

1 2 9 0



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Maria de Lourdes Carvalho

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO
ESTADO DO MARANHÃO: CONDIÇÕES DE
IMPLEMENTAÇÃO E PERSPECTIVAS DOS
GESTORES REGIONAIS DE SAÚDE**

Tese no âmbito do doutoramento em Ciências da Educação, na especialidade Educação, Desenvolvimento Comunitário e Formação de Adultos, orientada pelo Professor Doutor Joaquim Luís Medeiros Alcoforado, apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Dezembro de 2022

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de
Coimbra

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO ESTADO DO MARANHÃO: CONDIÇÕES DE IMPLEMENTAÇÃO E PERSPECTIVAS DOS GESTORES REGIONAIS DE SAÚDE

Maria de Lourdes Carvalho

Tese no âmbito do doutoramento em Ciências da Educação, na especialidade Educação, Desenvolvimento Comunitário e Formação de Adultos, orientada pelo Professor Doutor Joaquim Luís Medeiros Alcoforado, apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

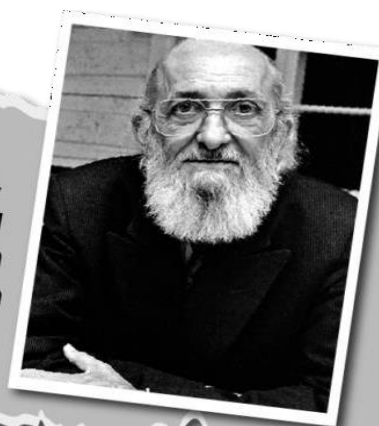
Dezembro de 2022

DEDICATÓRIA



“Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção. Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender.”

Paulo Freire



Concordo com o ensinamento de Paulo Freire e acredito na transformação do conhecimento a partir da possibilidade de cada pessoa/profissional em construir e transformar saberes. Neste sentido, dedico este trabalho a todos os gestores, profissionais de saúde, educadores, representantes do controle social, e todas as instâncias promotoras de Educação Permanente em Saúde que contribuem para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

AGRADECIMENTOS

A Deus por me permitir realizar este grande desafio;

À minha mãe, Isabel Carvalho, por me ensinar o verdadeiro sentido de seriedade, honestidade e determinação; ao meu pai, Manoel Lopes Barbosa (*in memoriam*), que mesmo em seu pouco tempo de vida, ensinou-me o valor da paciência, da calma, e especialmente de carinho e amor;

Aos meus irmãos: Júlia, Messias, Márcia, Itean e Flaviano pela nossa união e ainda pelo respeito e atenção que deferem a mim;

Ao meu esposo e minha enteada pelo companheirismo e principalmente por compreenderem meus momentos de ausência;

À prima, Márcia Barbosa, primeira pessoa responsável por eu atravessar o Atlântico, para, da mesma forma que ela, buscar um título de doutora na tão renomada Universidade de Coimbra e ainda por juntamente com seu esposo, Francisco Cerqueira, ajudarem-me nesta jornada com acolhimento, cuidados, e especialmente por me ensinarem muito da cultura portuguesa;

Aos meus colegas de turma e especialmente os brasileiros, Marco Antônio e Thalita – a intitulada chefe de turma – que foi minha cicerone na cidade de Coimbra. Obrigada Doutora Thalita;

A Márcia Marques que é uma arquiteta por formação, mas é a pessoa que mais entende da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde com quem tive oportunidade de trabalhar, é alguém que me fez despertar para o conhecimento desta política e construir esta tese;

À Diretoria da Escola Técnica do SUS do Maranhão pela contribuição na fase inicial desta tese;

À equipe da Escola de Saúde Pública do Maranhão com quem também trabalhei e vejo a continuação da execução de ações de Educação Permanente em Saúde;

Ao Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão pela liberação para realização deste projeto de vida, especialmente os setores que me incentivaram para conclusão desta tese;

Aos Gestores de Regionais de saúde do SUS, e aos coordenadores de Núcleos de Educação Permanente em Saúde pela participação na construção da pesquisa;

Ao meu orientador, Luís Alcoforado, que aceitou o desafio de trabalhar comigo nesta jornada de Educação Permanente em Saúde. Sou grata pela condução, paciência, acolhimento e disponibilidade de sempre;

A todas as pessoas que contribuíam com a elaboração deste trabalho, mesmo que de forma indireta, meu muito obrigada!

RESUMO

A Educação Permanente surgiu na década de setenta do século XX, sob a égide da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), como um projeto global e unificador que tenta contribuir para o desenvolvimento pessoal, social e profissional, ao longo e em todos os espaços de vida das pessoas, com a finalidade de melhorar a sua qualidade de vida e das comunidades a que pertencem. As atividades da educação de adultos não têm fronteiras teóricas, incluindo, portanto, a educação cívica, política, sindical, cooperativa, técnica, cultural, artística e profissional-objeto desta pesquisa. Com essa linha de pensamento, especialmente a de que a educação não possui fronteiras, esta tese tem como foco a Educação Permanente no contexto profissional da saúde. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), no Brasil, criada pela Resolução nº 335, de 27 de novembro de 2003 e redefinida pela Portaria 1996/2007, constitui-se, quer como a elevação de responsabilidades por parte do Estado no redirecionamento necessário de uma legislação que coloque nos seus objetivos a saúde e não a doença, quer como apropriação da ambição pelos profissionais e do modelo de atenção proposto pelo SUS, de consolidação de formas de aprendizagem e construção de conhecimento com repercussão imediata na vida das pessoas. E está ancorada num quadrilátero formado por ensino, gestão, atenção e controle social que são articulados e interagem na produção de novos saberes e práticas. Considerando o contexto mencionado e tentando responder a alguns questionamentos tais como por que não há informações sobre setor específico de educação permanente no Maranhão? Qual o conhecimento dos gestores de regionais de saúde sobre a PNEPS? por que os núcleos de educação permanente em saúde não foram identificados como setores de execução da PNEPS no Maranhão? esta pesquisa objetivou problematizar, a partir da percepção dos Gestores das Regionais de Saúde, e de membros atuante nos núcleos de educação permanente em saúde a implementação e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde em seus respectivos sítios de atuação. Para o atendimento a este desenho, foi elaborado um referencial teórico sobre a PNEPS, caracterizando desde o contexto histórico, político e as ações de educação, bem como foram elaborados três artigos. Trabalhou-se com as pesquisas qualitativas e quantitativas. Para recolha de dados, realizou-se análise de conteúdo junto a respostas dos gestores de regionais de saúde sobre qual seu entendimento da Política

nacional de educação permanente , bem como foi elaborado questionário usando escala, tipo Likert, sobre atuação dos núcleos de educação permanente em saúde que existem em cada unidade e saúde do Estado do Maranhão e finalmente foi realizada uma revisão sistemática sobre as ações e estratégias desenvolvidas e relatadas na literatura científica nos últimos 05 anos de ações de Educação Permanente em saúde em instituições brasileiras. As conclusões dos estudos mostraram que a concepção dos gestores das regionais de saúde sobre Política de Educação Permanente em Saúde ainda é incipiente, uma vez que os gestores de regionais ainda têm dificuldade na conceituação da Educação Permanente em Saúde.No entanto, para os gestores de Núcleos de Educação Permanentes em saúde (NEPS), as ações realizadas possuem vinculação com a Política Nacional de Educação Permanente em saúde e que os NEPS possuem organização e planejamento na atuação e esses gestores percebem a importância do NEPS na assistência à saúde. Mas há a necessidade de monitoramento e avaliação das ações de educação permanente, bem como de avaliação dos resultados destas ações. Coma revisão sistemática, ficou evidenciado que a EPS é a transformação real das práticas em saúde, uma vez que as atividades educativas são construídas a partir da análise coletiva nos processos de trabalho, na valorização do cotidiano como guia das implementações, a partir de estratégias contextualizadas e participativas. Portanto, para a efetiva implementação da EPS no Maranhão, será necessário o conhecimento dos gestores de regionais sobre a Política Nacional de educação permanente em saúde, que os NEPS realizem avaliação e monitoramento de suas ações para que os registros das ações de educação permanente em saúde no Maranhão sejam evidenciados.

Descritores: Educação Permanente em Saúde. Educação. Políticas Públicas de Educação para a Saúde.

ABSTRACT

Permanent Education emerged in the seventies of the XX century under the aegis of the United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO) as a global and unifying project that tries to contribute to personal, social and professional development throughout and in all areas of people's lives, to improve their quality of life and that of the communities to which they belong. Adult education activities do not have theoretical boundaries, including civic, political, trade union, cooperative, technical, cultural, artistic and professional Education - the object of this research. With this line of thought, especially since Education has no borders, this thesis focuses on Permanent Education in the professional context of health. The National Policy for Permanent Education in Health (PNEPS) in Brazil, created in 2007, is constituted either as the elevation of responsibilities on the part of the State in a necessary redirection of legislation that puts health and not illness among its objectives, either as appropriation of ambition by professionals and the care model proposed by the SUS, of consolidation of forms of learning and construction of knowledge with immediate repercussions on people's lives. And it is anchored in a quadrilateral formed by teaching, management, care and social control that are articulated and interact in the production of new knowledge and practices. In this context and trying to answer some questions, such as why is there no information about the specific permanent education sector in Maranhão? What is the knowledge of regional health managers about PNEPS? Why were the permanent health education centers not identified as PNEPS execution sectors in Maranhão? This research aimed to problematize, from the perception of the Managers of the Health Districts and members active in the centers of permanent Education in health, the implementation and development of the Policy of Permanent Education in Health in their respective places of action. To this, a theoretical framework on the PNEPS was developed, characterized by the historical and political context and the educational activities, and three articles were prepared. We worked with qualitative and quantitative research. For data collection, content analysis was carried out with the responses of regional health managers about their understanding of the National Policy on Permanent Education, as well as a questionnaire was prepared using a Likert-type scale on the performance of the Permanent Education Centers in health that exist in each unit and health in the State of Maranhão. Finally, a systematic review was carried out on the actions and strategies

developed and reported in the scientific literature in the last 05 years of Permanent Education actions in health in Brazilian institutions. The conclusions of the studies showed that the conception of the regional health managers about Permanent Education in Health Policy is still incipient since the regional managers still have difficulty conceptualizing Permanent Education in Health. However, for the managers of the Centers for Permanent Education in Health (NEPS), the actions carried out are linked to the National Policy for Permanent Education in Health and that the NEPS have organization and planning in their work, and these managers perceive the importance of NEPS in health care. But there is a necessity for monitoring and evaluating permanent education actions and assessing the results of these actions. With the systematic review, it was evidenced that EPS is the fundamental transformation of health practices since the educational activities are built from the collective analysis in the work processes, in the valuation of the daily life as a guide of the implementations, from strategies contextualized and participatory. Therefore, for the adequate performance of EPS in Maranhão, it will be necessary for regional managers to know about the National Policy on Permanent Health education for NEPS to evaluate and monitor their actions so that the records of permanent health education actions in Maranhão are highlighted.

Descriptors: Permanent Health Education. Education. Public Health Education Policies.

