

### A implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde na visão de atores que a constroem

The implementation of the National Policy of Permanent Education in Health as seen by the actors that build it (abstract: p. 15)

La implementación de la Política Nacional de Educación Permanente en Salud, en la visión de actores que la construyen (resumen: p. 15)

Cláudia Brandão Gonçalves Silva<sup>(a)</sup>

<claudiabrandao2012@bol.com.br> 

Magda Duarte dos Anjos Scherer<sup>(b)</sup>

<magscherer@hotmail.com> 

<sup>(a, b)</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Campus Universitário Darcy Ribeiro, s/n., Asa Norte. Brasília, DF, Brasil. 70910-900.

Sob a égide do movimento de retomada da política de Educação Permanente em Saúde (EPS), este estudo deu voz a atores que a promovem, no intuito de compreender os fatores que favoreceram ou dificultaram a sua implementação. Por meio de um grupo focal com 14 informantes-chave, evidenciou-se que o repasse de recursos e os espaços colegiados são elementos que favorecem a implementação da política e precisam ser assegurados. Ao mesmo tempo, o desalinhamento conceitual acerca do que seja EPS e a fragmentação das ações e das áreas que compõem a política são desafios que precisam ser superados. Recolocar a política de Educação Permanente como prioritária na agenda da Educação em Saúde é o fator mais importante e ao mesmo tempo mais desafiador para a sua implementação.

**Palavras-chave:** Educação permanente em saúde. Sistema de saúde. Política pública.

## Introdução

O Brasil apresenta uma estrutura institucionalizada de política de formação de Recursos Humanos em Saúde (RHS), a qual se denominou Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)<sup>1</sup>. Trata-se de política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para o Sistema Único de Saúde (SUS), instituída em 2004 e cujas diretrizes para a implementação foram publicadas no ano de 2007. Constituiu-se em um grande avanço ao fomentar a condução regionalizada e a participação interinstitucional, além de definir orçamento para projetos e ações, estabelecendo critérios de alocação transparentes<sup>2</sup>.

A condução da PNEPS está ancorada nos marcos teóricos e metodológicos da EPS, compreendida como uma estratégia político-pedagógica que toma como objeto os problemas e as necessidades do processo de trabalho em saúde. Pressupõe a integração entre o ensino, o serviço, a gestão e o controle social, objetivando transformar as práticas profissionais e a organização do trabalho em prol da humanização e melhoria do acesso e da qualidade do cuidado prestado à população<sup>3</sup>.

A implementação da PNEPS nos estados e municípios foi objeto de análise de diferentes estudos, os quais evidenciaram desafios para a consolidação da área de RHS no Brasil, tais como: a pouca articulação do serviço de saúde com o setor da educação; a ausência de avaliação dos resultados e impactos dos projetos desenvolvidos; o financiamento incipiente e as dificuldades para execução dos recursos financeiros; e o descompasso entre a formação e o perfil profissional requerido pelo sistema de saúde<sup>2,4,5</sup>.

Visando superar os fatores limitadores para a efetiva implementação da PNEPS, o Ministério da Saúde (MS) iniciou, em 2017, o processo denominado de “A retomada da PNEPS”, com a intenção de recolocar o tema da Educação na Saúde na agenda das políticas públicas do país<sup>6</sup>, em consonância com recomendações publicadas pelos organismos internacionais de saúde pública, a exemplo da Estratégia de Recursos Humanos para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde, aprovada em 2017 pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). Esta apresenta diretrizes que objetivam instar os países a estabelecer mecanismos formais para o enfrentamento dos desafios da área de RHS, incluindo o aumento dos gastos públicos, a eficiência do financiamento e a promoção do desenvolvimento de equipes interprofissionais nas redes de serviços<sup>7,8</sup>.

Assim, no período 2017-2018, foi empreendido no Brasil um conjunto de iniciativas visando à estruturação da política de RHS do setor público, tendo como premissas básicas a integração dos setores da educação e da saúde e o alinhamento da formação de RHS às necessidades dos sistemas de saúde<sup>7,8</sup>. Para tanto, respeitando a legislação federal que estabelece que o processo de planejamento e orçamento do SUS será ascendente, do nível local até o federal<sup>9</sup>, priorizou-se iniciar um debate com os estados e municípios, atores efetivamente promotores das políticas públicas, em articulação com a esfera federal<sup>6,10</sup>.

Nasce desse processo, como uma das medidas para restabelecer o processo de implementação da PNEPS, o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde (PRO EPS-SUS), instituído pelo Ministério da Saúde em 2017, que significou a recuperação do fluxo de financiamento,

por meio de repasses de recursos aos estados e municípios, com o propósito de estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional<sup>10</sup>.

