., 2006; VIANA, 2008).

Atividades de educação em serviço direcionadas a categorias profissionais constituem-se em importantes iniciativas de atualização do conhecimento técnico científico necessário à atuação profissional, tendo em vista as constantes incorporações tecnológicas no setor, bem como os avanços no campo científico nas áreas profissionais. No entanto, observa-se que a restrição imposta por esse tipo de atividade, ao se direcionar à categorias de trabalhadores e não incorporar equipes multiprofissionais, dificultam as discussões relativas ao processo de trabalho em saúde com vistas à integralidade.

Essa característica pode ser associada à fragmentação das ações de saúde presente no cotidiano dos serviços, bem como ao modo como se organiza o trabalho em saúde: de forma individualizada e desenvolvido por categorias profissionais (PEDUZZI et al., 2009). Vale ressaltar que a realização de atividades de capacitação direcionada para áreas profissionais específicas, com foco em conteúdos técnicos, não permite a compreensão das situações cotidianas do processo de trabalho em equipe, bem como do trabalho interdisciplinar (VIANA, 2008).

Lopes et al. (2007) destacam como um dos objetivos da educação permanente dentro de uma organização, a possibilidade de vários atores sociais participarem do processo, no entanto, não é o que se observa na maioria das ações realizadas.

Para Peduzzi (2007), a participação dos múltiplos atores, com vistas ao trabalho multidisciplinar orientado para a integralidade, pressupõe a mudança do paradigma da atenção centrada no modelo biomédico para o reconhecimento das múltiplas dimensões do processo saúde-doença. Nessa compreensão, as ações de atenção à saúde não podem ser realizadas de forma tradicional, mas deve-se buscar a integração dos respectivos trabalhos especializados, guardando-se suas especificidades, e buscando desenvolvê-los de forma complementar e interdependente. Para isso, faz-se necessário que a equipe de saúde problematize o desenvolvimento da sua prática objetivando a articulação das ações por meio do reconhecimento das diversas conexões existentes entre as intervenções realizadas.

Segundo Stroschein e Zocche (2012), a problematização ao possibilitar a reflexão coletiva da equipe constitui-se em alicerce para as mudanças nas práticas hegemônicas, com foco na doença e no tratamento medicamentoso, e permite avançar na discussão de ações que visem à atenção integral.

Em relação à demanda por atividades educativas, há consenso entre os sujeitos de que esta emerge a partir das necessidades dos serviços, sendo realizado um diagnóstico de necessidades anualmente, o que permite a organização das atividades a serem realizadas. A categoria profissional que mais se destaca na oferta e participação das atividades educativas é a enfermagem.

A maioria das capacitações, projeto educacional, tudo, a maioria, 90% é feito pela enfermagem (NE3).

O que tem recebido a maior parte é do pessoal de enfermagem, é a enfermagem quem mais solicita, quem mais responde a esse questionário (NS12).

O público-alvo básico daqui acaba sendo os técnicos de enfermagem e os enfermeiros porque a procura maior era por eles (NS3).

Os achados desse estudo apontam que grande parte dos objetivos das ações educativas são atividades propostas pelos enfermeiros no sentido de capacitar sua equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem. Corroborando com essa discussão, Stroschein e Zocche (2012) afirmam que a lógica das atividades educativas desenvolvidas nos serviços permanece sendo da transmissão de conteúdo dos profissionais de nível superior aos profissionais de nível técnico, por meio da metodologia expositiva, sem levar em consideração o aprendizado significativo.

Mas a maioria dos nossos treinamentos foram feitos para o pessoal técnico (NS10).

O que eu percebo muito é a participação de técnicos, técnicos de enfermagem. Eu não sei se pela quantidade também, eu acho que se for analisar, de repente a proporção é a mesma diante do número de profissionais, mais técnicos e enfermeiros, a classe médica nem tanto, até porque quem se propõe a dar os cursos, na maioria das vezes, são enfermeiros preocupados com a sua equipe, com a continuidade dos procedimentos, padronizar os procedimentos (NS11).

Para Bertani et al. (2008), essa centralização das atividades nos profissionais da enfermagem, garantem à política uma característica de corporativismo, mesmo considerando que é uma profissão fundamental para o desenvolvimento da área da saúde. Em relação a isso, um dos sujeitos destacou a hegemonia presente nos serviços de saúde do DF dos médicos e enfermeiros, afirmando que essas duas profissões historicamente tem se destacado no desenvolvimento do sistema de saúde, desconsiderando a importância e necessidade das outras profissões da área.

Eu tenho uma percepção - se você olhar nossa Secretaria, (ela) tem uma lógica de médico e enfermeiro, o que você encontra na frente é médico e enfermeiro. Então, quando a gente vai para as capacitações, é sempre médico e enfermeiro, os outros disputam espaço. Os dentistas tem o espaço deles, mas psicólogos e fisioterapeutas sofrem para arranjar o espaço deles, mais os nutricionistas, eles são até bem briguentos. É uma Secretaria historicamente de médicos, não mudou o modelo médico e aí os enfermeiros casam um pouco, em que pese dizer que não, mas se

you look at home, the programs are all geared towards doctors and nurses (CI).

Essa fala é de um sujeito que ocupava um cargo de coordenação, em contraponto a ela, os chefes dos Neps afirmam que as ações são voltadas para a equipe de enfermagem como um todo, com destaque para a equipe de técnicos de enfermagem e não apenas para os enfermeiros.

Observa-se que a equipe médica e a equipe de enfermagem constituem 78% dos profissionais de saúde da SES/DF, o que representa o real investimento nesse tipo de sistema, centrado no médico, com a participação da equipe de enfermagem com vistas à execução das atividades programadas. Machado (2008) analisou o comportamento dos empregos em saúde, do início da década de 1980 até o ano de 2005, e observou uma transformação na equipe de saúde com inversão da lógica de polarização do atendimento entre os médicos e os atendentes de enfermagem para uma atenção mais qualificada, com o aumento da escolarização dos atendentes para auxiliares e técnicos de enfermagem.

Observa-se, portanto, que apesar dessa transformação ter sido extremamente positiva em termos de qualificação da equipe de enfermagem, ainda há o predomínio de médicos e equipe de enfermagem na constituição das equipes de saúde, o que, segundo Machado (2008) caracteriza uma hegemonia da prática médica. A autora refere ainda que, apesar do aumento na inclusão de outras profissões da área, a composição da equipe de saúde continua com baixa participação multiprofissional, inclusive de enfermeiros, principalmente quando comparados aos técnicos e auxiliares de enfermagem.

Em relação à enfermagem, o predomínio dessa categoria profissional na demanda e participação nos processos educativos pode estar associado a uma característica histórica dessa profissão, já que durante muitos anos o investimento na formação dos profissionais da enfermagem foi na categoria auxiliar, para a qual eram realizados cursos breves com ênfase na formação prática. Essa forma de investimento na educação na área da enfermagem influenciou os programas de educação no trabalho, sendo destinados em sua maioria para os profissionais da área e de forma vertical, um profissional de nível superior ensinando um de nível auxiliar.

Conforme afirmação acima, os Neps desenvolvem as ações educativas de acordo com as demandas levantadas nos serviços. Os depoimentos apontam para o fato de que esse levantamento é realizado a partir da necessidade de cada categoria profissional e não das equipes de trabalho, o que colabora para que as ações desenvolvidas não estejam direcionadas para a constituição de equipes multi e interdisciplinares com vistas à integralidade da atenção

à saúde. As exceções são as atividades educativas voltadas para os serviços de saúde mental e os da atenção básica, que segundo os sujeitos, são atividades predominantemente multiprofissionais. Em relação aos outros serviços, permanece uma lacuna nessas questões.

Nós temos regionais [...] que não tem hospital, tem unidade de pronto atendimento e tem unidades básicas. E aí, a maior parte das programações [...] são multiprofissionais, característica da regional, e aí congregam mais profissionais (C2).

O público, a gente tem cursos para todas as categorias, da pessoa da limpeza ao médico, ao enfermeiro, ao técnico de laboratório, todas as categorias são contempladas (NB2).

Na saúde mental o público é sempre multiprofissional, a gente não prioriza esta ou aquela categoria (NE6).

No que diz respeito às atividades direcionadas para a Atenção Básica, observa-se a incorporação dos princípios e fundamentos estabelecidos pela Política Nacional (BRASIL, 2007b, p. 13), que estabelece que as ações de saúde devam ser desenvolvidas sob a forma de trabalho em equipe, tendo em vista a concretização do princípio da integralidade, esta entendida em suas várias dimensões, dentre elas: “integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços”.

A Atenção Básica constitui-se, portanto, uma estratégia que busca afirmar o princípio da integralidade nas práticas de saúde, na medida em que busca superar o paradigma, ainda vigente, do modelo biomédico centrado na doença, no hospital e no médico, mudando o foco das ações para a atenção às populações territorializadas, organizadas em rede e sob a responsabilidade das equipes de saúde (ARCE, 2011).

No que diz respeito às ações educativas destinadas aos profissionais da saúde mental, constata-se por meio das falas, que elas se destinam a públicos multiprofissionais, o que reflete a forma como esse serviço é organizado, revelando o cumprimento do que determinam as diretrizes estabelecidas na portaria nº224/1992 em relação à multiprofissionalidade na prestação dos serviços em saúde mental (BRASIL, 2001b).