SIGLAS

| | |
|-------------|--|
| CGR | Colegiado de Gestão Regional |
| CIES | Comissão de Integração Ensino e Serviço |
| CIR | Comissões Intergestoras Regionais |
| CF | Constituição Federal |
| ETSUS/MA | Escola Técnica do SUS do Maranhão |
| GEPEN | Grupo de Educação Permanente em Enfermagem |
| MS | Ministério da Saúde |
| NEPS | Núcleos de educação Permanente em Saúde |
| UNESCO | Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PAREPS | Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde |
| PNEPS | Política Nacional de Educação Permanente em Saúde |
| PRO EPS-SUS | Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde |
| SES/MA | Secretaria de Estado da Saúde |
| UPAs | Unidades de Pronto Atendimento |

SUMÁRIO

| | |
|--|------------|
| 1 APRESENTAÇÃO | 11 |
| 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 15 |
| 2.1. Educação Permanente | 15 |
| 2.2 Histórico da educação em saúde no Brasil..... | 18 |
| 2.3 Políticas de educação em saúde no Brasil | 24 |
| 2.4 Política Nacional de Educação permanente em saúde (PNEPS): aspectos legais e contexto de funcionamento..... | 27 |
| 2.5 A PNEPS no contexto do estado do Maranhão – Brasil..... | 40 |
| 3 PERCURSO METODOLÓGICO | 46 |
| 3.1 Local do estudo | 46 |
| 3.2 Percurso metodológico – Estudo 1 | 48 |
| 3.3 Percurso metodológico – Estudo 2 | 52 |
| 3.4 Percurso metodológico – Estudo 3 | 53 |
| 4 RESULTADOS..... | 55 |
| 4.1 Artigo 1 – PERCEPÇÃO DOS GESTORES REGIONAIS DE SAÚDE SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO ESTADO DO MARANHÃO, BRASIL | 55 |
| 4.2 Artigo 2 – PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS SOBRE A ATUAÇÃO DO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO ESTADO DO MARANHÃO – BRASIL..... | 77 |
| 4.3 Artigo 3 – EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO BRASIL: REVISÃO SISTEMÁTICA..... | 99 |
| 5 FORMULAÇÕES CONCLUSIVAS | 123 |
| REFERENCIAS..... | 127 |
| APÊNDICES | 132 |
| APÊNDICE A. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 133 |
| APÊNDICE B. QUESTIONÁRIO APLICADO..... | 134 |
| APÊNDICE C. PARECER CONSUBSTANCIADO | 138 |

1 APRESENTAÇÃO

Todos os seres humanos possuem, em sua essência, conhecimentos e habilidades que certamente podem ser modificados e/ou transformados a fim de tornar significativo aquilo que aprendem ou transformam. Foi com esta perspectiva que iniciei este trabalho, buscando resgatar conhecimentos que me possibilitassem despertar para buscar, na Educação Permanente, significados capazes de estimular discussão de uma política brasileira de educação que transforma o trabalho dos profissionais da saúde.

Nesta perspectiva, descrevo a minha trajetória e meu envolvimento com a área da educação e a área da saúde para assim dar sentido ao fato de uma enfermeira buscar doutoramento em educação de jovens e adultos e mais especificamente em educação permanente.

Minha primeira formação superior foi escolhida pela área de educação, mais especificamente nas ciências das letras, com o intuito de formação de professora com habilitação em língua portuguesa/brasileira, literatura e a língua estrangeira inglês. Ainda durante a faculdade de letras, realizei meu maior desejo com aquela formação: ensinar a língua portuguesa.

No entanto, uma inquietação me dominava, ao mesmo tempo que me atraía referente ao trabalho desenvolvido pela área da saúde. E, sem hesitar, busquei formação na área da enfermagem. Com a formação concluída em enfermagem, iniciei trabalho no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, estado da federação brasileira onde nasci. E naquela instituição, iniciei atividades de assistência e posteriormente fui indicada para realizar trabalho na gestão da enfermagem.

No percurso da gestão, comecei a buscar novos cursos de formação, exigidos, também, pelo cargo que ocupava. Deparei-me, neste percurso, com os seguintes desafios: curso de aperfeiçoamento em segurança do paciente com ênfase em metodologias ativas; curso de aperfeiçoamento em processos educacionais na saúde e especialização em processos educacionais na saúde.

No entanto, comecei a perceber, com aqueles cursos, que os processos de aprendizagem eram específicos para transformar conhecimentos, uma vez que os profissionais que estavam ali, já os possuíam e que apenas estavam sendo transformados durante a execução de seus trabalhos.

E após algumas buscas e ainda de posse de alguns conhecimentos, organizei, juntamente com equipes de enfermagem no Hospital Universitário, o Grupo de Educação Permanente em Enfermagem (GEPEN)¹. Este grupo representou grande diferencial para realizar acolhimento e treinamentos de equipes na instituição, bem como realizar as transformações no modo de trabalhar das equipes que atuavam no hospital proporcionando melhorias na assistência de enfermagem.

Meu interesse pela educação permanente foi mais aguçado quando fui convidada a fazer a coordenação pedagógica da Escola Técnica do Sistema Único de Saúde do Maranhão (ETSUS/MA)² pois, naquela função, novos aprendizados vieram e veio, também, o conhecimento de que as escolas técnicas do SUS brasileiras nasceram com o propósito de formar técnicos em agentes comunitários de saúde. E a essência desta formação estava ancorada em uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)³.

Durante o trabalho na ETSUS/MA, na ordenação pedagógica, fui responsável pela formação de docentes para desenvolverem ações de educação permanente. E assim, muitos profissionais da área da saúde foram capacitados para transformar seus conhecimentos e as suas práticas laborais.

Paralelo a essas formações, alguns profissionais da ETSUS/MA também realizaram formação como mestrado profissional com temas em educação permanente em saúde. E sempre eram realizadas discussões sobre a PNEPS e cada vez mais este tema era desafiador para mim.

Em 2019, a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão (SES/MA) editou a criação da Escola de Saúde Pública do Maranhão (ESP/MA)⁴ para ampliar as ações

¹ GEPEN-grupo de educação permanente em enfermagem- uma exigência para todos os chefes de divisão de enfermagem da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares(EBSERH) - uma estatal brasileira responsável pela gestão dos hospitais Universitários brasileiros.

² - ETSUS/MA - A ETSUS/MA-Pertence a uma rede nacional de escolas técnicas e foi criada no Maranhão para realização de formação em áreas técnicas da saúde, localiza na Rua do Giz nº 312 (entrada principal) e Rua da Estrela nº 415 (entrada secundária) no Centro Histórico de São Luís, capital do Estado do Maranhão, e, possui em sua estrutura física uma Direção Geral, uma Secretaria Escolar, um Departamento Jurídico, uma Coordenação Administrativa e Financeira, Coordenação Técnico-Pedagógica, Coordenação de Cursos, Núcleo Estratégico de Desenvolvimento Docente (NEDD) e Câmara Técnica de Apoio Matricial e Biblioteca (CUNHA, 2017, p. 32).

³ -PNEPS- Para criação legal desta política, foram editadas duas portarias com o fim de institucionalizar a Política Nacional de Educação Permanente na Saúde que foram: a Portaria GM/MS nº 198 de 13 de fevereiro de 2004 e, posteriormente, a Portaria GM/MS nº 1.996 de 2007.

⁴ ESP/MA- Pertence a uma rede nacional de escolas de saúde pública, com foco na ampliação da formação dos trabalhadores da saúde, ampliando o escopo para formação superior e pós graduação, proposta pelo Governador do Maranhão, por meio do Projeto de Lei Estadual nº 11.114, de 02 de outubro de 2019, tratando, portanto, de uma unidade administrativa integrante da Secretaria de Estado da Saúde (SES/MA) com a finalidade de promover a formação, o desenvolvimento de pessoal

de Educação permanente a serem realizadas no Estado, com abrangência na formação superior e ampliando ainda mais as ações em nível técnico.

Ocorre que para efetivação da PNEPS, há recomendação da organização das Comissões Intergestoras Regionais (CIR)¹ e de Comissão de Integração Ensino e Serviço (CIES);² no entanto, no Maranhão, não há a estruturação das CIES. Logo, essas exigências são desafios incontornáveis porque nesse contexto, a PNEPS está longe de ter sido efetivada na sua totalidade e potencial no Maranhão. Esta afirmação é corroborada por uma pesquisa multicêntrica realizada no Brasil (França et al., 2016) que ao analisar a implementação PNEPS pelas secretarias de estado da saúde brasileiras, mostrou que das 27 secretarias estaduais de saúde, em sete não foi relatada qualquer existência de setor específico de Educação Permanente em Saúde, em sua estrutura organizacional, e o estado do Maranhão integra o grupo dos sete estados mencionados.

No entanto, no Maranhão, a Escola Técnica do SUS/MA, a ESP/MA e demais áreas técnicas da Secretaria de Saúde realizam ações atendendo a alguns princípios e diretrizes da PNEPS, embora não exista CIES.

Na configuração da gestão de saúde do Maranhão, os gestores das regionais de saúde são responsáveis pelas informações das ações de educação permanente realizadas nas regionais sobre sua responsabilidade. E cada unidade de saúde possui em sua estrutura de organograma de trabalho um núcleo de educação permanente em saúde. Considerando as informações acima expressas, surgiram alguns questionamentos, tais como: **por que não há informações sobre setor específico de educação permanente no Maranhão? Qual o conhecimento dos gestores de regionais de saúde sobre a PNEPS? Por que os núcleos de educação permanente em saúde não foram identificados como setores de execução da PNEPS no Maranhão?**

Ancorada nos questionamentos anteriores citados e por trabalhar na Escola Técnica do SUS do Maranhão e também na Escola de saúde Pública do Maranhão, com ações de Educação Permanente em Saúde, e ainda diante do desafio de elaboração desta tese, definir como objetivo geral **problematizar, a partir da percepção dos Gestores das Regionais de Saúde, e de membros atuante nos núcleos de educação permanente em saúde a implementação e**

¹ CIR- Comissão intergestoras regional

² CIES-comissão de integração ensino e serviço.

desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde em seus respectivos sítios de atuação.

E para atingir o objetivo proposto, conforme estabelecemos no projeto de pesquisa, desenhamos especificamente os seguintes objetivos:

Identificar a percepção dos gestores de regionais sobre a Educação Permanente em saúde

Verificar conhecimento, percepção, organização, ações realizadas e principais dificuldades observadas pelos Núcleos de Educação Permanente em Saúde do estado do Maranhão-Brasil.

Verificar ações e estratégias desenvolvidas e relatadas na literatura científica nos últimos 05 anos de ações de educação permanente em saúde em instituições brasileiras

Diante da inquietação sobre Educação Permanente em Saúde, surgiu a opção pelos estudos na Universidade de Coimbra, pois aquele período fora lançado edital de seleção para doutoramento em educação, desenvolvimento comunitário e formação de Adultos. Emerge, então meu sonho de estudar numa instituição das mais honradas da Europa e que possui forte tradição associada à contemporaneidade e inovação, e por ser uma instituição com muita expertise em investigação e me permitir mergulhar no âmbito da educação. Estava diante de uma oportunidade de buscar conhecimentos sobre educação permanente e mais, especificamente, analisar a Política Brasileira de Educação Permanente em Saúde e suas condições de implantação no estado do Maranhão.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. Educação Permanente

A Educação Permanente surgiu na década de setenta do século XX, sob a égide da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), como um projeto global e unificador que tenta contribuir para o desenvolvimento pessoal, social e profissional, ao longo e em todos os espaços de vida das pessoas, com a finalidade de melhorar a sua qualidade de vida e a das comunidades a que pertencem (Simões, 1979; Osorio, 2003; Alcoforado, 2014).

Especialmente a partir do conjunto de ideias que corporizou esse movimento, ficou claro que as atividades deviam ser entendidas de uma maneira muito mais abrangente, compreendendo novos espaços, tempos e concepções. Na verdade, enquanto a atividade de ensino corresponde a uma formação socializadora, baseada na aquisição de saberes, habilidades técnicas e pensamentos (Bomfim et al., 2014), a educação se identifica com todos os processos, eventos, atividades e condições, que suportam, dão sentido e promovem a aprendizagem e a mudança, individual, ou coletiva (Alcoforado, 2014).