Posto isso, como forma de contribuir para a formulação de uma agenda coerente e adequada para a área de RHP no Brasil, sob a égide do movimento de retomada da PNEPS, torna-se oportuno produzir evidências nesse campo, especialmente agora em que a instituição dessa política completa 15 anos. Assim, este estudo objetivou compreender os fatores que favorecem ou dificultam a trajetória de implementação da PNEPS no Brasil, bem como as proposições para o seu fortalecimento, na perspectiva de atores que a promovem.

## Método

Trata-se de estudo de abordagem qualitativa, de abrangência nacional, desenvolvido em maio de 2019, com informantes-chave partícipes da condução da política de EPS. Estes foram incluídos de acordo com os seguintes critérios: serem pessoas que atuam diretamente na gestão, planejamento ou operacionalização da política, na esfera municipal, estadual e federal, há pelo menos três anos. Esse tempo foi determinado por se considerar que seja suficiente para que os envolvidos no processo conheçam e se apropriem das ações relacionadas à EPS.

Sabendo-se que a condução da política apresenta especificidades, estruturas e desafios distintos em cada esfera de governo, buscou-se incluir a pluralidade de atores vinculados aos principais organismos condutores da política de EPS no país e, portanto, com capacidade para produzir o conhecimento buscado por este estudo. Assim, foram convidados para participar da pesquisa: na esfera federal, um gestor vinculado ao Ministério da Saúde (MS), um vinculado ao Ministério da Educação (MEC) e um do Conselho Nacional de Saúde (CNS); na esfera estadual, um gestor, por região geográfica, vinculado à Secretaria Estadual de Saúde (SES) e/ou escola de saúde pública; na esfera municipal, um gestor, por região geográfica, vinculado ao Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); e um representante da Opas.

O recrutamento dos participantes e a coleta de dados se deu por ocasião de um evento de abrangência nacional em maio de 2019, no qual essas instituições estiveram representadas. Participaram do estudo 14 atores, entre eles gestores, técnicos, profissionais, coordenadores, docentes e conselheiros, sendo um representante do Ministério da Saúde, nove representantes estaduais, três municipais e um da Opas. Não houve participação do MEC e CNS, por não estarem presentes no evento. O número de participantes da esfera municipal foi inferior ao programado, enquanto o da esfera estadual superou o previsto, por interesse dos próprios atores em participar.

Os dados foram coletados por meio de um grupo focal com duração de setenta minutos, orientado por um roteiro com cinco questões que buscaram conhecer: os fatores que favorecem e que dificultam a implementação da PNEPS; e as proposições para a implementação da política pública no Brasil. Todos os depoimentos foram registrados em equipamento de áudio digital e, posteriormente, transcritos integralmente. O material produzido foi tratado segundo a análise de conteúdo, a partir de três etapas consecutivas: pré-análise; exploração; e análise e inferência<sup>11</sup>.

Na pré-análise, editaram-se as falas para retirar os vícios de linguagem e erros gramaticais, a fim de conferir maior fluidez à leitura dos discursos, sem, contudo, alterar seu sentido e conteúdo. Nesse momento, procedeu-se também a codificação das falas, que consistiu em dar um código a cada participante do grupo focal para fins de preservação do anonimato e apresentação dos fragmentos de discurso na apresentação dos resultados. Na sequência, o *corpus* produzido foi submetido a leituras sucessivas.

A etapa de exploração do material teve por objetivo destacar os recortes de ordem semântica do *corpus* – unidades e registro (UR) e unidades de contexto (UC) – enumerá-los e categorizá-los. Neste estudo, as UR corresponderam a termos-chave contidos em cada fala, enquanto as UC representaram recortes contextuais das UR. O agrupamento das UC se ancorou em categorias analíticas prévias que guiaram o grupo focal, sendo elas: fatores favoráveis à implementação da PNEPS, fatores que dificultam a implementação da PNEPS e proposições para o fortalecimento da PNEPS.

Na fase de inferência e interpretação, as informações foram condensadas e destacadas, possibilitando interpretações e análise crítica do material. Os dados originaram um *corpus* de análise do qual se extraíram 103 UR; dessas, as mais predominantes foram as relacionadas a fatores que dificultam a implementação da PNEPS no país (UR=41; 39,8%), conforme indica a tabela 1.