Constata-se, então, que as atividades destinadas a públicos mais restritos e categorias profissionais estão mais concentradas nos serviços especializados e na atenção secundária e terciária, o que revela uma dificuldade de incorporação de aspectos relacionados ao trabalho em equipe multidisciplinar dentro das instituições hospitalares.

Em relação aos objetivos das ações educativas, as falas dos sujeitos demonstram uma maior proximidade à necessidade de atualização de conhecimentos (19,8%), conforme se observa:

[...] de reciclagem, atualização em alguma coisa, atualização em medicamentos, atualização em cardiopatias (NS1).

Três projetos para a Codep de educação continuada, não chega a mudanças nos processos de trabalho (NS6).

No que diz respeito à mudança nas práticas, 5,9% das falas questionam esse aspecto, destacando as falas das coordenadoras da política, que demonstram a necessidade de trabalhar ações educativas em consonância à realidade dos serviços.

(...) agora a parte mais importante para a gente não era fazer o curso, era ter as capacitações e a educação permanente casada à organização e à gestão do serviço. Se isso não tiver, não adianta, porque se eu abro aqui um edital, as pessoas veem todas com muito interesse em fazer o curso, mas uma coisa é você fazer o curso e outra coisa é você voltar e esse curso ter um impacto na organização do serviço, então, essa é a nossa percepção (C1).

Nesse sentido, esses sujeitos buscam desenvolver ações junto às unidades demandantes das ações educativas, no sentido de problematizar se de fato são ações de educação em serviço, ou se a solução para os problemas enfrentados não dizem respeito ao campo da educação.

Buscamos estar desenvolvendo os projetos para áreas técnicas no nível central, de forma a estar primeiro contextualizando o que eles estão nos trazendo como demanda, identificando se realmente é uma demanda de capacitação, ou, às vezes, é uma demanda de organização de serviços e de gestão. Aí, não vamos abordar este conteúdo porque você precisa reorganizar sua casa. Então, o que você precisa não é de uma capacitação, é de melhorar o seu processo de gestão. Nos casos onde a gente tem as duas coisas, a gente trabalha com a necessidade de capacitação, mas também alerta que tem que ter outras medidas porque um curso, um evento, ele não é uma atividade mágica que vai transformar o servidor. Ele é uma ferramenta de gestão importante que transforma e acrescenta, agrega conteúdos ao profissional, mas precisa do retorno [...] com infraestrutura, com insumos para que aquela prática possa ser desenvolvida (C2).

Em relação aos aspectos metodológicos, embora na análise de conteúdo a maioria das unidades de registro (12,9%) tenha se dado na categoria problematizadora, a referência a metodologias mais ativas representa uma preocupação dos sujeitos em relação à sua real operacionalização. As falas abaixo são das coordenadoras da política e ilustram esse aspecto:

Mas, muitas vezes, é a utilização de outras metodologias e, aí, a própria problematização ou as metodologias ativas, a utilização de dinâmicas e a utilização de profissionais que não são só os experts naquela área de conhecimento, mas que também tem domínio de metodologias educativas para estar transmitindo,

construindo este conhecimento junto com o participante, acho que isso são grandes avanços (C2).

Nós temos uma preocupação muito grande em definir claramente os objetivos, propor metodologias, sobretudo aquelas ativas que estejam voltadas à realidade daquele profissional (C3).

O uso de metodologias inovadoras, segundo os sujeitos, fica prejudicado em decorrência da carga horária disponível para a realização das atividades, bem como da formação dos instrutores que, em sua grande maioria, são técnicos do serviço e não possuem formação pedagógica.

A metodologia, eu diria que ela foi um pouco mais limitada pelo ponto de vista dos instrutores (...) e a gente já está com tanta dificuldade para liberação de servidor, como a gente consegue fazer um curso de vinte horas? Não consegue. Então, a gente está limitado nisso daí, a metodologia acaba sendo prejudicada por causa disso (NS8).

Nós não temos uma linha padrão de metodologia porque temos vários treinamentos, desde treinamentos do POP que são treinamentos dos procedimentos operacionais padrão que cada instrutor escolhe a metodologia que vai utilizar; nós temos exposição teórica; nós temos treinamento em grupo; tem treinamento prático. Então, tudo depende do conteúdo que vai ser abordado e se nós tivermos instrutores daqui capacitados (NE4).

Na maioria das falas, há predomínio de termos afinados à concepção de educação continuada, tais como: aulas expositivas, palestras, treinamentos, exposição teórica, atualização, seminário, reciclagem e aperfeiçoamento. As falas da maioria dos sujeitos explicitam a utilização de metodologias não problematizadoras na realização das atividades (9,9%).

No geral, são aulas expositivas com exposição de slides mesmo, com o uso do projetor multimídia, é o que predomina. Um ou outro, dependendo da característica do curso que faz, volta para questão prática, mas essencialmente é aula expositiva como recurso (NS3).

A metodologia é mais o tipo aula mesmo, mas dentro do tipo aula a gente tem tentado conversar com quem está dando o treinamento de mostrar outras opções (NB1).

A metodologia utilizada, a gente teve muita palestra e muita aula mesmo, de slide e tudo mais, aula teórica com apresentação, o recurso audiovisual, o datashow, a maioria (NS10).

Ceccim (2005) afirma que as capacitações não permitem a incorporação de novos conceitos e princípios às práticas já constituídas, pois estas atuam de forma descontextualizada e se baseiam na transmissão de conhecimentos. Essa descontextualização dos temas que estão sendo trabalhados pode ser uma das causas da desmotivação do profissional que não se sente estimulado à mudança das práticas, pois essa só será alcançada a

partir da vivência e discussão dos incômodos e desconfortos gerados nos processos de trabalho.

Lopes et al. (2007) destacam que o próprio conceito de Educação Permanente disseminado pela OPAS ainda na década de 1980, pela América Latina, tem como foco a relação entre trabalho e educação, reconhecendo que o conhecimento tem origem na identificação das necessidades do cotidiano dos serviços e na busca de soluções para os problemas.

Corroborando essa discussão Stroschein e Zocche (2012) enfatizam em seu estudo a necessidade da substituição de metodologias não problematizadoras pela metodologia da problematização para que, de fato, os problemas do cotidiano dos serviços possam ser o foco da ação educativa. Para que isso aconteça, faz-se necessário que os profissionais da saúde tenham um tempo destinado para a observação da sua prática que possibilite analisar os problemas cotidianos e elencar as possíveis estratégias educacionais de enfrentamento num contínuo teoria-prática, hipóteses-soluções a favor dos princípios e diretrizes do SUS e em contraposição ao modelo biomédico.

Ainda em relação aos aspectos metodológicos, é importante que a EPS não seja compreendida apenas como uma metodologia moderna e eficiente para se aprender mais, e que a ênfase nos processos metodológicos deixem em um plano secundário a “transformación en la cultura de salud” na qual a EPS é simultaneamente método e conteúdo que possibilita novas formas para a resolução dos problemas da saúde (ROVERE, 2005).

Portanto, para além da valorização dos aspectos metodológicos, a política de EPS visa a transformação das práticas desenvolvidas nos serviços de saúde e para isso ela deve ter como ponto de partida o processo de trabalho e seus problemas cotidianos. Tal característica não foi apontada pela maioria dos sujeitos desse estudo, indo ao encontro dos achados de Ricaldoni e Sena (2006) que identificaram em seu trabalho uma desarticulação das capacitações ofertadas com o processo de trabalho, impossibilitando ao profissional a compreensão da aplicabilidade dos conhecimentos adquiridos no cotidiano dos seus serviços.

As falas dos sujeitos refletem ainda a questão relativa aos temas trabalhados nas ações educativas, questionando a pertinência dos conteúdos, que muitas vezes se apresentam repetitivos ou até mesmo descontextualizados.

Então, a gente não tem como identificar se as capacitações que estão sendo pedidas realmente são as capacitações necessárias (NE7).

O que a gente escuta mesmo de corredor é ‘ah, de novo’, ‘ah, isso sempre’, é mais é isso, ‘não tem outras coisas’ (NS1).

Se oferece muitos cursos, muitas oportunidades de qualificação, só que elas não condizem muito com a realidade do setor, dos diversos setores. São oferecidas as qualificações, acho que as pessoas vão perguntando: 'que curso que você quer ter', sem observar realmente a realidade, se aquilo ali é a realidade do setor (NS3).

Essa crítica foi realizada pelo chefe de um dos Neps, mas também foi percebida em outras falas e refere-se às ações educativas que são ofertadas de forma centralizada, ou seja, pela CODEP ou pelas áreas técnicas da SES/DF. Conforme exposto em capítulo anterior, existem ações propostas e realizadas pelos Neps e existem propostas que, segundo os sujeitos, por serem demandas comuns, são ofertadas e realizadas pela CODEP ou pelas áreas técnicas responsáveis. Nesse último caso, a CODEP faz o esforço de tentar coordenar a oferta e execução das atividades educativas, no entanto, muitas vezes pode haver uma inadequação na relação oferta e demanda, ou mesmo a realização de muitas ações simultâneas que impossibilitam a participação do profissional.