Neste sentido, educação deve também ser pensada a partir dos contextos locais, para que possam ser garantidos os recursos educativos necessários, os espaços de vida suficientemente desafiadores e o acompanhamento a todos os que necessitam de ajuda para dar sentido às suas aprendizagens contínuas, incluindo-as em projetos realistas e desafiantes, de transformação pessoal e social (Alcoforado, 2014).

No contexto da educação permanente, as atividades da educação de adultos não têm fronteiras teóricas, incluindo, por isso mesmo, a educação cívica, política, sindical e cooperativa, técnica e profissional, cultural e artística (Arroyo, 2005). E com essa linha de pensamento, especialmente a de que a educação não possui fronteiras, esta tese busca focar em Educação Permanente no contexto profissional.

Portanto, a Educação Permanente pretende reforçar a ideia de que a educação não pode parar em nenhuma idade e se deve, necessariamente, alargar a todos os espaços, comunidades e dimensões da vida das pessoas (Alcoforado, 2014).

A saúde é uma dessas dimensões fundamentais. Definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um estado de completo bem-estar físico, mental e

social e não somente ausência de afecções e enfermidades, ela foi considerada pelas Conferências de Educação de Adultos, promovidas pela UNESCO, como um dos campos prioritários de ação, para a promoção das transformações individuais e coletivas, capazes de induzir formas de desenvolvimento integrado e sustentável.

Neste sentido, se, como afirma *World Health Organization* (WHO, 2016), a saúde é um valor coletivo, um bem de todos, devendo cada um gozá-la individualmente, sem prejuízo de outrem e, solidariamente, com todos, a saúde configura-se em um importante indicador de como funcionam os diversos grupos sociais, e da efetividade das políticas públicas (Carvalho, 2013).

A educação em saúde constitui um instrumento para a promoção da qualidade de vida de indivíduos, famílias e comunidades por meio da articulação de saberes técnicos e populares, de recursos institucionais e comunitários, de iniciativas públicas e privadas, superando a conceituação biomédica de assistência à saúde e abrangendo multideterminantes do processo saúde-enfermidade-cuidado (Sousa et al., 2010). Portanto, importante entender que ações de educação em saúde buscam englobar os processos da vida humana, tais como reprodução, natalidade, mortalidade incapacidades biológicas e até o meio ambiente, ou seja, as ações de saúde têm como objeto principal a vida (Melo & Oliveira, 2017).

Quanto ao cenário, essas ações de saúde procuram atingir a comunidade, as ruas, o bairro, as cidades. Assim, os compromissos adotados para a formação em saúde se baseiam na compreensão das ciências numa perspectiva que rompe com o caráter instrumental e/ou acessório dos conteúdos e metodologias próprias dos campos científicos, formando uma construção reflexiva e crítica sobre as práticas em saúde a partir dos condicionantes biológicos e culturais, do trabalho, das relações sociais, das condições de produção, de vida nas sociedades (Batista, 2012).

Entende-se, portanto, que para promover a educação em saúde, também é necessária educação voltada para os profissionais de saúde como afirmam (Falkenberg et al., 2014), entendendo-se que há duas modalidades de educação no trabalho em saúde: a educação continuada e a educação permanente. A educação continuada é o aprendizado na busca de aperfeiçoamento cotidiano, socialmente ou no trabalho; educação permanente significa aprendizado no trabalho, tendo o aprender e o ensinar incorporados ao cotidiano das organizações com vistas à transformação da prática (Ferraz, Vendruscolo & Maemett, 2014).

Nesse sentido, Rodrigues (2012) ressalta a importância do reconhecimento da aprendizagem mediada no complexo processo de desenvolvimento da cadeia educativa indo da gestão da informação à construção de conhecimento e sabedoria para agir, promovendo a formação de mediadores com perfil diferenciado, focados no crescimento das pessoas, capacitados em técnicas de mediação e acompanhamento capazes de desenvolver programas e envolver pessoas que possam expressar todo o seu potencial criativo.

Para contribuir com o contexto, acima mencionado, elucida-se a ideia de que a Educação Permanente em Saúde (EPS) está ancorada num quadrilátero formado por ensino, gestão, atenção e controle social que são articulados e interagem na produção de novos saberes e práticas (Ceccim & Feuerwerker, 2008).

Os profissionais de saúde, inseridos na rede pública do Brasil, compõem uma comunidade que desenvolve ações de saúde e de educação junto aos pacientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), mas, para, além disso, essa comunidade deverá incluir no desenvolvimento das suas profissões e preocupações a construção de respostas que se preocupem, de forma predominante, com a saúde e com as variáveis capazes de promovê-la continuamente, numa sociedade onde as responsabilidades cidadãs, os hábitos de lazer e principalmente as condições, os ritmos e as formas de trabalho se vêm alterando significativamente (Paiva, Gomes & Helal, 2015).

Na visão de Paiva et al. (2015), essas transformações, ainda devem, necessariamente, envolver os serviços de educação e saúde, entre outros, incorporando novas soluções de ação disciplinares e multidisciplinares, que, a partir da realidade das pessoas e dos seus contextos, contribuam para, em primeiro lugar, gerar uma conscientização generalizada sobre a importância de tudo o que contribui para formas de vida mais saudáveis e, depois, para criar condições transformativas para comportamentos mais informados e responsáveis.

Em se tratando de atendimento em saúde, o SUS brasileiro é um dos maiores projetos públicos de saúde do mundo. Abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos (Brasil, 2017), garantindo acesso integral, universal e gratuito a toda população brasileira. E tem como princípios doutrinários a Universalidade, Integralidade e Equidade e, como diretrizes organizativas, a Descentralização, a Hierarquização, Regionalização e Controle Social (Lucietto, 2011).

Como instrumento de efetivação desses trabalhos, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), no Brasil, criada pela Resolução nº 335, de 27 de novembro de 2003 e redefinida pela Portaria 1996/2007, constitui-se, quer como a elevação de responsabilidades por parte do Estado no redirecionamento necessário de uma legislação que coloque nos seus objetivos a saúde e não a doença, quer como apropriação da ambição pelos profissionais e do modelo de atenção proposto pelo SUS, de consolidação de formas de aprendizagem e construção de conhecimento com repercussão imediata na vida das pessoas.

Neste sentido, a PNEPS surge da regulamentação do artigo 200 da Constituição Federal de 1988, que além das atribuições pertinentes ao SUS, está incumbida de ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde (Vendruscolo et al., 2018).

Em 2007, a PNEPS foi redesenhada pela Portaria GM/MS nº 1.996 de 20 de agosto, passando a sua condução a ser da responsabilidade dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), redefinidos pela Decreto 7.508 de junho de 2011 como Comissão Intergestora Regional (CIR); e das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES).

No entanto, antes da elaboração da PNEPS, a educação profissional em saúde no Brasil passou por várias iniciativas que são necessárias serem mencionadas, conforme os itens abaixo.

2.2 Histórico da educação em saúde no Brasil

O Sistema Único de Saúde foi instituído na Constituição de 1988 e normatizado pela Lei n.º 8.080/90 - Lei Orgânica da Saúde e tem como princípios doutrinários a Universalidade, Integralidade e Equidade e, como diretrizes organizativas, a Descentralização em comando único, a Hierarquização e Regionalização dos serviços, além do Controle Social. Assim, o SUS oferece suporte para a efetivação da política de saúde no Brasil, traduzindo em ação os princípios e diretrizes desta política.

Atualmente, no campo de formação para a saúde, uma das maiores demandas é a formação de profissionais em consonância com os princípios do SUS, formação de profissionais que sejam capazes de enfrentar os desafios apontados nos serviços, com melhor compreensão e consciência crítica da realidade na qual estão inseridos,

com transformação das práticas assistenciais, voltadas para a integralidade e justiça social.

Considerando esse raciocínio, a história nos aponta que diversos programas e políticas de educação foram desenvolvidos ao longo dos anos para contemplar a formação e atualização dos profissionais da área da saúde, porém marcados por processos políticos, sociais e econômicos carregados de disputas de interesses e de poder, comprometendo, portanto, a estrutura e a execução desses processos formativos.

Assim, pode-se pensar que desde o advento da propriedade privada e da consequente divisão de classes que a educação é constituída em dois grupos antagônicos: proprietários e não-proprietários da terra. A relação trabalho-educação deixa de acontecer de forma espontânea no próprio processo de trabalho e a educação assume um caráter dual, pois à elite cabia desenvolver funções intelectuais nos estabelecimentos escolares e aos serviçais e escravos cabia apenas conhecimentos que atendessem ao desenvolvimento do trabalho (Saviani, 2021; Campello & Lima Filho, 2009, p. 120).

Essa realidade se configurou até o surgimento do modo de produção capitalista e da revolução industrial, período no qual o trabalho intelectual foi incorporado ao processo produtivo, e o trabalhador necessitou ser qualificado para operar as máquinas (Canali, 2009). Nesse momento, “a escola se reconfigurava e passava a ser o local principal e dominante de transmissão de conhecimentos profissionais” (Campello; Lima Filho, 2009, p. 120).

Esse contexto de desenvolvimento do sistema de ensino, para atender às necessidades do processo produtivo, nos dá o suporte necessário para entender o histórico da política educacional brasileira, especificamente, o ensino técnico-profissional.

No Brasil, até o século XIX, não existiam propostas sistemáticas de experiências voltadas ao ensino profissional, o que existia não apresentava nenhuma ligação com o ensino regular e se restringia ao ensino de ofícios.

Então, a primeira experiência nessa área se dá quando a Família Real chega ao Brasil e abre os portos ao comércio internacional, instala as primeiras indústrias e cria o Colégio das Fábricas para atender à educação dos artistas e aprendizes vindos de Portugal.

As primeiras escolas profissionais foram criadas no Rio de Janeiro em 1906 no governo de Nilo Peçanha e se destinavam ao ensino de ofícios e à aprendizagem agrícola (Brasil, 2008). No entanto, é apenas em 1909, por meio do Decreto Nº 7.566, de 23 de setembro que se institui oficialmente o ensino profissional no Brasil, com a criação das 19 Escolas de Aprendizes e Artífices no país (Pereira, 2009). Essas escolas se destinavam ao ensino profissional primário e gratuito com o intuito de oportunizar aos filhos do proletariado um futuro melhor longe da vida de criminalidade por meio da promoção de hábitos favoráveis a uma vida de trabalho e honestidade.

Observa-se, portanto, que a inserção do ensino técnico-profissional no país foi carregada de um caráter assistencialista que imprimiu um cunho preconceituoso à educação profissional, pois desde o início se estabeleceu uma associação entre essa modalidade de formação e as atividades manuais, tidas como típicas de escravos e serviçais.

Fazendo a discussão da dualidade educacional no Brasil para o âmbito do trabalho em saúde, podemos dizer que a divisão técnica do trabalho se expressa nitidamente na forma de produzir e organizar o cuidado, pois se observa uma intensa fragmentação do processo de cuidar, ou seja, o atendimento em saúde é operacionalizado por diversos profissionais, de onde coube por muito tempo ao trabalhador de nível técnico apenas a execução da tarefa sem qualquer entendimento teórico e científico.

Ao longo da existência humana, o conceito de saúde sempre variou de acordo com o modo pelo qual as sociedades se organizaram, ou seja, a concepção que as pessoas possuem do processo saúde-doença é reflexo da conjuntura social, econômica, política e cultural dos grupos sociais, assim diferentes povos concebiam o processo saúde-doença de diferentes maneiras.

Entretanto, observou-se a necessidade de universalizar este conceito, quando se difundiu internacionalmente o direito de todos os indivíduos à saúde e o dever dos Estados de garanti-lo. Assim, em 1948, com a criação da Organização Mundial de Saúde (OMS), adotou-se o primeiro conceito de saúde universalmente aceito como “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”, evidenciando dessa forma que a situação de saúde dos indivíduos é multideterminada.