**Tabela 1.** Frequência de unidades de registro por categoria e subcategoria temática

Categorias/subcategorias	Total UR		
	n	%*	%**
Fatores que dificultaram a implementação da PNEPS	41	100	39,8
Interrupção do repasse de recursos	7	17,1	6,8
Desalinhamento conceitual	7	17,1	6,8
Fragmentação das áreas que compõem a Política de Recursos Humanos	7	17,1	6,8
Execução dos recursos: desconhecimento e burocracia	5	12,2	4,9
Instrumentos de monitoramento e avaliação	5	12,2	4,9
Rotatividade dos gestores	4	9,8	3,9
Inexistência de apoio e referência técnica	3	7,3	2,9
Baixa governança	2	4,9	1,9
Fragmentação das ações de EPS	1	2,4	1,0
Fatores que favoreceram a implementação da PNEPS	35	100	34,0
PRO EPS-SUS	7	20,0	6,8
Regulamentação da política por meio de dispositivo legal	6	17,1	5,8
Regionalização	5	14,3	4,9
Repasse de recursos pelo Governo Federal	4	11,4	3,9
Envolvimento dos trabalhadores	3	8,6	2,9
Espaços colegiados	3	8,6	2,9
Quadrilátero da formação	3	8,6	2,9
EPS como variável de avaliação de outras políticas	1	2,9	1,0
Envolvimento do gestor	1	2,9	1,0
Estrutura organizacional	1	2,9	1,0
Equipamentos da EPS	1	2,9	1,0

Continua.



Categorias/subcategorias	Total UR		
	n	%*	**%
Proposições para o fortalecimento da PNEPS	27	100	26,2
Fortalecimento das instâncias colegiadas	9	33,3	8,7
Trabalho em rede	6	22,2	5,8
Integração necessária	6	22,2	5,8
Repasse de recursos financeiros	3	11,1	2,9
Apoio e referência técnica	3	11,1	2,9
<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>-</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados do grupo focal.

Elaboração: pelas autoras.

\*% – Percentual relativo do total de UR de cada categoria temática.

\*\*% – Percentual relativo do total de UR.

O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, sob parecer n. 3.333.085.

## Resultados

### Fatores favoráveis à implementação da PNEPS

O principal fator favorável à implementação da PNEPS, na atual conjuntura, é o PRO EPS-SUS, instituído com o objetivo de prover apoio técnico institucional e financeiro às instâncias locais, prevendo, aos estados e Distrito Federal (DF), incentivo de custeio para a elaboração de planos estaduais de EPS e, aos municípios e DF, incentivo para a execução de ações de EPS para as equipes da Atenção Básica. Também foram indicados como fatores favoráveis: a instituição da EPS como política por meio de normativa, o repasse de recursos pelo Governo Federal e o fortalecimento do protagonismo dos municípios.

No cenário atual, a própria Portaria do PRO EPS-SUS vem fortalecer muito a política, porque de alguma forma ela vinha adormecida. [...] fez com que os estados fizessem um movimento junto às suas regiões e, por sua vez, os municípios também, e isso contribuiu para que essa política fosse reaquecida, recolocada no *status* de agenda prioritária. (P3)

Esse processo de construção do plano, com recurso específico, política específica e prazo, favorece com que a gente coloque o tema na agenda de prioridade, coloque na pauta de novo e traga essa discussão. E isso se traduz em mais implementação. (P5)



Gostaria de complementar com relação à portaria do PRO EPS-SUS, que, além da riqueza do movimento ascendente de construção dos planos e de toda a energia que isso demandou em todo o Brasil e dos planos concretos enquanto produto, singulares dos estados, acho que a portaria traz uma outra coisa que é fortalecer o protagonismo dos municípios em pensar educação permanente. (P3)

Foi o fato de o próprio Ministério da Saúde colocar como política, em portaria. (P2)

Quando a PNEPS foi instituída com base muito sólidas. As diretrizes chegaram para o país inteiro e disse assim: “para que isso aconteça, precisamos criar espaços de articulação, interinstitucional e intersetorial”. Esse momento foi da maior relevância. (P10)

O que favorece é [...] o financiamento, o recurso. (P5)

Outros fatores apontados foram: o envolvimento dos trabalhadores que articulam a EPS em seus territórios de atuação; os espaços colegiados, em especial as Comissões Intergestores Regionais (CIR) – que são instâncias de cogestão no espaço regional com o objetivo de constituir um canal permanente e contínuo de negociação e decisão entre gestores municipais e o estado para a constituição de rede regionalizada<sup>12</sup> –; e as Comissões de Integração Ensino-Serviço (Cies), instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução, monitoramento e avaliação da PNEPS<sup>13</sup>. Nessa perspectiva, foi ressaltada a importância da parceria entre a CIR e a Cies, assim como da regionalização, sendo a CIR sua estrutura de governança.