A multiplicidade dessas ações não é coordenada. O que a gente presenciou aqui ano passado, chegou a haver três atividades educativas para o mesmo público, na mesma época. Por exemplo, o pessoal do PSF tinha uma atualização em hanseníase, uma atualização em Comitê de Óbito Materno infantil e mais uma atividade, isso na mesma semana. As três são interessantes, são importantes, são! Como é que você pára o atendimento de uma equipe? De várias equipes? Porque você vai ter que fragmentar ela para cada grupo participar de uma daquelas atividades porque é obrigatório mandar gente. Algumas dessas atividades, uma vem do Ministério da Saúde, a outra é da Secretaria (SES/DF), a outra é do Comitê, e assim vai. Então, precisa haver uma melhor coordenação dessas atividades para se ter um melhor aproveitamento. Às vezes, a gente tem período que está todo mundo fora fazendo cursos (NS8).

Percebe-se a necessidade de organizar melhor a oferta das propostas educativas, conforme preconizam as diretrizes da política (BRASIL, 2009, p.32), promovendo “a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente”. Assim sendo, será possível realizar uma melhor gestão dos recursos envolvidos nas atividades propostas, sejam eles materiais, físicos, humanos, ou até mesmo em relação ao tempo e disponibilidade do profissional para participar.

Outro aspecto a se destacar é a forma como está sendo realizado o levantamento das demandas educativas:

A gente teve outra oficina para fazer o levantamento das necessidades de treinamento, [...] a gente elaborou um instrumento único que todo mundo aplicou em suas regionais e foi definido que a gente aplicaria com gerentes, não pegaria chefia de núcleo, só os gerentes [...] Aí, todo mundo mandou para a CODEP, eles centralizaram essas informações, avaliaram quais eram os treinamentos, as ações educativas que eram comuns a todos os Neps, e o que foi comum a todo mundo, eles estão tentando montar um cronograma central para todas as regionais já que é uma

necessidade única. O que foi individual, [...]esse eu vou ter que correr atrás de instrutor, do projeto e tudo mais e aí fazer a nível local (NS10).

O que se observa é que esse levantamento não parte da problematização da realidade dos profissionais nos serviços, mas sim da demanda apresentada pelos gerentes de cada unidade.

5.5.2 Fatores dificultadores para o desenvolvimento do trabalho de educação na saúde

Os fatores dificultadores foram outro tema relevante encontrado na análise de conteúdo realizada, a partir das falas dos sujeitos, representando 29,3% de todas as unidades de registros. Dentre eles, destacam-se a questão da liberação do profissional para participar da atividade educativa, em seguida tem-se a desmotivação profissional, os recursos materiais e humanos para o funcionamento dos Neps. Alguns sujeitos criticam o plano de carreira adotado pela SES/DF pela falta de incentivo à qualificação profissional, e, por último, há a questão do grau de autonomia das unidades executoras em relação à coordenação.

Segundo os entrevistados, a maior dificuldade para a implementação das ações de educação na saúde no DF é a questão da liberação do profissional por sua chefia imediata que, por sua vez, está diretamente relacionada ao déficit de pessoal nos serviços e à dificuldade de ‘cobrir a escala’ na ausência do profissional do setor.

A carência que a gente tem também de RH (recursos humanos), para substituir um profissional que sai para ser capacitado, é uma limitação. Eu não sei se é da política ou se é da forma como a gente realmente organizou o serviço, mas acho que dificulta a implantação da política (C3).

Eu tenho dificuldade de (conseguir) várias liberações porque falta recursos humanos, etc.[...] a oferta foi bastante mesmo, o problema é que (devido) a falta de recurso humano não dá para liberar para atingir o público (NB1).

O que eu vejo é que, quando uma unidade de saúde precisa priorizar, porque a gente trabalha com escassez de recurso constantemente, inclusive de pessoal, o gestor vai priorizar o atendimento imediato. Então, até para você pensar em (liberar) um técnico administrativo, ele vai para onde, o Neps, numa escala de prioridade, não é a prioridade. Essa é a realidade, o que a gente vê que isso prejudica muito também esse atendimento, se você tem um olhar maior para isso (NE2).

Em concordância com esses achados, Bertani et al. (2008), ao avaliar a implantação da política de educação permanente em uma região de São Paulo, encontraram diversos entraves à participação dos sujeitos nas atividades propostas, entre elas a dificuldade na dispensa do funcionário. Para as autoras, a explicação dada era a falta de funcionários nas unidades de

saúde, bem como a necessidade de promover o atendimento ao usuário, constituindo-se em um mecanismo de pressão que causavam inclusive o abandono do curso.

Os sujeitos apontaram que em certos casos, há a liberação para a participação na atividade. No entanto, não há o interesse do servidor, que na maioria das vezes está desmotivado.

E também o interesse do servidor, acho que isso é o que tem mais colocado entrave no desenvolvimento das nossas ações (NS3).

É a falta de interesse, as pessoas não querem mesmo. Acho que de repente estão acomodados, ou não sei, descansados mesmo (NS1).

Nem sempre o público é grande, eu acho que metade dos servidores ou mais não se interessa em permanecer investindo na educação, eu acho que são poucos (NE1).

Apesar dessa percepção, não há consenso em relação às causas desse problema, estando associado à própria desvalorização do profissional em seu contexto de trabalho e à falta de condições materiais para a realização de suas atividades.

Isso é uma coisa que chegou num ponto que parece que o pessoal não se sente valorizado, então também não procura melhorar, nem fazer nada (NB1).

Os dados obtidos revelam uma situação caracterizada por recursos escassos, estrutura física inadequada para o bom funcionamento dos Neps, bem como escassez de recursos materiais e déficit de pessoal na composição da equipe:

Hoje uma dificuldade maior que o Neps está tendo é a questão de espaço para ministrar os cursos [...]. Sempre que tem algum curso, eu tenho que correr atrás de uma sala, seja uma sala na igreja, uma sala em uma escola, uma parceria, e isso, às vezes, nem sempre é fácil para a gente, porque quando você tem o local certinho, que já é seu, pronto. Essa é uma das dificuldades e a questão de equipe também porque, na maioria das vezes, a gente é sozinha. Igual aqui, sou só eu do Neps, eu sou o Neps (NB2).

Eu acho que em relação aos limites tinha que ser investido mais no Neps, principalmente do ponto de vista do pessoal. A minha equipe até muito tempo era só eu, como a gente fala era euquipe. Aí, eu consegui uma pessoa, um técnico administrativo para trabalhar comigo.[...] Eu não tenho impressora, a gente imprime na impressora da direção, então esses são os principais limites. Ainda esse ano, a gente conseguiu montar uma sala de aula, estamos correndo atrás da reforma das cadeiras do auditório, [...] porque já é difícil você fazer ação educativa, se você não tem onde, aí você não faz mesmo (NS8).

Esses achados coincidem com Mendonça e Nunes (2011) que relatam em seu estudo a falta de materiais e espaço físico como uma das dificuldades enfrentadas por tutores e facilitadores na implementação da política de EPS. Dificuldades semelhantes foram encontradas por Murofuse et al. (2009) ao realizar um levantamento da situação dos profissionais de saúde que atuam na rede de serviços públicos, e lidam diariamente com a

ausência de estrutura física adequada, o reduzido número de trabalhadores e a insuficiência de materiais e equipamentos. Pode-se afirmar que as questões relativas à falta de recursos materiais permeiam não só o cotidiano dos profissionais que implementam a política de EPS, mas é a realidade da maioria dos profissionais que atuam na rede de serviços públicos de saúde.

Esses problemas, segundo a percepção dos sujeitos entrevistados, estão relacionados à falta de valorização do campo da educação em serviço no sistema local de saúde que também sofre com escassez de recursos. Os núcleos enfrentam muitas dificuldades para a concretização das suas ações, pois convivem em um contexto em que a demanda por assistência é priorizada em detrimento dos processos educativos.

Agora, eu acho que o cerne mesmo, que precisa ser marcado, é essa não adesão por conta do foco na assistência, tudo dificulta, qualquer coisa; então eu acho que esse é um dos cerne, assim, que essa visão de que uma produtividade não se aumenta com injeção na educação, como se não interferisse diretamente, como se não fosse um dever também do profissional de saúde pública. Agora, filas enormes de espera, [...] milhões de outras coisas conjecturais [...] sugerem que a gente só trabalhe a demanda mesmo, está estourando aí, batendo na porta, então, como é que faz? (NE1).

Mas colocando entre a assistência e a parte de educação, cada gestor vai estar priorizando a assistência por que é a sua atividade maior, embora se eu trabalho com educação eu vou ter uma assistência melhor, mas conciliar isso com poucos recursos, recursos humanos, conciliar isso com todas as necessidades de porta aberta que a gente tem de demanda para assistência acaba sendo uma briga de poderes que quem ganha é assistência (C2).

Em relação ao plano de carreira da SES/DF, os sujeitos fizeram algumas críticas ao mesmo, avaliando-o como sendo estático e não estimulando a busca do servidor pela qualificação profissional.

Na avaliação do servidor para mudança de classe, deveria ser envolvido alguma coisa. Por exemplo, na titulação, até quantos anos vale aquilo ali porque faz a pessoa estar sempre procurando se atualizar (NB1).

A intenção (era) de estimular o profissional a buscar qualificação, só que acho que foi um tiro que saiu pela culatra porque como é uma coisa estática, ou seja, atingiu 30%, acabou, ou tem certas coisas que não são aceitas de carga-horária. Não é uma coisa dinâmica, não é subjetiva, é muito objetiva, enquadra, é um curso de vinte horas, é, então aceita, entendeu, mas para enfermeiro, médico e dentista não aceita, só a partir de oitenta (NS8).