Neste mesmo período, o Brasil conjunturalmente inicia um acelerado processo de industrialização, oriundo da expansão do capitalismo monopolista no país, que

resulta em um deslocamento da economia e de grande parte da mão de obra do campo, para a cidade (Lima, 2006). E assim surgem novos núcleos urbanos de forma desorganizada resultando na propagação de doenças que ameaçavam o desenvolvimento econômico do país. Neste contexto, a política de saúde então ganhou mais espaço e assumiu maior centralidade na construção do papel do Estado sobre os territórios.

A desigualdade no acesso aos serviços de saúde, multiplicidade e falta de articulação e coordenação entre as instituições atuantes no setor, escassez de recursos financeiros, pouca participação e centralização da gestão, mobilizaram, sobretudo nas décadas de 1970 e 1980, movimentos sociais, trabalhadores da saúde e universidades a lutarem por um sistema de saúde pautado numa concepção de saúde ampliada e não somente pautada pela lógica biomédica.

Importante destacar que este também foi o período de luta pela redemocratização do país que passava por um período de ditadura militar. Assim, os militantes da reforma sanitária não queriam somente uma reestruturação administrativa e financeira, mas também “uma mudança em todo o arcabouço jurídico-institucional vigente” (Andrade, Pontes, Martins Junior, 2000, p. 1).

Diante do exposto, percebe-se que garantir ao indivíduo gozar de boa saúde envolve determinantes sociais, econômicos, culturais, ambientais, políticos, entre outros fatores. Observa-se, portanto que a saúde, configura-se em um importante indicador de como funcionam os diversos grupos sociais, e da efetividade das políticas públicas (Carvalho, 2013).

A necessidade de qualificar a força de trabalho surge, no Brasil, dentro de um contexto de expansão das ações do setor saúde e de aumento da demanda dos hospitais. Nesse momento, outros profissionais passam a serem treinados com a finalidade de incorporar parte do serviço que era realizado pelo médico. De acordo com Lima (2006) os trabalhadores incorporados aos serviços de saúde recebiam treinamento para a realização de uma atividade específica de cunho médico-curativo ou para os diferentes programas de saúde pública.

Para suprir a necessidade de trabalhadores no setor saúde, a formação dos profissionais de nível elementar e médio se configurou por muitos anos em cursos pontuais, com vistas apenas ao treinamento e a atualização de conhecimentos, direcionada a uma mão de obra barata e formação profissional insuficiente.

Já o processo de expansão e modernização da rede de serviços de Saúde no Brasil, de acordo com Santos (1988, p. 200) foi marcado pela adoção de políticas setoriais que privilegiaram a privatização do setor, a acentuação da dicotomia histórica entre ações curativas individuais e ações coletivas de saúde pública, a discriminação da oferta de serviços à população em função de sua importância relativa para o sistema econômico, a progressiva simplificação de procedimentos nos serviços públicos e a diminuição relativa de gastos.

Como as ações de saúde promovidas no modelo assistencial privatista geravam altos custos ao Estado, a partir da década de 70 (período de recessão econômica), esse modelo passa a ser questionado (Santos, 1988). Surge então o modelo comunitário como solução para atender a população mais pobre sem que essa onerasse demasiadamente o Estado (Vieira, Durão, Carvalho & Barreto, 2006).

A partir desse momento, desloca-se o foco das ações de saúde médico-curativas para as ações de atenção primária, gerando consequências diretas na formação dos profissionais, visto que os cursos rápidos para treinamento não conseguiam promover uma visão mais ampliada de saúde, pois desconsideravam o contexto social em que estavam inseridos, valorizando a repetição e os procedimentos (Lima, 2006).

Em 1981, estrutura-se a partir da cooperação interinstitucional entre o Ministério da Saúde (MS), o Ministério da Educação e Cultura, o Ministério da Previdência e Assistência Social e a Organização Pan-Americana da Saúde, o Projeto de Formação em Larga Escala de Pessoal de Nível Médio e Elementar para os Serviços de Saúde (PLE), tendo como objetivo a profissionalização desses trabalhadores com novos enfoques metodológicos, priorizando a metodologia da problematização (Castro, 2008).

A opção metodológica adotada pelo Projeto Larga Escala partia da compreensão de que o educando tem voz e constrói ativamente o seu conhecimento. Nesse sentido, ressalta-se a interação entre o sujeito e o objeto no ambiente de trabalho. Ao dar ênfase às formas de aprender do sujeito, considera-se que ele, a partir do seu referencial da realidade e com seus conhecimentos de prática e senso comum, pode construir novos conhecimentos mais elaborados e específicos, de acordo com a habilitação profissional (Castro, 2008).

O Projeto Larga Escala (PLE) representa a primeira tentativa de aproximação do ensino a e no serviço (trabalho em saúde), através da modalidade supletiva do

sistema formal do ensino nacional, instituída pela Lei Federal nº 5.692/71 das Diretrizes e Bases da Educação Nacional, com vistas a uma formação integral profissionalizante dos adultos que compunham a força de trabalho de nível médio e elementar do setor saúde e a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população.

E assim, a educação profissional para os fins específicos da área da saúde foi legalizada oficialmente no Brasil a partir da publicação da primeira Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional em 1961.

Em referência à questão da formação de recursos humanos para a saúde, o artigo 200 da Constituição Federal de 1988 atribui ao SUS a competência de “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” e “incrementar o desenvolvimento técnico e científico da força de trabalho com atuação setorial” (Brasil, 1988), determinando, com essa disposição legal, a responsabilidade dos gestores do SUS de formular e executar uma política de formação para os trabalhadores da saúde.

Com a promulgação da Constituição de 1988 e instituição das Leis 8.080 e 8.142 de 1990 que regulamentam o SUS, definem as propostas de ordenação da formação de recursos humanos para a área da saúde em todos os níveis de ensino. Várias propostas foram apresentadas ao longo dos anos para fortalecer a formação dos profissionais da saúde entre elas o Projeto de Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde (CADRHU) e o Projeto de Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde (GERUS), assim como a iniciativa do MS, em 1996, de criação dos Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Saúde da Família.

Assim, a formação dos profissionais da saúde se tornou um dos elementos basilares para a consolidação do SUS, tornando-se inclusive pauta em todas as Conferências Nacionais de Saúde subsequentes, enfatizando a necessidade de uma política de formação que partisse da problematização dos processos de trabalho, dentro de um centro formador que orientava os processos de ensino-aprendizagem.

Esses centros formadores, ancorados nos princípios do SUS, constituem-se, a partir da década de 90, nas Escolas Técnicas do SUS e Centros Formadores, instituições públicas criadas para atender as demandas locais de formação técnica dos trabalhadores que já atuam nos serviços de saúde, acompanhando o processo de municipalização do SUS no Brasil.

É apenas em 2003, após diversos esforços e debates sobre os riscos que a falta de qualificação do trabalho e da formação poderiam acarretar à população, que se institui a Norma de Operacionalização Básica/Recursos Humanos – SUS (NOB/RH-SUS) e se cria dentro do Ministério da Saúde uma estrutura administrativa em conformidade com os princípios e diretrizes da referida norma, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES).

Com a criação da SGTES, o Ministério da Saúde assumiu seu papel de gestor federal do SUS no que diz respeito à formulação das políticas orientadoras da formação, distribuição e gestão dos trabalhadores de saúde no Brasil (Cruz, 2021, p. 100).

Coube ao Departamento de Gestão da Educação na Saúde a responsabilidade de propor e formular ações de formação e educação permanente em saúde a serem conduzidas pela Coordenação de Ações Estratégicas, Coordenação de Ações Técnicas e Coordenação de Ações Populares em Educação na Saúde, favorecendo a articulação intersetorial e o controle social no setor da saúde além, de dentro do processo de formação do profissional do SUS, fortalecer “a relação entre educação e trabalho, a mudança na formação e a produção de conhecimento” (Cruz, 2021, p. 102).

Sob a responsabilidade do MS, articulado com o Ministério da Educação (MEC), com o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), com o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e com a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), em 1999, foi instituído o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE) por meio da Portaria GM/MS nº 1.262 de 10 de outubro de 1999 do MS.

Ao longo dos anos que se seguiram, após o PROFAE, foram sendo elaboradas diversas estratégias com vistas à formação do profissional da saúde que culminam, em 2004, em uma das principais iniciativas da SGTES para a efetivação da formação em saúde que foi a instituição da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) por meio da Portaria nº 198/GM de 13 de fevereiro de 2004.

2.3 Políticas de educação em saúde no Brasil

Para entender, explicar e descrever a trajetória da Educação Profissional em saúde no Brasil, optamos pela construção do quadro 1, apresentado a seguir, no qual

tenta-se resumir os momentos históricos e as eventualidades da educação profissional em Saúde.

Quadro 1 – Trajetória da educação Profissional em Saúde no Brasil.

| Períodos da história | Cenário político | Marcos da educação profissional em saúde |
|------------------------------------|---|--|
| Colonialismo (1500-1822) | A Colônia era submetida econômica, política e culturalmente à metrópole (Portugal); Criado e instalado o sistema administrativo (centralizado) do Governo da colônia; Proclamação da independência imperial. | Criação do Colégio das Fábricas, para abrigar órfãos da Casa Pia de Lisboa no Rio de Janeiro. |
| Império (1822-1889) | Outorgada, em 25 de março de 1824 a primeira Constituição do Brasil. Que vigorou até 15 de novembro de 1889; O período foi marcado por várias revoltas sociais. A maior parte delas eram em protesto contra as péssimas condições de vida, alta de impostos, autoritarismo e abandono social das camadas mais populares da população; Acentuação do coronelismo como poder local; Proclamação da República do Brasil em 15 de novembro de '1889 e fim da Monarquia. | Instituição do Asilo dos Meninos Desvalidos com o objetivo de resolver problemas sociais, e propiciar formação para o trabalho no Rio de Janeiro. |
| República Velha (1889-1930) | Dividida em dois períodos: República da Espada e República Oligárquica. no primeiro período, predominou o elemento militar. No segundo período, a República Oligárquica, predominou os Presidentes dos Estados, na chamada Política dos Estados, vulgarmente conhecida por política dos governadores, criada por Campos Sales, e sustentada, em sua base municipal, pelo tipo carismático do "Coronel". | Nilo Peçanha presidente do estado do Rio de Janeiro através do Decreto nº 787, de 11 de setembro de 1906 criou cinco escolas profissionais: três para o ensino manufatureiro e duas para o ensino agrícola; Acentuado aumento da produção manufatureira com a industrialização, o ensino profissional é visto como "um poderoso instrumento para a solução dos problemas sociais"; Nilo Peçanha então Presidente da República (1909-1910) criou, (mediante decreto nº 7.566, de 23 de setembro de 1909) em todas as capitais dos estados com exceto no Rio de Janeiro e no Rio Grande do sul uma Escola de Aprendizes e Artífices, dando origem assim a construção de uma dualidade educacional no Brasil, visto que esse tipo de ensino estava destinado apenas para a classe proletariada "desfavorecidos" com o argumento legitimado por norma legal; |
| Ditadura Vargas (1930-1945) | Constituição de 1937, de inspiração fascista, suspendia todos os direitos políticos,abolindo os partidos e as organizações civis, caracterizando assim um estado autoritário identificado com o nazifascismo italiano. Autodenominado "Estado Novo"; Relação ditatorial fascista: o Estado submete a Sociedade mediante o controle e vigilância totalitária. | Getúlio Vargas, a partir da Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937 - Transforma as Escolas de Aprendizes e Artífices, e a Escola Normal de Artes e Ofícios Wenceslau Braz em Liceus Profissionais com o objetivo de irradiar o ensino profissional em todos os ramos e graus; O governo Vargas publica a nova Constituição dos Estados Unidos do Brasil que definia o ensino profissional como ensino destinado às classes menos favorecidas; Vargas, mediante o Decreto-lei 4.073 de 30 de janeiro de 1942 institui a Lei Orgânica para o Ensino Industrial, buscando ampliar uma ampla variedade de cursos, utilizando |