O envolvimento do profissional que trabalha com EPS, com paixão, que faz com que as pessoas não desistam. Temos altos e baixos da EPS como pauta, mas há as pessoas que estão trabalhando com a EPS há muito tempo e elas estão sempre lutando e buscando para que a EPS seja sempre pauta, sempre tentando deixar viva essa chama e não se apagar. [...] o fator pessoal, profissional, técnico, aquela pessoa que é envolvida, o servidor que é comprometido naquela função faz com que esse movimento gere a implementação nos estados, às vezes no âmbito menor, nos municípios ou em outro local da ponta. (P13)

Um das coisas que facilitaram a implantação da PNEPS foi a regionalização, a possibilidade de as pessoas participarem na sua localregião, discutindo os seus problemas, verificando as suas necessidades e poderem, quando se tinham recursos, gerir as suas necessidades. (P1)

Os estados que têm espaços de negociação, como a CIR e CIB [Comissão Intergestores Bipartite], tiveram mais facilidade de unir o quadrilátero, de formar as Cies e tornar ela ativa e efetiva. (P7)

O quadrilátero da formação<sup>3</sup>, conformado pela articulação do ensino, serviço, gestão e controle social; o comprometimento do gestor; a EPS como variável de avaliação da Atenção Primária; a inclusão de uma área de EPS na estrutura organizacional das secretarias de saúde; e a existência de equipamentos de EPS, nomeadamente as escolas de saúde pública e as escolas técnicas, também foram citados como elementos que favorecem a implementação da PNEPS.

Eu acho que um outro ganho que a gente teve foi o envolvimento do gestor. A Portaria 1996/2007 chamou a responsabilidade para ele, enquanto a 198/2004 falava sobre consenso, mas não tinha essa obrigatoriedade do gestor [...]. Esse envolvimento do gestor, de ele estar presente, de ele ter que decidir, saber o que está acontecendo, acho que foi um grande ganho. (P1)

Ter o equipamento, a escola de saúde pública, as escolas técnicas, que também são elementos que favorecem a implementação e o desenvolvimento da PNEPS. (P7)

Essa questão do conceito do quadrilátero e essa lógica da política de funcionar, de se organizar, em que você não é só dependente do gestor – é lógico que é o gestor que propõe a política – mas a política tem todos esses atores que é o órgão de sustentação. Embora mude a gestão, a política está nos espaços institucionais, no Conselho Estadual de Saúde, nas instituições de ensino, Cosems [Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde]. Então, essa lógica do quadrilátero fortalece e favorece a implementação. (P7)

## Fatores que dificultam a implementação da PNEPS

Os elementos que dificultam a implementação da PNEPS são a interrupção do repasse de recursos pelo Governo Federal, desde 2011; e, no âmbito das esferas de governo, o desalinhamento conceitual sobre a EPS, a dificuldade para a execução dos recursos financeiros e a dificuldade de monitorar e avaliar as ações de EPS.

A falta de recursos sem dúvida é o maior dificultador. A última portaria era de 2007, e nós tivemos recursos até 2011. Quando a EPS estava se estruturando, os recursos não vieram mais. (P8)

Essa falta de compreensão por parte dos gestores, dos servidores, de todos os objetivos e propostas da política, que é muitas vezes confundida e pensam se tratar de apenas cursos e cursos. Isso é um desafio. (P12)



Eu queria trazer a questão com relação à dificuldade de operacionalização de recursos, dificuldade de cunho administrativo, burocrático, que acabou de alguma forma contribuindo também para que essa interrupção acontecesse. Porque os recursos vêm lá da Portaria 2200 e muitos não conseguiram executar integralmente. (P3)

Outro fator tem relação com os instrumentos de monitoramento e avaliação, porque é muito normativo. O que a gente faz dentro da política é aquilo que a gente já faz para a secretaria, que é normativo, não é uma avaliação de qualidade. (P14)

A rotatividade dos gestores em todas as esferas, a inexistência de apoio e de referência técnica, a baixa governança e a fragmentação das ações de EPS também foram apontados como obstáculos à implementação da PNEPS.

Os próprios gestores e a troca da gestão, [...] esses coordenadores regionais é que coordenam a regional e eles chegam lá sem saber qual é o papel deles. E à medida que eles vão conhecendo, se preparando, daí troca. Esse é um grande fator que dificulta: esse nosso sistema de gestão. (P8)

Poderia ter tido uma estratégia mais inteligente que seria o seguinte: suspendemos o recurso, mas vamos manter o apoio, vamos mandar os nossos técnicos ajudarem vocês, discutir com vocês e junto com vocês encontrar soluções para a aplicação do recurso. Mas não foi feito isso. (P10)

Se a área de educação permanente está dentro da área de recursos humanos, ela fica em um nível de hierarquia muito inferior no organograma, e aí perde governança. (P5)

Ademais, segundo os participantes, a pouca interlocução entre os instrumentos da política de gestão do trabalho e a área da educação na saúde também dificultam a efetiva implementação da política, já que ambas são interdependentes.