Nesse sentido, um dos sujeitos que faz parte de outra fundação pública do GDF referiu que seu plano de carreira estipula prazo de renovação para os cursos de capacitação profissional, enquanto que na área da saúde isso não acontece.

A nossa diferença com relação à (área da) saúde é que no nosso (plano de carreira), de 4 em 4 anos, a pessoa tem que estar renovando. Se ela fez o treinamento hoje, ele vai valer por 4 anos. Daqui a 4 anos, ela vai ter que renovar. Então é diferente da Secretaria de Saúde porque lá eles não exigem renovação, aqui a gente segue essa (diretriz), mais a lei da administração direta, mas a gente utiliza sempre esse prazo de renovação para estimular essas pessoas a estarem renovando sempre (NE4).

Diante do exposto, observa-se que as atividades de educação na saúde desenvolvidas na rede de serviços públicos do DF, apesar de ocorrerem formalmente nos serviços, em sua maioria, não estão baseadas nos pressupostos da educação permanente em saúde, mas afinam-se à concepção de educação continuada.

Percebe-se que as falas que mais se aproximam das discussões da política de EPS são das coordenadoras, preocupadas em implementá-la conforme os instrumentos normativos. No entanto, a realidade dos Neps e a falta de apropriação de muitos desses sujeitos constituem-se em fatores que atuam para bloquear uma implementação satisfatória da política.

A ampliação das discussões, a respeito dos pressupostos pedagógicos junto aos implementadores da política de EPS, faz-se necessária em virtude dela se constituir uma das cadeias que se estabelecem no processo de implementação da política, segundo Pressman e Wildavsky (1984). Assim, mesmo que outros aspectos da política tenham sido implementados com sucesso, o não cumprimento de uma de suas dimensões poderá contribuir para o fracasso na implementação.

Considera-se, portanto, o papel dos Neps e da CODEP essenciais para a implementação dessa política, tendo em conta que uma vez que a política está em curso, esses atores se fazem responsáveis tanto das condições essenciais como dos objetivos que eles conduzem.

5.6 ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL

Esse capítulo apresenta a análise da implementação da política de EPS no DF, tendo como base a abordagem proposta por Pressman e Wildavsky (1984). Durante o processo de implementação de uma política, os objetivos da política adaptam-se ao contexto, ajustando-se à rotina dos implementadores, disso resultam modificações entre os objetivos enunciados e as ações que de fato se efetivam. Nesse momento, torna-se crítico o papel dos atores envolvidos, no caso, os agentes que implementam a política e o público-alvo ao qual se destina (LEITE et al, 2006). Contudo, o que se observa é que a implementação da política de EPS não depende

apenas da atitude de quem implementa, mas das condições disponíveis para a realização das atividades propostas para a obtenção do resultado almejado, conforme discutido anteriormente.

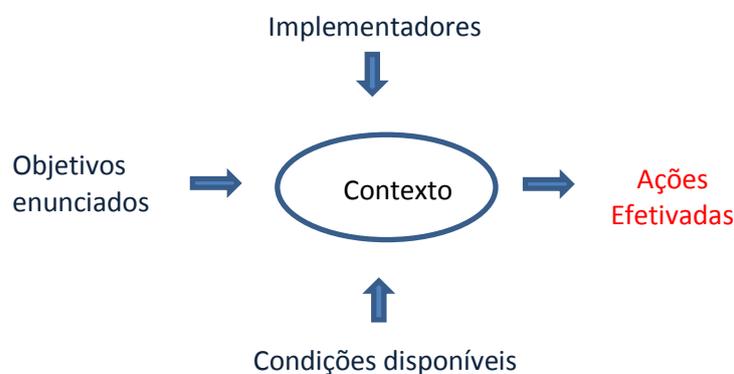


Figura 15: Fatores que interferem na implementação da Política de EPS no DF.

Vale ressaltar que as etapas previstas em uma política para sua implementação não ocorrem de forma linear, pois dependem de circunstâncias que podem mudar, de metas que podem ser alteradas e das condições iniciais, tendentes a mutações. Dessa forma, não se pode prever essa sequência de acontecimentos, pois ela só se torna visível em meio à ação. Outro fato que Pressman e Wildavsky (1984) destacam é que quanto maior a cadeia de causas, mais numerosas serão as relações recíprocas que se estabelecem entre os elos e mais complexa será a implementação.

Nesse estudo, foram evidenciadas duas cadeias de causas que interagem entre si, formando diversas conexões, e por consequência, uma cadeia de causas ainda maior. A primeira cadeia se refere aos aspectos formais da política de EPS, caracterizada pela organização da educação na saúde no DF e operacionalizada pela SES/DF, pelas Diretorias Regionais de Saúde, pelas fundações e pela CODEP, responsáveis pela infraestrutura, recursos humanos, materiais e financeiros para que os Neps possam desenvolver suas atividades.

A segunda cadeia de causas, de natureza informal, é composta pelas relações que se estabelecem entre CODEP e Neps, na forma de apoio, assessoria e da instituição de normas e diretrizes a serem cumpridas. Nessa mesma cadeia informal inserem-se ainda as relações dos Neps com o público ao qual se destinam as ações e as dificuldades na criação de pactos que permitam a execução das atividades.

A relação entre essas cadeias causais interfere diretamente na implementação da política de EPS, pois o que se observa é uma dificuldade na interação entre elas, com falhas no encadeamento dos elos e uma diversidade de pontos vulneráveis, explicitados pelas dificuldades no financiamento, na organização e execução das ações conforme preconizado.

O que se observou na política de EPS é que ela depende de inúmeros fatores para se concretizar. Os resultados apontam para duas dimensões, uma organizacional, que depende da forma como os entes federados realizam a gestão da educação na saúde, e outra, pedagógica, baseada nos pressupostos na educação permanente em saúde, conforme explicitado em capítulo anterior.

Para a análise dessas duas dimensões, utilizou-se os resultados de um estudo realizado por Alvarez e Campos (1989), no qual fizeram uma análise da situação da educação permanente em saúde na América Central, na década de 1980, e encontraram quatro grupos de problemas que se assemelham aos problemas encontrados na análise da política de EPS no DF. Esses grupos foram agrupados em três categorias: participação dos atores e questões administrativas (dimensão organizacional) e aspectos relacionados aos referenciais teóricos da política (dimensão pedagógica).

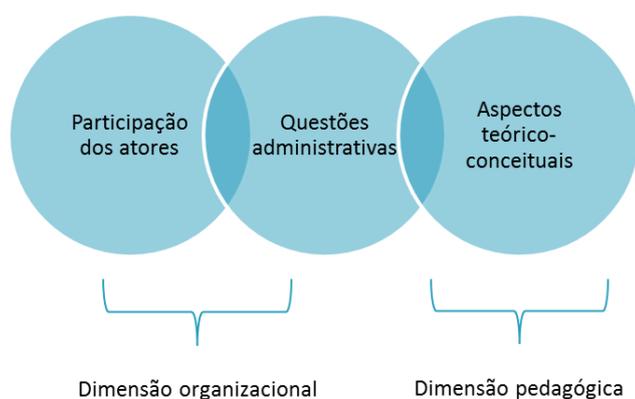


Figura 16: Fluxograma da análise do processo de implementação da política de EPS no DF.

5.6.1 Análise da dimensão organizacional da política de educação permanente em saúde no DF

5.6.1.1 Participação dos atores envolvidos na implementação da política

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde estabelece que as propostas sejam construídas regionalmente, com base nas necessidades locais, para isso devem levar em

consideração a participação de atores estratégicos que conformam o quadrilátero da formação (ensino – gestão – atenção – controle social).

A instância política que possibilita o encontro desses atores é a Comissão de Integração Ensino Serviço (CIES). No entanto, o que se observou nesse estudo foi uma centralização da construção das propostas de EPS na figura do gestor e a baixa participação de outros segmentos, tais como o controle social, instituições de ensino e os trabalhadores da saúde. Segundo os sujeitos, existe uma dificuldade para que essa comissão funcione tal como explicitado na política, pois esses atores possuem outras demandas provenientes das suas instituições de origem.

Pressman e Wildavsky (1984) afirmam que o número elevado de participantes ou protagonistas na implementação de uma política pública, como é o caso da política de EPS, pode contribuir para que surjam desacordos e demoras, tendo em vista as diferentes perspectivas de cada ator e a multiplicidade de decisões.

No entanto, no DF, as propostas são construídas pelo segmento gestor e apresentadas à CIES para pactuação, o que minimiza a questão dos desacordos e demoras, mas, por outro lado, faz com que a implementação não ocorra como previsto nos instrumentos legais e não possibilite a participação de outros atores importante na consolidação dessa proposta.

5.6.1.2 Questões administrativas

Além da participação dos atores, a implementação dessa política passa por diversas etapas, explicitadas no capítulo 5, pois após a aprovação dos PAREPS, cabe aos implementadores a construção de propostas de intervenção na área da educação na saúde. Pressman e Wildavsky (1984) alertam para a necessidade de políticas simples, pois quanto menos etapas, menores as chances de falhas ou desvios.

Segundo os autores, políticas são sempre possibilidades. Nesse sentido, políticas potenciais dependem de suas qualidades intrínsecas e das circunstâncias externas para se tornar implementáveis. Nessa concepção, os planos de ação, no caso da política de EPS, os PAREPS, atuam como instrumentos (disposições e atitudes) para atingir os resultados esperados, desde que as circunstâncias sejam apropriadas. Assim, a implementação de uma política pública não depende apenas de planos bem elaborados, mas das circunstâncias externas que afetam este processo.