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>como estratégia a formação de uma rede de instituições, objetivando a formação profissional média dirigida ao segmento produtivo;</p> <p>Foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), o que motivou, em 1932, o Manifesto dos Pioneiros da Escola Nova, almejando à reconstrução social da escola para o povo (VEIGA, 1989);</p> <p>Em 1942, foram decretadas gradativamente as Leis Orgânicas da Reforma Capanema (DECRETO-LEI Nº 4.244, DE 9 DE ABRIL DE 1942) que reestruturaram o ensino primário, secundário, industrial, comercial, normal e agrícola; que teve um caráter essencialmente conservador e elitista (GHIRALDELLI, 2000).</p> |
| Democracia (1945-1964) | <p>Este período será caracterizado pela consolidação do populismo nacionalista, fortalecimento dos partidos políticos de caráter nacional e grande efervescência social. A indústria e, com ela, a urbanização, expande-se rapidamente.</p> | <p>DECRETO-LEI Nº 8.778, DE 22 DE JANEIRO DE 1946</p> <p>Regula os exames de habilitação para os Auxiliares de enfermagem e Parteiras Práticas;</p> <p>A partir da Lei 4.024/61 Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional a educação profissional em saúde foi permitida legalmente</p> |
| Ditadura Militar (1964-1985) | <p>Golpe Militar;</p> <p>O país experimenta um momento de desenvolvimento econômico que ficou conhecido como "o milagre econômico brasileiro";</p> <p>A economia passa a enfrentar sinais de crise, principalmente por causa do aumento do preço de petróleo e da dívida externa;</p> <p>Fim do AI-5. A abertura política progride lentamente;</p> <p>Eleições diretas para governadores e prefeitos, com vitória da oposição em Estados como São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro;</p> <p>O PT obtém seu registro na Justiça Eleitoral;</p> <p>Sem condições de pagar aos credores externos, o Brasil vai ao FMI;</p> <p>Campanha das Diretas Já.</p> | <p>Plano Nacional de Saúde</p> <p>Lei n. 5.692/71 - Reforma de Ensino que fixa as Diretrizes e Bases do ensino de 1º e 2º graus.</p> <p>1978-Geisel (1974-1979) mediante a Lei nº 6.545, de 30 de junho de 1978, transformou as Escolas Técnicas Federais (ETFs) de Minas Gerais, do Paraná e Celso Suckow da Fonseca, do Rio de Janeiro, em Centros Federais de Educação Tecnológica (CEFETs) mantendo-os para a formação de auxiliares e técnicos industriais de nível médio, e concedendo-lhes a prerrogativa de atuar no ensino superior de graduação e pós – graduação;</p> <p>O Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS) foi iniciado no Brasil, em 1976, pelos Ministérios da Saúde e da Educação e Cultura, com a cooperação direta da Organização Pan-Americana da Saúde (OPS/OMS);</p> <p>Projeto Larga Escala instituído pela Portaria de 11 de março de 1980, alterada pela Portaria Ministerial de 27 de abril de 1984, ratificado pela Resolução CIPLAN nº 15 de 11/11/85</p> <p>Programa de Interiorização das ações de Saúde e Saneamento (Piass)</p> |
| Transição democrática (1985-1988) | <p>Nova República</p> <p>Fim da ditadura militar no Brasil (1985).</p> <p>Promulgação da Constituição brasileira de 1988, em vigor até os dias atuais;</p> <p>A primeira eleição direta para presidente da república, após o termino da ditadura militar (1989);</p> <p>8ª Conferência Nacional de Saúde</p> | |
| Democracia (1988-2011) | <p>Impeachment do Presidente Fernando Collor de Mello;</p> <p>Reforma do Estado (1995)</p> | <p>Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 – Criação do Sistema Único de Saúde (SUS)</p> <p>Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>Lei nº 8.948, de 8 de dezembro de 1994, no Governo Itamar Franco, que instituiu o Sistema e o Conselho de Educação Tecnológica, (CET) assim como promoveu a expansão da rede Federal de Educação decorrente da transformação potencial de todas as ETFs da época em CEFETs, assim viabilizando atender as demandas requeridas pelo sistema produtivo</p> <p>Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio</p> <p>LDB 9.394/96; Decreto 2.208 de 17 de abril de 1997</p> <p>Instituição do PROFAE em 15 de outubro de 1999, através da portaria nº 1.262 do Ministério da Saúde, O Ministério da Saúde (MS) instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), por meio da portaria nº. 198/GM, no dia 13 de fevereiro de 2004. Divulgação do PROFAPS (Programa de Formação Profissional de nível médio para a saúde em dezembro de 2009 pela Portaria nº3. 189. Criação do Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec) pelo Governo Federal, em 2011, por meio da Lei 12.513/2011.</p> |
|--|--|--|

Fonte: Adaptado de Azevedo et al. (2014), Ferretti & Silva Junior (2000) e Paim et al. (2012).

2.4 Política Nacional de Educação permanente em saúde (PNEPS): aspectos legais e contexto de funcionamento.

A Política Nacional de Educação permanente em saúde (PNEPS) está ancorada sob as bases metodológicas da Educação Permanente em Saúde (EPS), a qual pode ser compreendida como uma estratégia político-pedagógica, que busca identificar e sanar os problemas e as necessidades do processo de trabalho em saúde, visando a integração entre o ensino, o serviço, a gestão e o controle social (Silva & Scherer, 2020, p. 2).

Para Lemos (2016, p. 914) é importante esclarecer a distinção entre Educação Permanente e Educação continuada, uma vez que, embora no âmbito acadêmico não se faça muita distinção entre os termos, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) cria uma diferenciação entre eles, definindo a segunda como uma educação mais reducionista em relação a primeira.

Conforme Gigante e Campos (2016) a educação continuada se apresenta como uma prática educativa tradicional, com um foco disciplinar geralmente

direcionado para uma única categoria profissional, perpassando uma metodologia centrada apenas na transmissão de conhecimento e realizada fora do espaço de trabalho. Enquanto a educação permanente propõe uma incorporação do ensino-aprendizagem, voltando a metodologia para o cotidiano dos serviços, centrando o processo de trabalho como centro matriz da aprendizagem.

De acordo, Lemos (2016, p. 914) a primeira aparição do termo *educação permanente* ocorreu na França, em 1955 e, já em meados de 1960 o tema passou a ser difundido pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO).

Nesse contexto Ferraz, Backes, Mercado-Martínez e Prado (2012, p. 113 - 114), aduzem que a partir da década de 80 a Educação Permanente em Saúde (EPS) passou a ser tratada como prioridade junto à Organização Panamericana de Saúde e a Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS).

Lemos (2016, p. 914) corrobora essa afirmativa e ainda, preconiza que, a Disseminação da Educação Permanente em Saúde se deu por meio do Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da OPAS.

Desse modo, Ferraz et al. (2012, p. 114) afirmam que, levando em consideração os pressupostos estabelecidos pela OPAS/OMS, durante as três últimas décadas, os países latino-americanos, a exemplo da Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Cuba, México, República Dominicana e Peru, se preocuparam em desenvolver e estruturar programas de desenvolvimento de recursos humanos em saúde.

Segundo Cardoso, Costa, Costa e Xavier (2017, p. 1490) a partir do final da década de 1970, logo no início do movimento de Reforma Sanitária, já se notava a necessidade de uma política pública específica para a Educação na Saúde, tendo em vista que as propostas tidas como tradicionais não mais atendiam às necessidades dos serviços.

Lemos (2016, p. 914) ressalta que, em um contexto mundial, a década de 1980 trouxe grandes mudanças em todos os âmbitos, isso porque teve como marco a queda do muro de Berlim, o fortalecimento do neoliberalismo, os questionamentos sobre socialismo e o modelo de trabalho estabelecido pelo fordismo, taylorismo e toyotismo, algo que, mudou também a concepção da OPAS sobre a participação do trabalhador “no processo produtivo da saúde”, devido as mudanças que o setor enfrentaria perante as novas demandas em meio a reestruturação do modelo capitalista.

Diante disso, Ferraz et al. (2012, p. 114) pontuam que, justamente no período citado, final da década de 70, o Brasil teve representantes na OPAS/OMS e que esses representantes participaram ativamente do processo de construção teórico-metodológica da proposta de EPS. Os autores ainda elucidam que os representantes brasileiros participaram de discussões junto aos consultores externos responsáveis pelo *Programa de Desarrollo de Recursos Humanos*, instituído pela OPAS/OMS em 1985.

Para Silva e Scherer (2020, p. 2), o principal objetivo dessa política é transformar as práticas profissionais e a organização do trabalho na área da saúde, visando a humanização, a melhoria do acesso e a qualidade dos serviços prestado à população.

Já Lemos (2016, p. 914) analisa essa qualificação do fator humano, proposta pela EPS, tal qual foi proposta pela PNEPS, como um dos meios mais importantes para a produtividade econômica e, conseqüentemente, para o desenvolvimento do país.

Nesse deslinde, Ferraz et al. (2012, p. 114) dispõem que, em âmbito nacional, foi o contexto histórico brasileiro durante a década de 80 que justificou a mobilização em torno da temática da Educação Permanente em Saúde no país, pois o Brasil estava vivendo uma nova fase na área da saúde, o Movimento da Reforma Sanitária, a qual culminou na estruturação de um novo modelo de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), cujo princípios se entrelaçam a proposta da EPS.

A própria Constituição Republicana de 1988 (CF/88) versa em seu art. 200, inciso V sobre o incremento do desenvolvimento científico na atuação do SUS e, consoante a isso a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 (Lei do SUS), em seu art. 6º, inciso X traz em seu texto o mesmo comando.

Nessa mesma linha de pensamento, em 1996, conforme estabelecido na 10ª Conferência Nacional de Saúde, “a *NOB/RH/SUS*”, restou definido normas de comprometimento dos gestores federais, estaduais e municipais, para com a EPS, fixando que o modelo de Educação Permanente em Saúde seja baseado nas atribuições e competências dos trabalhadores do SUS (Ferraz et al., 2012, p. 114).

Dessa forma, em 2003, no Brasil, criou-se a Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), órgão do Ministério da Saúde (MS), o qual se incumbiu da construção e implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (Cardoso et al., 2017, p. 1490).

Gonçalves, Pinto, França e Teixeira (2019, p. 13) pontuam que, a SGTES exerceu um papel de grande importância nesse cenário, promovendo a movimentação de ideias, troca de informação, criação de programas e a disponibilização de recursos financeiros. Com isso, fez-se possível a ampliação de desenvolvimento de políticas públicas para a área e o diálogo entre instituições parceiras e a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

Sob essa perspectiva, Ferraz et al. (2012, p. 114) argumentam que a partir daí o Brasil começou a desenvolver diversos programas, buscando o fortalecimento do processo de formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. São exemplos:

Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde), Revalidação de Diplomas Médicos, Residência Multiprofissional em Saúde, Residência Médica e PróInternato, Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profape), Programa de Formação na Área de Educação Profissional em Saúde (Profaps) e Fortalecimento das Escolas Técnicas do SUS (ET-SUS), entre outros (Ferraz et al., 2012, p. 114)

Nesse contexto, Gonçalves et al. (2019, p. 13) afirmam que, foram editadas duas portarias com o fim de institucionalizar a Política Nacional de Educação Permanente na Saúde já contemplada pela SGTES, quais sejam, a Portaria GM/MS nº 198 de 13 de fevereiro de 2004 e, posteriormente, a Portaria GM/MS nº 1.996 de 2007.