Não há uma política integrada. Há várias políticas. [...] Há muitos programas e políticas sobre esses eixos [educação e trabalho], mas que não são integrados. É muito difícil trabalhar isso hoje no país, porque há muitos espaços jurídicos, uma quantidade de elementos que se combinam. (P9)





## Proposições para o fortalecimento da PNEPS

Esta categoria foi composta pelas UR que denotaram proposições para o fortalecimento da PNEPS, as quais, de maneira geral, corroboram as categorias anteriores, já que se debruçam sobre os fatores que favorecem e dificultam a implementação da política. De tal modo, as recomendações se voltam para o papel do Governo Federal na manutenção do repasse de recursos e no apoio técnico voltado aos estados; para o fortalecimento do trabalho em rede e das instâncias colegiadas; e para a necessidade de integração entre as políticas de gestão do trabalho e as de gestão da educação na saúde.

É um conjunto de interesse, de comprometimento, de responsabilidade, de reconhecimento do teu papel dentro da área da gestão, do papel da secretaria, no sentido de fomentar a implementação, mas tudo isso associado ao recurso [...] cofinanciamento. (P8)

Temos [o Ministério da Saúde] que nos organizar no sentido de se aproximar dos estados e identificar todas as forças que têm ali naquele estado que pode fortalecer e cooperar com a implementação da política. Feito isso, sistematizar um apoio que seja possível. [...] estar em contato, fazer isso por telefone, por videoconferência, por visitas. (P10)

Trabalhar numa cooperação horizontal para criarmos sinergia. A gente fala tanto da EPS como troca de saberes e a gente faz isso muito pouco entre os estados, entre a gente mesmo. (P14)

Não sabíamos como gastar o dinheiro, um [estado] ajudou o outro, a gente fez seminário. Esse encontro em âmbito nacional é importante. Temos que saber quem coordena a EPS em cada estado e em que estágio ela está, pois em cada estado ela está diferente. É preciso [...] fazer troca de experiências. (P6)

É preciso fortalecer [...] as Cies. A nossa Cies estadual tem sido a nossa maior potencialidade na implementação da política. [...] fortalecer a integração ensino-serviço, aproximar ainda mais as instituições de ensino da gestão. Essa integração é potente. (P13)

São duas políticas que tem de estar inter-relacionadas, interlocução total, porque uma se propõe diretamente a pensar a força de trabalho do SUS, e pensar em força de trabalho não é só pensar em ter as pessoas do ponto de vista quantitativo nos lugares certos, é também preciso pensar nas necessidades de formação permanentes e que surgem no dia a dia, porque o SUS é muito dinâmico. (P3)

## Discussão

Os resultados desta pesquisa indicam que os elementos que favorecem, os que dificultam e os que podem fortalecer a implementação da PNEPS integram, de maneira geral, um mesmo conjunto que inclui os temas: financiamento; apoio técnico; integração institucional; articulação em redes regionais e colegiadas; e alinhamento conceitual. Tais temas também foram relacionados no estudo que apresenta os resultados do ciclo de oficinas, com representantes das diversas instituições envolvidas no planejamento, programação, execução e avaliação das ações de EPS, ocorrido no bojo do processo de retomada da PNEPS<sup>6</sup>. Na presente pesquisa, contudo, aparecem dois novos elementos favoráveis: o PRO EPS SUS, que derivou justamente do debate nacional empreendido sobre a PNEPS, e a normativa que a institui.

O PRO EPS-SUS chega após um intervalo expressivo (2007-2016) sem qualquer deliberação normativa institucional que possibilitasse alavancar o processo de implementação da PNEPS. Soma-se a isso, a partir do ano de 2011, a descontinuidade do apoio técnico e do repasse dos recursos da PNEPS aos estados, o que intensificou a fragilidade já percebida de seu processo de implementação, sobretudo no cenário das ESP<sup>14</sup>. Configurando-se como uma estratégia de fortalecimento das ações de EPS no território brasileiro e de promoção de processos de gestão na lógica do modelo de atenção à saúde, o programa teve adesão de todas as unidades federativas do país e de mais de 90% dos municípios brasileiros<sup>15</sup>.

No que tange à normativa que institui a EPS como uma política nacional, a necessidade de ela ser sustentada por dispositivo legal nasceu de um processo intenso de discussão que, mesmo conhecedor dos avanços empreendidos por diferentes iniciativas heterogêneas mobilizadoras de mudanças, reconheceu que essas atuavam de maneira desarticulada, de modo que não puderam promover uma cultura nacional de transformação<sup>16</sup>. A normativa propôs-se, então, a colocar em evidência o tema da educação e desenvolvimento de profissionais da saúde, incluindo e responsabilizando os diferentes segmentos e atores sociais e políticos na consolidação do SUS.