No caso da política de EPS no DF, se observou que questões administrativas ligadas à indefinição quanto às atribuições da CODEP/FEPECS e da SUGETES/SES representam um

bloqueio na implementação da política, pois interferem no financiamento das ações de educação na saúde, prejudicando a consecução das atividades.

Destaca-se também como um bloqueio para a realização das atividades, as condições materiais e físicas em que se encontram os Neps, que não dispõem, em sua maioria, de uma equipe qualificada e em quantidade suficiente para a realização das ações, uma estrutura física mínima, bem como recursos materiais que propicie qualidade nas atividades educativas ofertadas.

Outra questão apontada por Pressman e Wildavsky (1984) é a necessidade de objetivos claros e conceitos corretos, o que aumenta a probabilidade de uma implementação exitosa. A política de EPS é clara em relação à definição de seus objetivos e conceitos, no entanto, esses requerem mudanças complexas nos modos de organizar as ações de educação em saúde (bem como no próprio processo de trabalho), o que pode se tornar também fator dificultador para a implementação.

Outros fatores que podem colaborar para o fracasso na implementação de uma política e que apareceram nos resultados desse estudo foram:

1. Detalhes técnico-administrativos ou problemas de natureza cotidiana, tais como:
 - Rotinas burocráticas – explicitadas nas falas dos sujeitos em relação às dificuldades de aprovar os respectivos planos de trabalho e receber financiamento para as ações;
 - Disputas internas – não foram caracterizadas como disputas, mas sim como conflitos de atribuições entre a CODEP e a SUGETES, em relação à responsabilidade de cada órgão, na gestão da educação na saúde, pois apesar de não ser uma disputa também pode influenciar negativamente na implementação;
 - Dificuldade de firmar contratos – principalmente em relação aos atores envolvidos na implementação das ações no nível micro, no caso entre os Neps e o público das atividades educativas. Ficou explícito nas falas dos sujeitos a dificuldade que as estruturas de execução apresentam na realização das atividades em relação à falta de liberação dos trabalhadores e à sua desmotivação para participação nas atividades.
2. Recursos insuficientes: Apesar da política ter uma fonte de financiamento assegurada, os recursos praticamente não chegam nas unidades executoras, que enfrentam inúmeros problemas em relação à falta de recursos materiais, estrutura física e déficit de pessoal.

3. Problemas relacionados à autonomia dos Neps, tanto em relação aos recursos financeiros, quanto à necessidade de se reportarem sempre à CODEP ao realizarem atividades de educação na saúde no âmbito dos seus serviços.

5.6.2 Análise da dimensão pedagógica da política de educação permanente em saúde no DF

5.6.2.1 Aspectos teórico-conceituais da política

Observa-se que a política de EPS determina que as atividades educativas sejam desenvolvidas com base nos conceitos teórico-metodológicos da educação permanente em saúde. Dessa forma, tem como objetivo transformar as práticas nos serviços de saúde, por meio de um processo de aprendizagem significativa, a partir da análise coletiva dos processos de trabalho com a participação das equipes multidisciplinares.

Caracteriza-se, portanto, como uma política inovadora, com aspirações direcionadas para uma mudança de paradigma, já que implica não apenas na realização de atividades de educação em serviço, mas, principalmente, em instituir processos de mudanças na realidade dos serviços. Essa característica da política pode dificultar sua implementação. Outro fator que pode atuar como um bloqueio para a implementação é a pouca participação dos representantes do grupo-alvo na elaboração das propostas, já que a demanda pelas atividades educativas emerge das chefias imediatas e não das necessidades sentidas pelos próprios trabalhadores no cotidiano dos serviços.

Após a análise dessas duas dimensões que compõe a Política de EPS, percebe-se que apesar de não estar sendo implementada como preconiza a portaria nº1996/2007 e outras instruções normativas, as atividades propostas estão sendo realizadas rotineiramente nos serviços de saúde pelas estruturas de coordenação e execução.

No entanto, em sua maioria, não se baseiam nos pressupostos da educação permanente em saúde, mas seguem uma proposta mais próxima da educação continuada, por meio da confecção de projetos elaborados pelas chefias dos Neps, sem a participação ativa do trabalhador da saúde, este é representado pelo seu superior hierárquico que demanda as atividades, segundo suas prioridades. A maioria dessas atividades destina-se a categorias profissionais, são realizadas no formato de cursos com a utilização de metodologias mais tradicionais que dificultam a problematização dos processos de trabalho.

Pressman e Wildavsky defendem que quanto mais geral e mais adaptável seja uma política a uma variedade de circunstâncias, maior a probabilidade de que se realize em certa forma, mas menos provável será que na prática surja como se havia pensado. Em contraponto, quanto mais se limite e mais de restrinja a ideia da política, mais provável será que surja como se havia prognosticado, mas menos provável que se produza um impacto considerável.

Em um extremo, tem-se a ideia pré-formada de política como sendo um tipo ideal que só necessita executar-se e que os únicos problemas que suscita são os relativos ao seu controle. No outro extremo, a ideia da política é uma expressão de princípios e aspirações essenciais que dependem da discricionariedade administrativa², sendo ela inevitável e necessária para os processos de implementação.

Essa análise não tem como meta apenas realizar críticas aos problemas encontrados no processo de implementação da política de EPS no DF, mas objetiva, por meio dos achados, buscar conhecer como se dá esse processo numa realidade concreta, e, a partir dessa aproximação, a possibilidade de encontrar soluções, por meio da elucidação dos problemas existentes.

Pressman e Wildavsky (1984) explicitam que o não alcance dos objetivos de uma política pode ser explicado por uma implementação defeituosa, ou seja, as atividades que deveriam acontecer não acontecem, ou, pode-se considerar que as aspirações foram muito altas, dessa forma, em lugar de perguntar por que o processo de implementação foi defeituoso, a pergunta seria, por que se esperava tanto dele?

Ressalta-se que, segundo os autores, não há porque sentir-se culpado se não se cumpre literalmente uma ordem inerente à implementação de políticas, posto que a implementação literal é literalmente impossível, pois esta deve se dar sempre de forma evolutiva, aprendendo com a experiência e fazendo evoluir os problemas encontrados por meio da busca e implementação das soluções.

² É uma pequena liberdade concedida aos administradores públicos para agirem de acordo com o que julgam conveniente e oportuno diante de determinada situação, não pautados em diretrizes particulares, mas orientados para a satisfação dos direitos coletivos e respeito aos direitos individuais.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo teve como objetivo analisar o processo de implementação da Política de Educação Permanente em Saúde no Distrito Federal. Para isso, optou-se por realizar uma pesquisa qualitativa ancorada no referencial teórico metodológico de análise de implementação de políticas públicas proposto por Pressman e Wildavsky (1984).

A análise dessa etapa do *policy cycle* permitiu realizar uma avaliação da forma como essa política está organizada no Distrito Federal e como as atividades propostas estão sendo realizadas. Trata-se de uma política complexa, composta por duas dimensões, a que denominamos de organizacional e pedagógica, operacionalizadas por diferentes atores, em diversas arenas, envolvendo uma multiplicidade de objetivos e de decisões.

No que diz respeito aos seus aspectos normativos, a política de EPS possui uma portaria que a regulamenta e estabelece as responsabilidades de cada ator na sua implementação, explicitando as arenas em que ocorrem os processos de pactuação e decisões, além de possuir uma fonte de financiamento assegurada. Estando, portanto, excluídas características que poderiam antecipadamente garantir o fracasso de uma política pública.

Apesar dessas características, a implementação não ocorre de forma automática, pois conforme explicitado, ela envolve um conjunto de fatores que só são visíveis durante a sua execução. A implementação da política de EPS caracteriza-se como uma fase crítica, pois nela é possível observar a sua aplicabilidade, bem como a operacionalização dos Planos de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) na realidade dos serviços de saúde do DF.

Em relação a sua dimensão organizacional, os resultados apontam para uma centralização da política na figura do gestor, apesar da portaria preconizar a participação de outros atores na elaboração e condução dos PAREPS. Essa característica confere à política uma verticalidade na tomada de decisões, ao contrário do que preconizam os instrumentos legais, que visam o estabelecimento de relações mais horizontais. Essas que só serão possíveis com a efetiva participação dos outros segmentos na construção das propostas, tais como o controle social, as instituições de ensino e os trabalhadores da saúde.

Outro aspecto que merece ser destacado são as condições materiais em que os Neps desenvolvem seu trabalho. Evidenciou-se que na maioria dos serviços, esses atores não ocupam lugar de destaque, havendo pouco investimento na estrutura física, recursos materiais e aporte de recursos humanos qualificados para composição da equipe de trabalho. Essas questões representam o baixo investimento por parte da Secretaria de Saúde do DF na política em questão e uma desvalorização desse espaço de educação nos serviços de saúde.

Destaca-se um investimento maciço, ao longo de muitos anos, no desenvolvimento profissional da equipe de enfermagem, sobretudo aqueles com baixa qualificação, o que de certa forma prevalece até os dias atuais, segundo relatos das chefias dos Neps. A presença dos profissionais da enfermagem também é marcante na ocupação dos espaços de gestão da política no DF, sendo a maioria das coordenadoras e chefes do Neps enfermeiras, possivelmente pela trajetória histórica da profissão no campo da gestão e desenvolvimento de recursos humanos.