Para Cardoso et al. (2017, p. 1490) ambas as Portarias propõem processos de qualificação dos trabalhadores e, determinam que esse processo tome como referência as necessidades e a realidade local de saúde, com o objetivo de ressignificar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho. Além disso, preveem a valorização do papel da equipe multidisciplinar e o caráter social da ação educativa, sem, contudo, negar a importância da formação técnica específica.

Entretanto, Gonçalves et al. (2019, p. 13) denotam que, a Portaria nº 198/04 estabeleceu diretrizes para a implementação do PNEPS, fomentando a condução regional da política e a participação interinstitucional e intersetorial e que, posteriormente, a Portaria nº 1.996/07 surgiu com novas diretrizes, proporcionando melhorias ao que fora estabelecido pela Portaria de 198/04. Os autores ainda explicam que a Portaria nº 1.996/07 é a que integra atualmente, a base normativa do SUS, tendo sido consolidada no ano de 2017.

Nesse contexto, Cardoso et al. (2017, p. 1490) informam que, por conta das diretrizes do PNEPS, houve também a ampliação do número de instituições de ensino de saúde pública, nas esferas estadual, municipal e federal.

Isso porque, conforme Gonçalves et al. (2019, p. 13), A concepção de Educação Permanente adotada, mediante essa normativa, implica no estabelecimento de uma relação intrínseca entre “ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde bem como as relações entre formação e gestão setorial”. Percebe-se aqui a referência dada ao quadrilátero da Educação Permanente em Saúde.

Para Gigante e Campos (2016, p. 753) a portaria n. 198/04 define a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como um mecanismo de estratégia do SUS, para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores desse setor.

A citada definição se encontra expressa no artigo 1º da referida Portaria, que, em seu parágrafo único, delinea o método de condução dessa política, bem como suas funções, quais sejam, a identificação das necessidades de formação dos trabalhadores da saúde, a construção de estratégias que qualifiquem a gestão em saúde e a integração da rede de atenção como cadeia de cuidados progressivos à saúde (Brasil, 2004).

No decorrer de seus incisos, o dispositivo legal supracitado, prevê ainda o estabelecimento de negociações interinstitucionais e intersetoriais, a transformação das práticas de saúde e de educação na saúde, bem como de toda a rede de serviços e da rede-escolar e a formação e o desenvolvimento de formadores de políticas para o fortalecimento da capacidade docente e da capacidade de gestão do SUS (Brasil, 2004).

Além disso, dispõe sobre a pactuação e negociação permanente entre os atores das ações e serviços do SUS (docentes e estudantes da área da saúde) e o fomento a cooperação entre todas as articulações locais do SUS (Brasil, 2004).

Segundo Lemos (2010, p. 99) essa perspectiva da PNEPS possibilita a construção de estratégias com maior potencial prático, chegando a ampliar o âmbito da própria EPS.

Assim, com a Portaria 198/2004 o Ministério da Saúde objetivou a construção de uma política nacional voltada a formação e o desenvolvimento dos profissionais de saúde, partindo de mudança na educação técnica, na graduação, nas especializações em serviço, nas residências médicas e pós-graduação. Utilizando, portanto, a

produção de conhecimento como meio para a mudança das práticas de saúde, à medida que se trabalhava a educação popular com a finalidade de uma gestão social das políticas públicas de saúde (Brasil, 2004).

Nesse raciocínio, Gigante e Campos (2016, p. 753) mencionam que, a edição da portaria n. 198 significou um grande avanço, pois culminou em um processo de construção coletiva de uma política de educação permanente para o SUS, invertendo ainda, a lógica de oferta de formação, a qual era antes consolidada apenas com pacotes de cursos e treinamentos.

Além de tudo, uma cadeia de cuidados progressivos à saúde pressupõe a ideia de trabalho como uma rede, ou seja, um conjunto articulado de serviços básicos, em que todas as ações de saúde sejam prestadas reconhecendo os diversos contextos de vida, de modo que se assegure o acolhimento da população de forma adequada (Brasil, 2004).

Por conta disso, França et al. (2016, p. 69) consideram que essa estratégia trouxe um processo de gestão transformador, uma vez que promove um olhar voltado para as necessidades da população.

Ademais, França et al. (2016, p. 69) concebem essa metodologia implantada como uma articulação quadrilátera do SUS, um eixo entre ensino, serviço, gestão e controle social, conforme já mencionado.

No mesmo sentido, discorre Lemos (2010, p. 99), acrescentando que o quadrilátero de formação do SUS envolve, a mudança no método educacional dos profissionais de saúde, transformando a concepção mecanicista tradicional em uma concepção interacionista; a humanização das práticas de atenção à saúde, visando a participação dos usuários no planejamento terapêutico; uma nova configuração da gestão setorial, objetivando uma organização criativa da rede de serviços, assegurando a atenção às necessidades em saúde e, “a análise da organização social”, com a finalidade de atender às necessidades sociais por saúde.

Não obstante, o art. 2º da Portaria nº 198/2004 trouxe ao contexto a figura dos Pólos de Educação Permanente em Saúde no âmbito do SUS (PEPS), à medida que elenca aqueles que poderão compô-los.

Lemos (2010, p. 61) define os PEPS como sendo instâncias locais ou "rodas de gestão", nos quais os setores tomam decisões sobre os projetos de

Educação Permanente em Saúde, levando em consideração as problemáticas educativas de acordo a cada localidade.

Conforme o art. 2º da Portaria nº 198/2004 a composição dos PEPS pode se dá por gestores Estaduais e Municipais das áreas de saúde e educação, as instituições de ensino e demais Centros formadores na área da Saúde, núcleos de saúde coletiva, hospitais de ensino e serviços de saúde, estudantes da área da saúde, trabalhadores da área da saúde, Conselhos Estaduais e Municipais de saúde e, movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde. Cabendo ainda, a outras instituições afins solicitarem sua integração caso queiram participar (Brasil, 2004).

Conforme Gigante e Campos (2016, p. 753), de acordo dados da Organização Pan-Americana da Saúde, já em 2005, em apenas um ano, foram constituídos 96 (noventa e seis) polos de educação permanente no país, denotando o sucesso da operação.

Contudo, Lemos (2010, p. 62) afirmaque, apesar da rapidez na instituição dos PEPS, a estratégia não logrou o êxito esperando, gerando alguns problemas e refletindo diretamente na promoção da EPS. Esses problemas estariam relacionados a própria condução do PEPS, a baixa capacidade de formulação de políticas para a devida implementação da EPS e a baixa apropriação dos conceitos e das práticas de educação permanente pelos atores locais.

Gigante e Campos (2016, p. 753) corroboram essa afirmativa e discorrem que ao mesmo tempo que houve experiências positivas, existiram muitas dificuldades em relação à estruturação e ao funcionamento da política. E assim, elencaram como exemplo, a dificuldade de colaboração e comunicação entre as instituições formadoras e gestores e a desigualdade na capilarização dos polos das diferentes regiões.

De acordo a Portaria, a alocação de recursos financeiros deveria seguir as diretrizes acordadas entre as três esferas de gestão do SUS, ou seja, Governo Federal, Estadual e Municipal, nos limites de suas competências (BRASIL, 2004).

Porém, Bravin (2008, *apud* Lemos, 2010, p. 64) explica que este também foi um dos principais fatores que frustraram o êxito da política. Isto porque ocorreu inadequação nos mecanismos de financiamento, demorado poder público para o repasse de verba e problemas com gastos exagerados com projetos indefinidos e até mesmo alheios a PNEPS.

Lemos (2010, p. 62 - 64) ainda explica que muitos dos projetos elaborados pelas PEPS que eram enviados ao Ministério da Saúde, não contemplavam, de fato, o paradigma da EPS e permaneciam a recair nos moldes das pedagogias tradicionais (ofinas, seminários, fóruns), fazendo com que, em 2006 os PEPS fossem extintos e, conseqüentemente, frustrando a primeira tentativa de implementação do Plano Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Por conta disso, a PNEPS passa a ter que se adequar as diretrizes do *Pacto Pela Saúde* (Portaria nº 399/GM de 30 março de 2006), o qual contava com uma nova condução e previa uma nova forma de organização para o SUS.

A Portaria nº 399/GM de 30 março de 2006, em seus art. 2º, estabeleceu bases operacionais fundamentais de foco para a nova política, o *Pacto Pela Vida*, em *Defesa do SUS* e de *Gestão* (Brasil, 2006).

Mesmo com a exclusão dos chamados PEPS, a referida portaria não deixou de lado a perspectiva de desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde, dedicando um item específico em seu texto, para tratar sobre a educação na saúde, adotando a EPS como estratégia do SUS e assumindo o compromisso de avaliar a implementação da PNEPS (Brasil, 2006).

Assim, de acordo Gigante e Campos (2016, p. 753) em agosto de 2007, o Ministério da Saúde iniciou uma revisão na Portaria nº 198/04, algo que culminou na edição da portaria GM/MS nº 1.996/07, a qual surgiu definindo novas estratégias para a implementação da PNEPS, adequando-as às diretrizes regionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde.

Dessa maneira, segundo Lemos (2016, p. 915) se inicia a segunda fase da PNEPS, que trouxe mudanças conceituais e metodológicas em relação à condução da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Logo em seu art. 1º, Parágrafo único, a nova Portaria de implementação da PNEPS se preocupa em considerar as especificidades regionais para fins de superação das desigualdades (Brasil, 2007).

Portanto, os PEPS deram espaço às Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) e aos Colegiados de Gestão Regional (CGRS) na nova formulação da condução regional da PNEPS (Gigante & Campos, 2019, p. 753).

De acordo o art. 2º, parágrafo 2º da Portaria 1.996/07 “as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) são instâncias intersetoriais e

interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde” (Brasil, 2007).

Conforme Lemos (2010, p. 65) essas comissões devem ser compostas por gestores de saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal e, de acordo as especificidades de cada região, podem também compor essas comissões, os gestores estaduais e municipais de educação, trabalhadores do SUS, instituições de ensino com cursos na área da saúde e movimentos sociais ligados ao controle social do SUS. Termos estes que podem ser extraídos também do texto do art. 5º da Portaria 1.996/07.

Além disso, nos termos do art. 6º da Portaria Supracitada, as CIES são encarregadas de atuar junto aos Colegiados de Gestão Regional para a formação dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde, de articular com instituições de formação dos trabalhadores, de incentivar a adesão cooperativa e solidária de instituições de formação de trabalhadores da saúde, de acompanhar e monitorar a avaliação das estratégias de EPS implementadas e, de cooperar para o desenvolvimento de ações que cumpram as responsabilidades assumidas pela Gestão da PNEPS (Brasil, 2007).

Nesse sentido, Ferraz et al. (2012, p. 124) esclarecem que, a nova proposta de condução da PNEPS que tem como um de seus objetivos a elaboração de Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS), busca definir critérios para distribuição de recursos federais aos estados e/ou municípios.

Lemos (2010, p. 66) ainda ressalta que os PAREPS devem ser elaborados com o auxílio da Comissão de Integração Ensino-Serviço de cada Estado e homologado pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Destarte que, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) já era prevista desde 2006, tendo como principal função cuidar dos processos administrativos no âmbito do SUS, e, demais atribuições referentes a Política de Educação Permanente designadas no art. 11 da Portaria nº 1.996/07 (Brasil, 2007).

Com relação aos Colegiados de Gestão Regional, estes, nos termos do art. 3º da Portaria nº 1.996/07, são definidos como instâncias de pactuação permanente, composto por gestores municipais de saúde do conjunto de municípios de uma determinada região e por representantes dos gestores estaduais (Brasil, 2007).