Nesse entendimento, a PNEPS convoca a integração dos quatro pilares estruturantes para a educação na saúde no SUS: o ensino, a gestão, a atenção e o controle social<sup>17</sup>, cujos interlocutores estão imbricados na realidade que se espera mudar e são, portanto, corresponsáveis pelos atos configurantes de mudança. É justamente a partir de relações interinstitucionais, pactuação e negociação que a PNEPS vem se materializando nos diferentes territórios<sup>14</sup>.

As instâncias colegiadas atuam como espaços inclusivos de diálogo, reflexão e problematização segundo uma lógica relacional horizontal. Nesse sentido, constituem-se dispositivos potentes para a PNEPS, bem como para a operacionalidade da regionalização, assumida como uma importante estratégia capaz de assegurar uma ação mais efetiva do SUS<sup>18</sup>. Os participantes deste estudo as consideraram como indispensáveis para a implementação e fortalecimento da PNEPS e como vetor para a integração dos campos da gestão do trabalho e da educação na saúde. A dissociação entre esses campos foi apontada por outros atores como uma dificuldade para a implementação da política.

O estabelecimento de convergências entre as áreas de trabalho e educação é indispensável para o fortalecimento das ações de EPS, maximizando, assim, o seu potencial e seu papel na produção de mudanças efetivas<sup>19,20</sup>. Para tanto, é preciso pôr em ato a cogestão a partir do efetivo funcionamento dos espaços colegiados, quer sejam eles deliberativos ou não, tendo-se a clareza de que as mudanças almejadas não ocorrerão sem esforço, luta, tempo e dedicação; e que qualquer proposta que se proponha coletiva e dialogada será entremeadada por tensões e disputas<sup>21</sup>.

No discurso dos atores da PNEPS se reconhece que os próprios trabalhadores podem costurar, em seus territórios, redes de apoio e discussão que conduzam ao fortalecimento das ações de EPS. Também se reclamou a participação e apoio do gestor, cuja rotatividade e baixa prioridade dada à EPS se traduzem em baixa governança e obstam o desenvolvimento da política, como já destacado por outros estudos<sup>13,14</sup>. A postura de não envolvimento do gestor pode ser explicada, ao menos em parte, pela falta de compreensão sobre o que de fato é a EPS. Essa falta de clareza não é característica apenas dos gestores, mas de boa parte do conjunto de atores que se insere no SUS e dos referenciais adotados que ainda denotam confusões conceituais entre educação continuada e educação permanente<sup>14,22</sup>.

O conceito de EPS adotado na região das Américas é recente e no Brasil só ganhou notoriedade a partir da publicação da PNEPS<sup>22</sup>, derivando, no entanto, do movimento da educação continuada e de muitos outros, de modo que faz inflexões e toma emprestadas diferentes abordagens teórico-metodológicas, a exemplo da problematização, aprendizagem significativa e educação popular<sup>3,23</sup>.

Por arraigar em sua proposta possibilidades múltiplas, plurais e não estanques, os atos de EPS que acontecem cotidianamente ainda são pouco documentados e reconhecidos como parte substancial de uma estratégia de mudança institucional. Nessa conjuntura, as ofertas educativas verticalizadas e normatizadas acabam por ser mais facilmente identificadas e compreendidas.

Ganham relevância, nessa conjuntura, os equipamentos de ensino do SUS, como as escolas de saúde pública e escolas técnicas, cujo conjunto representa um importante papel na configuração da PNEPS, tanto de suas bases conceituais como de seus dispositivos organizacionais. Como *locus* privilegiado para a formação dos trabalhadores do SUS, em conjunto com as demais estruturas de formação, podem trabalhar em prol da promoção e divulgação de desenhos educacionais construídos com e para o coletivo de atores do SUS, tal como sustenta a EPS.

Outra estratégia de suma importância para a compreensão da EPS, assim como de seu fortalecimento como política, é a adoção de mecanismos para o seu monitoramento e avaliação. Esses processos ainda são pouco implementados no Brasil e, em geral, possuem caráter pontual, embora se façam importante no campo das políticas de saúde, pois permitem medir o grau de implementação de uma intervenção e seus efeitos. Nesse sentido, monitorar e avaliar as ações de educação na saúde é, ao mesmo tempo, uma grande carência e uma ampla necessidade para o fortalecimento da PNEPS e, por consequência, da consolidação do SUS<sup>24</sup>.