A política de EPS, apesar de ter sido publicada em 2004, foi alterada em 2007, e o que se observa no DF é ainda a incipiência em relação à sua organização, pois conforme explicitado, não há definição quanto às atribuições da SES/DF e da CODEP quanto à gestão da educação na saúde, constituindo um conflito de atribuições desses dois órgãos que atuam na mesma arena de implementação.

Tampouco há um Plano Distrital de Saúde mais recente e melhor elaborado nos aspectos relativos à gestão da educação na saúde. O que poderia alavancar a discussão sobre a importância do trabalho de educação na saúde e estabelecer metas no curto, médio e longo prazo para os serviços de saúde, constituindo-se um avanço considerável, mesmo na impossibilidade de implementar a estratégia da EPS em todas as suas dimensões.

Destaca-se a existência de toda uma infraestrutura montada no sistema de saúde do DF para o trabalho de educação na saúde, bem como uma demanda crescente de qualificação profissional em todo mundo, inclusive aqui no DF para melhoria da qualidade do atendimento na área da saúde, no entanto constata-se um mau aproveitamento e uma desatualização dessas arenas de implementação da política.

No nível da ‘microimplementação’ que ocorre entre os Neps e o público das ações educativas, além da falta de recursos, as estruturas de execução lidam diariamente com dificuldades para a liberação do trabalhador e com o desinteresse e desmotivação desse sujeito para participação nas atividades programadas.

Em relação ao aspecto pedagógico, esse estudo evidenciou que as atividades de educação na saúde desenvolvidas nos serviços apresentam uma afinidade à concepção de educação continuada, visto que, em sua maioria, os temas não surgem da problematização da realidade, as metodologias são mais tradicionais e destinam-se a categorias profissionais em detrimento de públicos multiprofissionais. Caracterizando uma baixa apropriação do referencial da educação permanente em saúde pelos sujeitos implementadores das ações. Nessa perspectiva, as atividades, da forma como estão sendo realizadas, dificultam a

discussão dos problemas oriundos do processo de trabalho, e, portanto, podem não possibilitar as mudanças almejadas.

Diante do exposto, destaca-se a necessidade de ampliação, junto aos implementadores, das discussões referentes à dimensão pedagógica da política de EPS. A partir dela, as atividades educativas devem ser originadas dos problemas enfrentados rotineiramente nos serviços, com vistas à sua problematização e superação pelos sujeitos envolvidos, no caso, os trabalhadores da saúde organizados não em categorias profissionais, mas em equipes multiprofissionais que visam à integralidade da atenção à saúde ofertada à população.

Para a implementação da política de EPS, tal como explicitada nos documentos oficiais, será necessário uma mudança de paradigma, o que requer um longo processo de mudança cultural e social nas relações de trabalho e de vida dos atores envolvidos, já que ela apresenta metas ambiciosas que visam mudanças nas práticas hegemônicas nos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

ALMA-ATA. **Declaração de Alma-Ata:** Relatório da Conferência sobre cuidados primários de saúde. URSS, 6 a 12 de setembro de 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em 15 de março de 2012.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M.; LAUS, E.; FREITAS, D. M. V.; LIMA, R. A. G.; MISHIMA, S. **A formação do enfermeiro frente à reforma sanitária:** Contribuição de um grupo de enfermeiros-docentes da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, para a Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde. Brasília, outubro 1986

ALVAREZ, R.; CAMPOS, A. Educación Permanente en Salud: Problemas y Proyecciones. **Educ Med Salud**, v. 23, n. 3, 1989.

ARCE, V. A. R. **A integralidade do cuidado no âmbito da Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal:** Estudo de caso. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

ARRETCHE, M. Dossiê agenda de pesquisa em políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 18, n. 51, fev. 2003.

ARRETCHE, M. Tendências no estudo sobre avaliação. In.: RICO, Elizabeth Melo (org). **Avaliação de políticas sociais:** uma questão em debate. 6 ed. São Paulo: Cortez - Instituto de Estudos Especiais, 2009.

BARDIN L. **Análise de conteúdo.** Tradução: Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1977.

BASSINELLO, G. A. H.; BAGNATO, M. H. S. Projeto larga escala: uma análise a partir da bibliografia existente. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 13, n. 1, p. 194-200, jan/mar. 2009.

BERBEL, N. A. N (org). **Metodologia da problematização:** fundamentos e aplicações. Londrina: Ed. UEL, 1999.

BERTANI, I. F.; SARRETA, F. O.; LOURENÇO, E. A. S. **Aprendendo a construir saúde:** desafios da implantação da política de educação permanente em saúde. Franca: UNESP – FHDSS, 2008.

BRASIL. Ministério da Educação e Saúde. **1ª Conferência Nacional de Educação e 1ª Conferência Nacional de Saúde.** Serviço de documentação. Folheto nº 5, 1941. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1117>. Acesso em 03 de abril de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **3ª Conferência Nacional de Saúde.** 1963. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1119>. Acesso em 03 de abril de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **4ª Conferência Nacional de Saúde: Recursos humanos para as atividades de saúde.** 1967. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/4conf_nac1.pdf%20>. Acesso em 03 de abril de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **5ª Conferência Nacional de Saúde: Relatório final.** 1975. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1121>. Acesso em 03 de abril de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **6ª Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final.** 1977a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_6.pdf>. Acesso em 03 de abril de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anais da 6ª Conferência Nacional de Saúde.** 1977b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/6_CNS_anais.pdf>. Acesso em 03 de abril de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 7ª Conferência Nacional de Saúde.** 1980. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1123>. Acesso em 03 de abril de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde.** 1986a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1124>. Acesso em 03 de abril de 2012.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria Geral. Secretaria de Recursos Humanos. **Relatório final da Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde.** 1986b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0116conf_rh.pdf>. Acesso em 03 de abril de 2012.

BRASIL. Resolução CIPLAN nº 015/1985. 1985. In.: BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Instituto Nacional de Assistência Médica e da Previdência Social. **Programa de Formação de pessoal de nível médio.** 1987. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos/Prog_form.pdf>. Acesso em 20 de abril de 2012.

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990:** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em 15 de janeiro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 9ª Conferência Nacional de Saúde: Municipalização é o caminho.** 1992. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1125>. Acesso em 03 de abril de 2012.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. **II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde**: textos apresentados. Cadernos RH Saúde, v. 1, n. 3, 1993. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos/rhsv1n3.pdf>>. Acesso em 03 de abril de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde. **Relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília/DF, 2 a 6 setembro de 1996. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1126>. Acesso em 03 de abril de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde. **11ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Coordenação-Geral de Documentação e Informação. **Legislação em saúde mental 1999-2001**. 2. ed. (rev. e atual.). Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a NOB/RH-SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Políticas de formação e desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde. Brasília, 18 de setembro de 2003. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pol_formacao_desenv.pdf>. Acesso em 07 de junho de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **EducarSUS**: notas sobre o desempenho do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, período de janeiro de 2003 a janeiro de 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Conferência Nacional de Saúde. **12ª Conferência Nacional de Saúde**: Conferência Sergio Arouca: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 198/GM 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde: polos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Cadernos RH Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, v. 3, n. 1, mar. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes Operacionais do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório consolidado para a 13ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: todos usam o SUS: SUS na seguridade social: Política pública, patrimônio do povo brasileiro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. **2ª Conferência Nacional de Saúde**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1118>. Acesso em 03 de abril de 2012b.

BRAVIN, F. P. **Política e ação pública: análise da política nacional de educação permanente em saúde**. 119f. 2008. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Universidade de Brasília, Instituto de Ciências Humanas, Departamento de serviço social, Brasília, 2008.

CAMPOS, F. E.; PIERANTONI, C. R; HADDAD, A. E.; VIANA, A. L. D.; FARIA, R. M. B. Os Desafios atuais para a Educação Permanente no SUS. In.: **Cadernos RH Saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, v. 3, n. 1, 2006.

CARVALHO, S. N. Avaliação de programas sociais: balanço das experiências e contribuição para o debate. **São Paulo em perspectiva**, v. 17, n. 3-4, p. 185-197, 2003.

CEAP. Centro de Educação e Assessoramento Popular. **Pacto pela Saúde: possibilidade ou realidade?** 2 ed. Passo Fundo: IFIBE, 2009.

CECCIM, R. B. e FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41- 65, 2004.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, v. 9, n. 16, p. 161-77, 2005.

CECCIM, R. B., ARMANI, T. B., ROCHA, C.F. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, v. 7, n. 2, p. 373-383, 2002.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 335 de 27 de novembro de 2003.**

Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resolucao335_27_11_2003cns.pdf>.

COHN, A. **Cidadania e formas de responsabilização do Poder público e do setor privado pelo acesso, equidade, qualidade e humanização na atenção à saúde.** Cadernos da 11ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

COLLET, H. G. **Educação Permanente:** uma abordagem metodológica. Rio de Janeiro: Serviço Social do Comércio, 1976.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Estruturação da área de recursos humanos nas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal.** Brasília: CONASS, 2004.

CORREIA, M. V. C. Controle Social na Saúde. In: MOTA, A. E.; BRAVO, M. I. S.; UCHÔA, R. (Orgs.). **Serviço Social e Saúde:** formação e trabalho profissional. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2007. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-6.pdf>. Acesso em 19 de setembro de 2012.

COSTA, F. L.; CASTANHAR, J. C. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. In.: **VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública**, Lisboa, Portugal, 8-11 Oct. 2002.