Suas atribuições estão enumeradas no art. 4º da referida Portaria, quais sejam, construir e definir o Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde para

a região; cuidar da gestão dos recursos financeiros no âmbito regional; incentivar a participação dos gestores, dos serviços e trabalhadores da saúde, das instituições de formação no setor saúde, dos movimentos sociais e dos conselhos de saúde de sua área, nas CIES; monitorar e avaliar as ações e estratégias de EPS implementadas na região e, avaliar periodicamente a composição, a dimensão e o trabalho das CIES (Brasil, 2007).

Ferraz et al. (2012, p. 124) afirmam que esses citados Colegiados de Gestão Regionais se transformaram no que hoje conhecemos por Comissões Intergestores Regionais (CIR).

Com este entendimento, Cunha (2013, p. 8) ressalta que, as CIR, são vinculadas às Secretarias Estaduais de Saúde e atuam com planejamento e gestão compartilhada entre o Estado e todos os Municípios da região a qual está inserida, visando uma implementação da regionalização de forma solidária e cooperativa.

Segundo Santos e Giovanella (2014, p. 624) as CIR foram tratadas no Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, o qual trouxe alterações na Lei do Sus e, surgiu como meio de orientação e organização da integração dos serviços de saúde.

Nesse sentido, Cunha (2013, p. 8) denota que, o decreto acima mencionado trata de uma organização das relações interfederativas, promovendo, por meio das CIR, discussões consensuais entre toda a gestão da saúde, de modo compartilhado.

Para Santos e Giovanella (2014, p. 624) sob essa perspectiva, as CIR representam os interesses público e privado, favorecendo a manutenção das relações entre governos, agentes, organizações e cidadãos à medida que promove uma interligação entre sujeitos e instituições.

Dessa forma, Roberto Moreira Silveira Filho, Adriano Maia dos Santos, Jamille Amorim Carvalho e Patty Fidelis de Almeida (2016, p. 853) definem a Comissão Intergestores Regional (CIR) como um verdadeiro “lócus de governança regional”. Para os autores, ela simboliza a cooperação e, com isso, o fortalecimento da saúde na região.

Assim, segundo Santos e Giovanella (2014, p. 624) o papel das CIR como instâncias de articulação dos gestores municipais, é propor, de maneira coordenada, a distribuição dos serviços e dos trabalhadores da saúde, visando a garantia de um acesso amplo às ações de saúde em diferentes níveis de atenção.

Já Cunha (2013, p. 9) denota que, uma das responsabilidades das CIR, dentro da condução do PNEPS, consiste na elaboração, no acompanhamento e na avaliação

da EPS, tanto no campo de formação dos trabalhadores quanto perante os acadêmicos e, em uma atuação conjunta com as CIES. Competência essa, já prevista anteriormente, para os antigos Colegiados de Gestão Regional.

Por tudo isso, Cunha (2013, p. 9) considera que a atribuição das CIES na condução da PNEPS acaba sendo compartilhada com as CIR, motivo pelo qual as Comissões Intergestores regionais acabam desenvolvendo um papel primordial no âmbito de condução da PNEPS, tal qual no desenvolvimento da EPS.

Diante disso, Gigante e Campos (2019, p. 753 - 754) defendem que a Portaria nº 1.996 de 2007 reforçou o conceito de educação permanente como prática educativa, fortalecendo o conhecimento prévio dos trabalhadores por meio das problemáticas práticas reais, com foco em uma aprendizagem mais significativa e transformadora.

Contudo, Silva e Scherer (2020, p. 2) esclarecem que, mesmo após todo esse processo, ainda foram encontrados alguns desafios para a devida implementação da PNEPS nos estados e municípios brasileiros, atinentes principalmente a pouca interação entre o serviço de saúde e o setor da educação, a escassez de avaliação dos resultados e impactos dos projetos desenvolvidos, a falta de recursos financeiros suficiente e a desconformidade entre o perfil profissional requerido pelo sistema de saúde e a formação existente.

Nesse contexto, em 28 de novembro de 2017 houve a edição de mais uma Portaria pelo Ministério da Saúde, a Portaria nº 3.194, a qual, nos termos de seu art. 1º, dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS (PRO EPS-SUS) (Brasil, 2017).

Silva e Scherer (2020, p. 2) denominam esse momento como “a retomada da PNEPS”, e aduzem que a intenção do MS foi recolocar o tema da Educação na Saúde na agenda das políticas públicas do país.

Para Silva (2022, p. 38 - 39) para além do apoio às ações de EPS nos territórios, o PRO EPS-SUS significou o fortalecimento das práticas educacionais no cotidiano do trabalho em saúde.

Segundo Gonçalves et al. (2019, p. 13) a PNEPS, bem como a EPS foram um dos compromissos assumidos pelos países que aderiram a agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU), dentre eles, o Brasil.

Em consonância a isso, Silva e Scherer (2020, p. 2) denotam que, a retomada da PNEPS surge de recomendações dos organismos internacionais, e cita como

exemplo dessas recomendações a Estratégia de Recursos Humanos para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde, aprovada pela Organização Pan-Americana da Saúde, em 2017.

Silva (2022, p. 38) preconiza que o PRO EPS-SUS nasce sob múltiplas colaborações, contando com a participação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Conselho Nacional de Saúde (CNS), além de especialistas, profissionais e trabalhadores do SUS.

No entanto, Gonçalves (2019, p. 13) apontam que, quando se discutiu sobre a situação dos recursos humanos em saúde na Conferência Panamericana acima citada, foram listadas algumas problemáticas referentes ao tema, quais sejam, a inadequação dos perfis profissionais, a precariedade das condições de trabalho e a baixa produtividade.

Dessa forma, Silva e Scherer (2020, p. 2) informam que, no período de 2017/2018, o Brasil desenvolveu diversas iniciativas com o fim de se estruturar a política de RHS do setor público, tendo como premissa a integração dos setores da educação e da saúde e o alinhamento da formação de RHS às necessidades dos sistemas de saúde.

Nesse sentido, de acordo o art. 2º e art. 3º da Portaria 3.194/ 2017, os objetivos do PRO EPS-SUS são fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde, visando a transformação das práticas de saúde, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho; fortalecer as práticas de Educação Permanente em Saúde nos estados, Distrito Federal e municípios (Brasil, 2017);

Identificar as necessidades de EPS dos trabalhadores e profissionais do SUS e elaborar estratégias que visem qualificar a atenção e a gestão em saúde e, fortalecer a participação do controle social; promover a articulação intra e interinstitucional, criando compromissos entre as diferentes redes de gestão (saúde, educação e controle social), desenvolvendo, ainda, atividades educacionais e de atenção à saúde integral; e, estimular o planejamento, e execução e a avaliação dos processos formativos e programas de residência em saúde e serviços de saúde (Brasil, 2017).

Não obstante, Silva (2022, p. 39) prega que, a finalidade do programa é o planejamento das ações de formação e de EPS para os trabalhadores do SUS.

Além disso, conforme Gonçalves et al. (2019, p. 15) as ações realizadas pelo Ministério da Saúde no período de 2017/2018 buscaram intensificar o apoio aos estados e municípios para o desenvolvimento da PNEPS.

De acordo a essa premissa, Silva e Scherer (2020, p. 2) mencionam que, realmente, por meio da Portaria n^o 3.194/ 2017 o Ministério da Saúde priorizou o debate entre Estados, municípios e a esfera federal para a devida promoção de políticas públicas.

O próprio art. 4^o da referida Portaria, dispõe em seu inciso I que a cooperação entre os Estados, Municípios e Distrito Federal perante as ações do EPS é uma das diretrizes bases do PRO EPS SUS (Brasil, 2017).

Outras diretrizes previstas no dispositivo legal são a criação de estratégias para inserção das tecnologias de informação e da Educação e Práticas Interprofissionais em Saúde, como meio viabilizador da EPS; o fortalecimento da Atenção Básica; a instituição de metas e objetivos de EPS e, monitoramento e avaliação permanentes da política (Brasil, 2017).

Portanto, de acordo Silva e Scherer (2020, p. 5) na conjuntura atual, o PRO EPS-SUS é o principal fator favorável à implementação da PNEPS, não deixando de lado a instituição da EPS por meio de normativo, o repasse de recursos pelo Governo Federal e o fortalecimento do protagonismo dos municípios.

Outros fatores que favoráveis a implantação da PNEPS são o envolvimento dos trabalhadores que articulam a EPS e os espaços colegiados, a exemplo das CIR e CIES (Silva & Scherer, 2020, p. 6).

Convém, portanto, mencionar que Gonçalves et al. (2019, p. 13) consideram que a implantação da PNEPS constitui um grande avanço, de modo que contribui para o efetivo cumprimento do que norteia a Lei n^o 8.080/9020 (LEI do SUS).

De acordo Silva (2022, p. 41) a PNEPS representa ainda uma importante estratégia do SUS, à medida que propõe gerar melhorias na qualificação, no aprimoramento e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde e visa a implementação de ações educativas para a população, favorecendo assim, “a promoção da saúde, o autocuidado, o cuidado familiar e o cuidado social”.

No entanto, segundo Silva e Scherer (2020, p. 6 - 7) ainda enfrentamos altos e baixos com relação a pauta da EPS, sendo o principal deles a interrupção do repasse de financiamento pelo Governo Federal. Além disso, se mostra também

prejudicial ao desenvolvimento da PNEPS o desalinhamento conceitual sobre a EPS e a dificuldade de monitorar e avaliar as ações de EPS.

Outro fator que dificulta o desenvolvimento da PNEPS elucidado por França et al. (2016, p. 69) é o fato de que muitos profissionais de saúde ainda não sabem diferir os conceitos de educação continuada, capacitação e educação permanente, o que dificulta o processo formativo da PNEPS.

Já Gonçalves (2019, p. 14) levantam que, no momento atual, os principais problemas são o próprio subfinanciamento do SUS, a recomposição das relações entre público e privado, constantes mudanças na gestão de unidades complexas e a frequente reorientação de políticas e estratégias prioritárias.

Silva e Scherer (2020, p. 8) ainda denotam que o pouco diálogo entre os instrumentos da política de gestão do trabalho e a área da educação na saúde também são uma barreira a efetiva implementação da PNEPS.

Ademais, Silva (2022, p. 45) afirmam que, por meio de pesquisa exploratória e de consulta de dados do Fundo Nacional de Saúde (FNS), constatou como fator prejudicial ao desenvolvimento da PNEPS entraves com relação a execução dos recursos pelo estado, e que esses entraves são gerados pelas altas burocracias implementadas.

Não obstante, completando o quadro de barreiras a efetivação da PNEPS, Gonçalves (2019, p. 18) destacam ainda, a falta de priorização das ações de EPS nos planejamentos e na programação do Plano Estadual de Saúde, em alguns Estados, dificuldades na relação com as instituições de ensino, a descontinuidade dos repasses financeiros do MS, desde 2011 e a dificuldade com a remuneração dos docentes vinculados às escolas do SUS.

Para além, em alguns Estados, a infraestrutura, não atende as necessidades de funcionamento das CIES seja por déficit no espaço físico e/ou no apoio logístico, a inexistência de setor de EPS no organograma da SES, a falta de pessoal e transporte para a realização das ações de EPS e, a inexistência de escolas estaduais de saúde pública em alguns estados (Gonçalves et al., 2019, p. 18).

2.5 A PNEPS no contexto do estado do Maranhão – Brasil

Diante do contexto geral sobre PNEPS, e para dar continuidade ao desenvolvimento dessa política sobre a ótica das ações organizadas e implementadas

no Estado do Maranhão, enumeram-se, a seguir, as iniciativas elaboradas pela Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão (SES-MA)

De acordo Castro (2017, p. 44), após a instituição da Portaria nº 1.996/2007, a SES-MA introduziu algumas modificações no processo de Educação Permanente dentro do Estado, estratégias com o fim de implantar a PNEPS.