No tocante às propostas para a implementação da PNEPS, além do retorno do repasse de recursos financeiros, segundo os participantes deste estudo, é essencial o posicionamento do Ministério da Saúde de modo que assuma o seu papel como ordenador da formação de RHS no país, com direcionamento claro sobre a política, orientações técnicas, apoio institucional e influência como protagonista na governança em saúde, com função de articulação contínua com os demais entes da federação. Sobre isso, é importante pontuar que, para muitos participantes do grupo focal, o apoio técnico é mais imprescindível do que o financeiro, pois o apoio técnico possibilita o reconhecimento e acolhimento de demandas locais como ponto de partida para a construção coletiva de alternativas de enfrentamento dos problemas identificados<sup>25</sup>. Nesse entendimento, o apoio é abrangente e envolve, entre outras, estratégias de orientação; educação; e suporte tecnológico e material.

Ademais, a pouca articulação entre os entes federativos no processo de implementação da PNEPS, constatada no grupo focal e evocada por outro estudo<sup>10</sup>, sugere a necessidade de serem empreendidos maiores esforços no cumprimento do pacto federativo estabelecido constitucionalmente e, em específico para a setor, no Pacto pela Saúde<sup>26</sup>. Este, inclusive, alça a política de RHS como eixo estruturante do SUS e insta o Ministério da Saúde, estados e municípios a se apoiarem e induzirem mudanças no campo da educação na saúde.

Cabe mencionar que o movimento de retomada da PNEPS, iniciado em 2017, conduziu iniciativas que tentaram driblar alguns dos entraves destacados pelos atores deste estudo; mas, mais do que isso, trouxe de volta o tema da EPS para o centro do debate, mesmo diante de uma conjuntura nacional inviabilizadora de avanços nesse sentido. Pode-se atribuir a esse fato os interesses da gestão federal, que convergiram com as instâncias estaduais e municipais, em conjunto com o controle social, em um movimento articulado e sustentado na governança, em consonância com recomendações de organismos internacionais.

Frente ao exposto, destaca-se a importância da continuidade do movimento de retomada e de indução da implementação na PNEPS, bem como de seu monitoramento e avaliação, de modo que as ações desencadeadas não sejam interrompidas, o que acarretaria retrocesso, face ao observado nos anos anteriores<sup>7</sup>.

## Conclusão

O estudo evidenciou que, para a implementação da PNEPS como estratégia para o desenvolvimento de RHS no Brasil, um conjunto de medidas precisa ser mantido e fortalecido, enquanto outro precisa ser revisto e reconfigurado. Entre os elementos que precisam ser assegurados, já que favorecem a implementação da PNEPS, estão o financiamento, que assegura o repasse de recursos aos municípios e estados, e os espaços colegiados de gestão. De outro lado, o desalinhamento conceitual da EPS e a fragmentação das ações e das áreas que compõem a política de RHS foram considerados desafios que precisam ser superados.

Mais ainda, faz-se premente o estabelecimento de mecanismos, por parte da gestão federal, que sejam compatíveis com as necessidades de estados e municípios quanto à operacionalização da política nos territórios, a exemplo do apoio técnico e

de instrumentos de monitoramento e avaliação. Recolocar a pauta da PNEPS como prioridade na agenda da educação na saúde é, sem dúvida, o fator mais importante e ao mesmo tempo mais desafiador para a sua implementação.

É inegável que o processo de concepção da PNEPS, por parte da gestão federal, e a sua condução envolvendo os mais distintos atores, constituem-se processos imprescindíveis para a sua implementação. Sabe-se, no entanto, que a operacionalização de uma política dessa magnitude, que se propõe a ser o eixo transformador e estruturante para o fortalecimento do SUS, revela e enfrenta inúmeros desafios. Esses, para serem superados, acabam por demandar uma série de estratégias adicionais que conduzem para o alcance do objetivo principal, no caso na PNEPS, promover alterações nas práticas de saúde dominantes e, como efeito, melhorar os resultados de saúde da população.

### Contribuições das autoras

Cláudia Brandão Gonçalves Silva participou da concepção, planejamento, coleta de dados, análise e interpretação dos dados, discussão dos dados, redação e aprovação do manuscrito. Magda Duarte dos Anjos Scherer participou da concepção, planejamento, discussão dos dados, redação e aprovação do manuscrito.

### Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY ([https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)).



## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.
2. Ferraz F, Backes VMS, Mercado-Martinez FJ, Feuerwerker LCM, Lino MM. Gestão de recursos financeiros da educação permanente em saúde: desafio das comissões de integração ensino-serviço. *Cienc Saude Colet*. 2013; 18(6):1683-93.
3. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface (Botucatu)*. 2005; 9(16):161-77.
4. França T, Medeiros KR, Belisario SA, Garcia AC, Pinto ICM, Castro JL, et al. Política de educação permanente em saúde no Brasil: a contribuição das comissões permanentes de integração ensino-serviço. *Cienc Saude Colet*. 2016; 22(6):1817-28.
5. d'Ávila LS, Assis LN, Melo MB, Brant LC. Adesão ao programa de educação permanente para médicos de família de um Estado da Região Sudeste do Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2014; 19(2):401-16.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018.