COSTA, P. P. **Dos projetos à política pública: reconstruindo a história da educação permanente em saúde.** 2006. 134f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2006.

CYRINO, E. G.; TORALLES-PEREIRA, M. L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 780-788, mai/jun. 2004.

DAVINI, M. C.; NERVI, L.; ROSCHKE, M. A. **La capacitación del personal de los servicios de salud en proyectos relacionados con los procesos de reforma sectorial.** Serie Observatorio de Recursos Humanos de Salud n. 3, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos (HSR), División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud (HSP), Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Abril. 2002.

FARIA, C. A. P. Ideias, conhecimento e Políticas Públicas: um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 18, n. 51, fev. 2003.

FAURE, E. **Aprender a ser.** Tradução: Maria Helena Cavaco e Natércia Paiva Lomba. Livraria Bertrand: Lisboa/Portugal. Difusão editora: São Paulo/Brasil, 1972.

FEPECS. Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Institucional – Histórico**. Disponível em: <http://dominioprovisorio.tempsite.ws/fepecs2011/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=71&Itemid=27>. Acesso em 04 de fevereiro de 2012.

FEPECS. Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Regimento interno**. 2005.

FERRAZ, F.; BACKES, V. M. S.; MERCADO-MARTÍNEZ, F. J.; PRADO, M. L. Políticas e programas de educação permanente em saúde no Brasil: revisão integrativa de literatura. **Saúde e transformação social**, Florianópolis, v.3, n.2, p.113-128, 2012.

FIGUEIREDO, M. F.; FIGUEIREDO, A. M. C. Avaliação política e avaliação de políticas: um quadro de referência teórica. **Análise e conjuntura**, Belo Horizonte, v. 1, n. 3, p. 107-127, set/dez. 1986.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de Políticas Públicas no Brasil. **Planejamento e políticas públicas**, Brasília, n. 21, p. 211-259, jun. 2000. Disponível em <<http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/ppp/pdf/ppp21.pdf>>. Acesso em 4 de janeiro de 2012.

FURTER, P. **Educação Permanente e desenvolvimento cultural**. 2 ed. Tradução: Teresa de Araújo Penna. Petrópolis: Vozes, 1975.

GARCIA, R. C. **Subsídios para organizar avaliações da ação governamental**. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Diretoria de Estudos Setoriais (DISET). Brasília, 2001.

GDF. Governo do Distrito Federal. **Decreto nº 21.941, de 6 de fevereiro de 2001**. Republicado no DODF de 12.02.2001.

GDF. Governo do Distrito Federal. **Plano de Saúde do Distrito Federal 2008 a 2011**. Brasília, 2008.

GDF. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **SES em números: dados estatísticos - Quantitativo de cargos e unidades de atendimento da SES**. Março de 2010. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br>>. Acesso em 28 de agosto de 2012.

GDF. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Portaria nº 26 de 13 de junho de 1996**.

GDF. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **SES em números: dados estatísticos - Quantitativo de cargos e unidades de atendimento da SES**. Março de 2010. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/>>. Acesso em 28 de agosto de 2012.

GDF. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Lei nº 2.676**, de 12 de janeiro de 2001. Diário Oficial do Distrito Federal nº 10. Segunda-feira, 15 de janeiro de 2001. Disponível em <<http://www.fepecs.edu.br/arquivos/Lei26762001.pdf>>. Acesso em 12 de julho de 2012.

GDF. Portal do Distrito Federal. Sobre o governo. **Administrações regionais**. Disponível em: <<http://www.gdf.df.gov.br/045/04501002.asp>>. Acesso em 03 de fevereiro de 2012.

GDF. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Portaria nº 224, de 24 de novembro de 2011**. Diário oficial do Distrito Federal, 25 de novembro de 2011.

GRYSCHKE, A. L. F. P. L.; ALMEIDA A. H.; ANTUNES, M. N.; MIYASHIRO, S. Y. Projeto larga escala: uma proposta pedagógica atual. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 34, n. 2, p. 196-201, jun. 2000.

HADDAD, J.; ROSCHKE, M. A.; DAVINI, M. C. Proceso de trabajo y educacion permanente de personal de salud: reorientacion y tendencias en america latina. **Educ Med Salud**, v. 24, n. 2, 1990.

HADDAD, Q. J.; ROSCHKE, M. A. C.; DAVINI, M. C. **Educación permanente de personal de salud**. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1994.

HOCHMAN, G. **Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945)**. Curitiba: Educar - Editora UFPR, n. 25, p. 127-141, 2005.

HOWLETT, Michael; RAMESH, M. Studying public policy: policy cycles and policy subsystems. Toronto: Oxford University, 1995.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2011.

KINGDON, J. Juntando as coisas. In: SARAVIA, E & FERRAREZI, E. (orgs). **Políticas públicas: coletânea vol. 1**. Brasília: ENAP, p.225 a 245, 2006.

LEITE, S. (coord.), FLEXOR, G.; MEDEIROS, L.; DELGADO, N.G.; MALUF, R. **Avaliando a gestão de políticas agrícolas no Brasil: uma ênfase no papel dos policy-makers**. Rio de Janeiro: CPDA/UFRRJ – CNPq, 2006. (Relatório de Pesquisa).

LIMA, N.T.; FONSECA, C. M. O.; HOCHMAN, G. A saúde na construção do estado nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In.: LIMA, N.T. (org). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

LOPES, Sara Regina Souto et al. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, v. 2, n. 18, p. 147-155, abr. 2007.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" - anos 80. Rio de Janeiro, **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, v. 1, n. 1, 1991. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v1n1/04.pdf>>. Acesso em 10 de abril de 2012.

MACHADO, M. H. Trabalho e emprego em saúde. In.: GIOVANELLA, L. (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

MENDES, E. V. Entrevista: O SUS e a Atenção Primária à Saúde. **Revista APS**, v.8, n.2, p. 218-219, jul./dez. 2005.

MENDONÇA, F. F.; NUNES, E. F. P. A. Necessidades e dificuldades de tutores e facilitadores para implementar a política de educação permanente em saúde em um município de grande porte no estado do Paraná, Brasil. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v.15, n.38, p.871-82, jul./set. 2011.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; CECCIM, R. B. Educación Permanente en Salud: una Estrategia para Intervenir en La Micropolítica del Trabajo en Salud. **Buenos Aires: Salud Colectiva**, v. 2, n. 2, p. 147-60, May/Ago 2006.

MITRE, S. M. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13 (Sup. 2), p. 2133-2144, 2008.

MOTTA, J. I. J. **Educação Permanente em Saúde**: da política do consenso à construção do dissenso. Dissertação (Mestrado em Educação em Saúde) - Núcleo de tecnologia educacional em saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

MOTTA, J. I. J.; BUSS, P.; NUNES, T. C. M. Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde. **Olho Mágico**, v. 8, n. 3, set./dez. 2001.

MUROFUSE, N. T.; RIZZOTO, M. L. F.; MUZZOLON, A. B. F.; NICOLA, A. L. Diagnóstico da situação dos trabalhadores em saúde e o processo de formação no polo regional de educação permanente em saúde. **Revista Latino Americana Enfermagem**, v. 17, n. 3, mai/jun. 2009.

NAJBERG, E.; BARBOSA, N. B. Abordagens sobre o processo de implementação de políticas públicas. **Interface – Natal/RN**, v. 3, n. 2, jul/dez. 2006.

NUNES, T. C. M. **Educação Permanente**: um novo olhar sobre a aprendizagem no trabalho. Cadernos da ABEM, Associação Brasileira de Educação Médica. Coletânea de Artigos e Entrevistas publicados nos Boletins Informativos da ABEM 2002/2004. v. 1, mai. 2004.

OLIVEIRA, D. C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 569-76, out/dez. 2008.

OPAS. Organización Panamericana de La Salud. **Educación continua**: guía para la organización de programas de educación continua para el personal de salud. Serie de Recursos Humanos nº29, División de Recursos Humanos o Investigacion, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, 1978.

PAIM, J. S. Saúde da Família: espaço de reflexão e de contra-hegemonia. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 5, n. 9, p. 143-146, ago. 2001. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=180114091010>>. Acesso em 02 de março de 2012.

PDR. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Plano Diretor de Regionalização**. 2007.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B; MATTOS, R. A. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: CEPESC, 2007. p.161-177. Disponível em: <<https://www.ucs.br/prosaude/servicos/capacitacao/oficina-de-integracao-ensino-servico/acervo/textos/PEDUZZI,%20Marina.pdf> >. Acesso em: 13 de setembro de 2012.

PEDUZZI, M.; DEL GUERRA, D. A.; BRAGA, C. P.; LUCENA F. S. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface**: Comunicação, Saúde e Educação, v. 13, n. 30, p. 121-34, jul/set. 2009.

PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. Trabalho, Educação e Saúde: referências e conceitos. In.: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (orgs). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: ESPJV, 2009. p. 17-29.

PEREZ, J. R. R. Avaliação do Processo de Implementação: algumas questões metodológicas. In.: RICO, E. M. (org). **Avaliação de políticas sociais**: uma questão em debate. 6 ed. São Paulo: Cortez: Instituto de Estudos Especiais, 2009.

PRESSMAN, J. L., WILDAVSKY, A. **Implementation**: How great expectations in Washington are dashed in Okland. University of California Press: Berkeley, Los Angeles, 1984. Tradução: Antonio Guzman Balboa. Implementación: Cómo grandes expectativas concebidas en Washington se frustan em Okland. Fondo de cultura econômica: México, 1998.