7. França T, Magnago C. Políticas, programas e ações de educação na saúde: perspectivas e desafios. *Saude Debate*. 2019; 43 Spe 1:4-7.
8. Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Resolução CSP29/10: estratégia de recursos humanos para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde. Washington, DC: OMS/OPAS; 2017.
9. Brasil. Presidência da República. 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. *Diário Oficial da União*. 20 Set 1990.
10. Gonçalves CB, Pinto ICM, França T, Teixeira CF. A retomada do processo de implementação da política nacional de educação permanente em saúde no Brasil. *Saude Debate*. 2019; 43 Spe 1:12-23.
11. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2011.
12. Santos AM, Giovannella L. Governança regional: estratégias e disputas na gestão da região da saúde. *Rev Saude Publica*. 2014; 48(4):622-31.
13. França T, Belisário SA, Medeiros KR, Pinto ICDM, Garcia ACP. Limites e possibilidades das comissões permanentes de integração ensino-serviço: percepções dos gestores. *Saude Debate*. 2017; 41 Spe 3:144-54.
14. Cardoso MLDM, Costa PP, Costa DM, Xavier C, Souza RMP. A política nacional de educação permanente em saúde nas escolas de saúde pública: reflexões a partir da prática. *Cienc Saude Colet*. 2017; 22(5):1489-500.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Manual técnico 2018 - Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS - PRO EPS-SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da 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: pólos de educação permanente em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
17. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*. 2004; 14(1):41-65.
18. Viana ALD, Lima LD. Regionalização e relações federativas na política de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Contracapa; 2011.
19. Lopes MTSR, Labegalini CMG, Silva MEKD, Baldissera VDA. Educação permanente e humanização na transformação das práticas na atenção básica. *REME Rev Min Enferm*. 2019; 23:e-1161.
20. Lopes MTSR, Labegalini CMG, Baldissera VDA. Educar para humanizar: o papel transformador da educação permanente na humanização da atenção básica. *Rev Enferm UERJ*. 2017; 25:e26278.
21. Slomp Junior H, Merhy EE, Seixas CT, Cruz KT, Bertussi DC, Baduy RS. Mágica ou magia? Colegiados gestores no Sistema Único de Saúde e mudanças nos modos de cuidar. *Interface (Botucatu)*. 2019; 23:e170395.
22. Cavalcanti FDOL, Guizardi FL. Educação continuada ou permanente em saúde? Análise da produção Pan-Americana da Saúde. *Trab Educ Saude*. 2018; 16(1):99-122.
23. Nespoli G, Ribeiro VMB. Discursos que formam saberes: uma análise das concepções teóricas e metodológicas que orientam o material educativo de formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2011; 15(39):985-96.



24. Carvalho ALB, Souza MF, Shimizu HE, Senra IMVB, Oliveira KC. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. *Cienc Saude Colet*. 2012; 17(4):901-11.
25. Andrade MC, Castanheira ERL. Cooperação e apoio técnico entre estado e municípios: a experiência do programa articuladores da atenção básica em São Paulo. *Saude Soc*. 2011; 20(4):980-90.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.

---

Under the aegis of the restarting movement of the policy of Permanent Education in Health (CEH), this study gives voice to the actors that promote it, in order to understand the factors that favored or hindered its implementation. Through a focus group of 14 key informants, it was evidenced that the transfer of resources and collegiate spaces are elements that favor the implementation of the policy and need to be ensured. At the same time, challenges that need to be overcome are the conceptual misalignment of what CEH is and the fragmentation of policy actions and areas. Putting Permanent Education policy as a priority on Health Education agenda is the most important and, at the same time, the most challenging factor for its implementation.

**Keywords:** Permanent Education in Health. Health system. Public policy.

---

Bajo la cúpula del movimiento de retomada de la política de Educación Permanente en Salud (EPS), este estudio dio voz a los actores que la promueven con el objetivo de comprender los factores que favorecieron o dificultaron su implementación. Por medio de un grupo focal con 14 informantes clave quedó claro que el traspaso de recursos y los espacios colegiados son elementos que favorecen la implementación de la política y que hay que asegurar. Al mismo tiempo, el desalineamiento conceptual sobre lo que sería la EPS y la fragmentación de las acciones y de las áreas que componen la política son retos por superar. Replantear la política de Educación Permanente como prioritaria en la agenda de la Educación en Salud es el factor más importante y al mismo tiempo más desafiador para su implementación.

**Palabras clave:** Educación permanente en salud. Sistema de salud. Política pública.

Submetido em 18/12/19.  
Aprovado em 01/05/20.