RIBEIRO, E. C. O.; MOTTA, J. I. J. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. **Divulgação em Saúde pra Debate**, n.12, p.39-44, jul. 1996.

RICALDONI, C. A. C; SENA, R. R. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 14, n.6, p. 837-42, 2006.

ROVERE, M. Comentarios estimulados por la lectura del artículo “Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário”. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, v. 9, n. 16, p. 169-171, set. 2004/fev.2005.

RUA, M. G. Análise de políticas públicas: conceitos básicos. In: Rua, M.G. & Carvalho, M.I. (orgs). **Análise de políticas públicas**: conceitos básicos. Brasília, Paralelo 15, 1998.

SANTOS, I.; SOUZA, A. M. A.; GALVÃO, E. A. Subsídios para a formulação de uma política de profissionalização para o pessoal de enfermagem, sem qualificação específica, empregado no setor saúde - Brasil. **Educ Med Salud**, v. 22, n. 2, 1988.

SARAVIA, E. Introdução à teoria da política pública. In.: SARAVIA, E. & FERRAREZI, E. (orgs). **Políticas Públicas**. Coletânea (v. 1), Brasília: ENAP, p. 19-42, 2006. Saúde, 2004b.

SAYD, J. D.; VIERIA JUNIOR, L.; VELANDIA, I. C. Recursos Humanos nas Conferências Nacionais de Saúde (1941 – 1992). Rio de Janeiro, **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 165-195, 1998.

SILVA, C. C. **Política de Formação de Recursos Humanos em Saúde no Brasil**: reflexões acerca de seus antecedentes políticos e sociais. 2008. Disponível em: <http://www.de.ufpb.br/~mds/Artigos_Web/PFRH.pdf>. Acesso em 10 de abril de 2012.

SILVA, P. L. B.; MELO, M. A. B. **O processo de implementação de políticas públicas no Brasil**: características e determinantes da avaliação de programas e projetos. Campinas: Unicamp - Núcleo de Estudos e Políticas Públicas (NEPP), Caderno nº 48, 2000. Disponível em <<http://www.nepp.unicamp.br>>. Acesso em 02 de janeiro de 2012.

SOUZA, C. Políticas públicas: questões temáticas e de pesquisa. **Caderno CRH**, Salvador, n. 39, p. 11-24, jul/dez. 2003.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão de literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 20-45, jul/dez. 2006.

STROSCHEIN, K. A.; ZOCCHÉ, D. A. A. **Educação permanente nos serviços de saúde**: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. Rio de Janeiro: Trabalho Educação e Saúde, v. 9, n. 3, p. 505-19, nov.2011/fev.2012.

SUBIRATS, J. **Análisis de políticas públicas y eficacia de la administración**. Madrid: Ministério para las administraciones públicas, 1994.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. 1 ed. 19. reimpr. São Paulo: Atlas, 2010.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 6ed. São Paulo: Atlas, 2005.

VIANA, A. L. D (coord.). **Relatório Final**. Projeto de Pesquisa: programa de avaliação e acompanhamento da política de educação permanente em saúde. São Paulo, abril de 2008.

VIEIRA, M. Recursos Humanos em Saúde. In.: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: ESPJV, 2009. p. 343-347.

VIEIRA, T. C. V.; SCUCATO, R. Formação de pessoal auxiliar para enfermagem nos serviços de saúde: Brasil. **Educ Med Salud**, v. 22, n. 1, 1988.

WELSH, E. **Dealing with data**: using nvivo in the qualitative data analysis process. Forum qualitative social research. v. 3, n. 2, art. 26, may. 2002. Disponível em: <<http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/865/1880>>. Acesso em 15 de fevereiro de 2012.

ANEXOS

ANEXO I: Termo de Consentimento Livre e esclarecido**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto: Análise do processo de Implementação da Política de Educação Permanente em Saúde no Distrito Federal.

O nosso objetivo é analisar como tem se dado a implantação e implementação da Política de Educação Permanente em Saúde no Distrito Federal.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação será através de uma entrevista individual que será aplicada pela própria pesquisadora, em data previamente combinada, e que levará tempo estimado de 30 minutos, sendo respeitado o tempo de cada um para respondê-lo. Informamos que o(a) Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a senhor(a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Coordenação de Desenvolvimento de Pessoas/FEPECS/DF e na Universidade de Brasília, podendo ser publicado posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Katerine Moraes, tel. (61) 84505914.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura:

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura:

Brasília, ____ de _____ de _____.

ANEXO II: Roteiro de entrevista semi-estruturada**Roteiro de entrevista semi-estruturada****1. Dados de organização do instrumento**

Data:

Entrevistado (número e cargo):

Representa qual instituição:

2. Identificação

Sexo: () masculino () feminino

Idade:

Formação:

Pós-graduação:

Profissão:

Experiência profissional:

3. Roteiro de entrevista

* No que diz respeito à qualificação dos profissionais da saúde, qual a sua avaliação do trabalho que vem sendo realizado no DF nos últimos anos? E na sua regional de Saúde/instituição?

* Caracterize as atividades desenvolvidas nessa regional/instituição. Metas/objetivos, público-alvo, atividades desenvolvidas, carga-horária, conteúdo, metodologia utilizada.

* Como se dá a dinâmica entre o NEPS e a CODEP? Existe um plano que orienta o trabalho? Existem metas? Atividades propostas?

* Quais foram os avanços e limites e os resultados alcançados na implementação dessa política?

* Você gostaria de acrescentar mais alguma coisa ou esclarecer algum ponto?

ANEXO III: Roteiro de entrevista semi-estruturada aplicado à coordenadora da CODEP**Roteiro de entrevista semi-estruturada (coordenadora da CODEP)****1. Dados de organização do instrumento**

Data:

Pesquisadora:

Entrevistado (número e cargo):

Representa qual instituição:

2. Identificação

Sexo: () masculino () feminino

Idade:

Formação:

Pós-graduação:

Profissão:

Experiência profissional:

3. Roteiro de entrevista

* Como se dá o processo de condução, por parte da CODEP, da política de educação permanente em saúde, no que diz respeito a financiamento, estrutura organizacional, participação das regiões administrativas e das instâncias de controle social na formulação e implementação dessa política?

* Como a CODEP recebe e organiza as demandas por ações de formação e desenvolvimento dos trabalhadores na saúde? Que atores demandam? Como se dá a participação dos trabalhadores da saúde na construção das demandas?

* Como é a participação da CODEP nos espaços de discussão sobre as mudanças no campo da graduação e especializações para atender as necessidades do sistema?

* Existe articulação entre a Secretaria de Educação e a Secretaria de Saúde para discutir os processos de formação dos trabalhadores para o SUS?

* Os movimentos de educação popular em saúde participam dos espaços de discussão junto aos serviços de saúde sobre a formação dos profissionais do SUS?

ANEXO IV: Unidades de Significação e Categorias na Análise de Conteúdo

Quadro síntese das Unidades de Significação e Categorias na Análise de Conteúdo

2 Temas/unidades de significação	4 Nº UR/ Tema	6 % UR/ Tema	7 Categorias	8 Nº UR/ Categoria	9 % UR/ Categoria
Espaços de articulação	18	5%	Arenas de implementação da política	33	9,3%
Financiamento	8	2,3%			
Formação	7	2%			
Facilidades/avanços	25	7%	Fatores facilitadores e avanços na implementação	25	7%
Codep e suas responsabilidades	26	7,4%	Estrutura de coordenação	30	8,5%
CODEP e SUGETES	4	1,1%			
Fortalecimento dos NEPS	5	1,4%	Estruturas de execução	61	17,4%
Organização e funcionamento	56	16%			
Autonomia	6	1,7%	Dificuldades na implementação	103	29,3%
Titulação	11	3,2%			
Falta de motivação	31	8,8%			
Liberação pela chefia	35	10%			
Recursos escassos	20	5,6%			
Conteúdos	9	2,5%	Processos educativos em serviço	101	28,5%
Metodologia: problematizadora	13	3,7%			
Metodologia: transmissão de conteúdo	10	2,8%			
Objetivo: mudança nas práticas	6	1,7%			
Objetivo: acrescentar conteúdos	20	5,6%			
Público-alvo: categorias profissionais	26	7,4%			
Público-alvo: multiprofissionais	17	4,8%			

Modelo elaborado por OLIVEIRA, D.C. Análise de conteúdo categorial temático: uma proposta de sistematização. Revista de Enfermagem da UERJ, 2008. out. dez, 16 (4): 569 – 76.

ANEXO V: Parecer de aprovação do Comitê de ética em pesquisa



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/SES-DF

PARECER Nº 0231/2011

PROTOCOLO Nº DO PROJETO: 254/2011 – ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL.

Instituição Pesquisada: Secretaria de Saúde do Distrito Federal/SES-DF.

Área Temática Especial: Grupo III (não pertencente à área temática especial), Ciências da Saúde.

Validade do Parecer: 20/06/2013

Tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, assim como as suas resoluções complementares, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, após apreciação ética, manifesta-se pela **APROVAÇÃO DO PROJETO**.

Esclarecemos que o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, inciso IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto. **Ressaltamos a necessidade de encaminhar o relatório parcial e final, além de notificações de eventos adversos quando pertinentes.**

Brasília, 22 de junho de 2011.

Atenciosamente,

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF
Coordenadora

AL/CEP/SES-DF