Dentre essas estratégias, sendo consideradas, inclusive, a base da política, podemos citar a criação da coordenação da Política Estadual de Educação Permanente no Estado, a criação do primeiro Plano de Educação Permanente em Saúde e a criação da Escola Técnica do SUS (ETSUS) (Castro, 2017, p. 45)

Nesse sentido, Cunha (2017, p. 30) esclarece que, a Escola Técnica do SUS do Maranhão, que recebe o nome de “Dra. Maria Nazareth Ramos de Neiva” teve a finalidade de atender às demandas de formação técnica dos trabalhadores que já atuavam nos serviços de saúde. Dessa forma, para Castro (2017, p. 21) denota que, a ETSUS assume uma posição estratégica quando o assunto é a efetivação da Política Nacional de Educação Permanente na Saúde, posto que detém o papel de formar e qualificar os trabalhadores da área da Saúde.

Por se tratar de formação, é importante mencionar que a ETSUS adotou como estratégia de ensino- aprendizagem um modelo de curriculum do tipo “currículo integrado e por competências com estrutura modular”, o qual articula trabalho e ensino, teoria e prática, ensino e comunidade, de forma dinâmica. Considerando ainda, as especificidades de assimilação do aluno adulto, suas experiências prévias e suas influências históricos-sociais e culturais além de considerar também as especificidades locais (Cunha, 2017, p. 37).

Cunha (2017, p. 36) ainda ressalta que, a ETSUS/MA possui uma boa estrutura física e administrativa, suficiente planejar e executar a formação técnica dos técnicos de nível médio de todos os municípios do Maranhão.

Com relação ao Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde, conforme consta no próprio Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do Estado do Maranhão, vigência 2019 – 2020 (Maranhão, 2019, p. 5) o Plano, contribui com a iniciativa de qualificação técnica perante as necessidades da vigilância, assistência e gestão do SUS, de modo que, auxilia no desenvolvimento de instrumentos “pedagógicos, gerenciais, humanísticos, éticos e políticos”, visando a consolidação do direito à saúde.

Nesta seara, o Plano surgiu provocando diversas ações e políticas públicas dentro dos municípios do Estado, com o fim de garantir a efetivação da PNEPS, dentre eles destaca-se o Plano Mais IDH (Índice de Desenvolvimento Humano), instituído por meio do Decreto nº 30.612 de 02 de janeiro de 2015, tendo por objetivo promover a superação da extrema pobreza e das desigualdades sociais (Maranhão, 2019, p. 23).

O “Mais IDH” contempla 12 ações, dentre elas o abastecimento de água, a imersão das cozinhas comunitárias e agricultura familiar e criação da comunidade a Escola Digna, a qual busca a construção de escolas de alvenaria como substitutas das escolas de taipa ainda existentes nos municípios contemplados pelo Plano (Maranhão, 2019, p. 23 - 24).

Porém, Castro (2017, p. 45) explica que o primeiro Plano de Educação Permanente no Estado foi elaborado e instituído no período 2011 – 2012.

Tal plano, previa propostas que vão além da área da saúde, preocupando-se com a gestão e a área administrativa, articulação da atenção primária e programas voltados a saúde da mulher e para a população negra e idosa (Castro, 2017, p. 73)

Da mesma maneira, deu-se o Plano de Gestão do período de (2019/2020) o qual elencou ações e programas destinado para além da área da saúde e a formação técnica, a educação básica e infraestrutura.

Dá-se como exemplo o Programa “Sim, eu posso!”, o qual se volta a alfabetização de pessoas acima dos 15 anos de idade, e certificou pessoal nos municípios de “Aldeias Altas, Água Doce do Maranhão, Governador Newton Bello, Jenipapo dos Vieiras, Itaipava do Grajaú, Santana do Maranhão, São João do Carú e São Raimundo do Doca Bezerra”. Os índices demonstraram diminuição de 29 % na taxa de analfabetismo dentro do Estado (Maranhão, 2019, p. 24).

Ainda no setor educacional, foi realizado, em parceria com a ETSUS, a formação de 1.180 (mil cento e oitenta) pessoas no ano de 2018, no curso técnico de Agente Comunitário em Saúde nos municípios contemplados pelo plano (Maranhão, 2019, p. 26).

Com relação a infraestrutura, o plano promoveu a entrega de estradas asfaltadas, sistema de abastecimento de água, pontes e melhoria nas estradas que levam aos Lençóis Maranhenses, algo que impulsionou, inclusive, o turismo local (Maranhão, 2019, p. 26).

Para além, Castro (2017, p. 45) denota que, a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão (SES/MA) convocou os municípios e instituições ligadas à área e ao

setor de saúde para encontros capacitadores da gestão, sempre respeitando as especificidades locorregionais, com o objetivo de dar concreção a da PNEPS.

Consoante a isso, o próprio Plano de Educação Permanente em saúde no Maranhão (2019, p. 4 - 5) informa que, foram realizadas oficinas com os gestores das 19 regiões de saúde e com os coordenadores dos departamentos de educação em saúde dos municípios, visando reconhecer a situação concreta de cada município.

Além disso, essas oficinas tiveram como objetivo, perpassar o Fortalecimento da Implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, discutir sobre a operação e articulação das instâncias das políticas em EPS nos municípios e Regiões de Saúde do Maranhão e fomentar a construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) (Maranhão, 2019, p. 38).

Nesse contexto, o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do Estado do Maranhão (2019/2020) serviu de base ainda, para subsidiar a elaboração dos Planos Municipais de Educação Permanente em Saúde dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) (Maranhão, 2019, p. 5).

Com relação ao assunto saúde, o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (2019, p. 27) traz como um dos pilares a *Força Estadual de Saúde (FESMA)*, um Programa de Cooperação entre o Estado e municípios com os menores IDHM, criado e instituído pelo Decreto nº 30.616, de 02 de janeiro de 2015, o qual tempor finalidade realizar medidas de prevenção, assistência e combate a situações de risco epidemiológico, destacando como foco principal a mortalidade infantil, mortalidade materna, diabetes, hipertensão, saúde das populações indígenas e grupos com maior vulnerabilidade.

Há de se levantar também a atuação da Carreta da Mulher Maranhense, a qual também se originou a partir do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde e que realiza consultas, exames preventivo e do colo do útero, testes de HIV, sífilis e hepatite e, vacinação. Contribuindo para a melhoria da saúde da mulher (Maranhão, 2019, p. 27).

Outro foco do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde foi a Atenção Primária em Saúde, de modo que, o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) ofereceu oficinas de capacitação dos profissionais dentro do Estado, visando a efetiva implantação da Planificação da Atenção Primária em Saúde (Maranhão, 2019, p. 29).

Importante pontuar ainda, como item fundamental inserto no Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde, os cursos de Capacitação, Qualificação e Aperfeiçoamento para Profissionais e Técnicos na área da saúde, realizados entre 2011 e 2018, que abrangem Oficinas Pedagógicas para Técnicos da ETSUS/MA, Apoiadores Matriciais, Técnicos e Facilitadores docentes, Curso Técnico Agente Comunitário em Saúde, Qualificação de Agentes de Combate as Endemias, Aperfeiçoamento em Atenção Primária (voltados para Agentes Comunitários de Saúde, Auxiliares e Técnicos de Enfermagem), Aperfeiçoamento em UTI Neonatal, Aperfeiçoamento em Maternidade, Aperfeiçoamento em Saúde da Criança, Aperfeiçoamento em Saúde do Adulto e Idoso, Caminhos do Cuidado , Auxiliar em Saúde Bucal, Humanização do Parto , Gestão para Educação Permanente dos Profissionais da Rede , Oficina de Leitura e Produção Científica e, Saúde em Libras (Maranhão, 2019, p. 30)

Não obstante, o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde -2019 – 2020 versou ainda sobre investimento na Residência Médica e na residência multiprofissional, modalidades de pós-graduação (especialização), sendo a primeira destinada a médicos e a segunda aos demais profissionais da saúde, que funciona em instituições de saúde, sob a supervisão e orientação direta de outros profissionais de elevada qualificação profissional (Maranhão, 2019 p. 34 - 35).

Na capital Ludovicense, o programa de residência médica contempla o Hospital Dr. Carlos Macieira, com Residência Médica em Clínica Médica, Cirurgia Geral, Dermatologia; o Hospital de Câncer do Maranhão: Tarquínio Lopes Filho, com o Programa de Ortopedia e Traumatologia; o Hospital Infantil Dr. Juvêncio Mattos funciona, com o Programa de Pediatria; o Hospital Nina Rodrigues, com residência na área de Psiquiatria (Maranhão, 2019, p. 34-35);

Já nos municípios interioranos do Estado, o programa de residência médica contempla a Maternidade Carmosina Coutinho, localizada no município de Caxias, o qual concebe residência médica em Ginecologia e Obstetrícia e, o Hospital Regional Dr. Everaldo Aragão, também em Caxias, no qual funciona residência em Clínica Médica (Maranhão, 2019, p. 35).

Atualmente, existem quatro Programas de Residência Multiprofissional da SES/MA e contemplam, a Unidade Básica de Saúde (UBS) Vila Alecrim, UBS Trizidela, UBS Cohab e UBS Baixinha, todos com Residência Multiprofissional em Saúde da Família; Hospital de Câncer do Maranhão: Tarquínio Lopes Filho, com

Residência Multiprofissional em Oncologia e Hospital Infantil Dr. Juvêncio Mattos com o Programa de Residência Multiprofissional em Neonatologia. Tossos esses, localizados na cidade de São Luís – MA (Maranhão, 2019, p. 36).

O quarto programa de residência multiprofissional do Estado do Maranhão contempla a Maternidade Carmosina Coutinho, na cidade de Caxias, a qual recebe o programa de Residência Multiprofissional em Enfermagem Obstétrica (Maranhão, 2019, p. 36).

Dessa forma, em vista das políticas e ações estabelecidas no Estado do Maranhão, infere-se que a PNEPS representa uma estratégia que possibilita discussões sobre o trabalho, mudanças nas formas de fazer das equipes e a transformação da realidade (Maranhão, 2019, p. 36).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Ao falar do percurso metodológico percorrido para dar conta desta tese, pode-se afirmar que estamos perante um estudo que pretende problematizar, a partir da percepção dos Gestores das Regionais de Saúde, e de membros atuante nos núcleos de educação permanente em saúde a implementação e desenvolvimento da Política de Educação Permanente e Saúde no Estado do Maranhão-Brasil.

Estamos, assim, perante uma situação complexa e aberta, pelo que fez sentido optar por um estudo descritivo e compreensivo, apelando à utilização de metodologias qualitativas e quantitativas e recorrendo às técnicas de dados de revisão sistemática de literatura, oficinas de trabalho e questionário com perguntas fechadas e abertas. Para tratamento da informação recolhida procedeu-se a análise de conteúdo e estatística descritiva. Elegeram-se como participantes nesta investigação os gestores das Regionais de Saúde e os Gestores das Unidades de saúde que compõem os Núcleos de Educação Permanente em Saúde (NEP) do Estado do Maranhão.

3.1 Local do estudo

Para melhor entender o sítio de pesquisa, há de se compreender que o Estado do Maranhão, em sua organização política de saúde, está dividido em dezenove regionais de saúde e cada uma delas possui um Gestor Regional. Cabe ao Gestor Regional a responsabilidade pelo gerenciamento e ordenação das ações de educação e saúde implementadas em todos os municípios que compõem a sua regional de saúde, deliberando assim, pessoas responsáveis pela coordenação e execução do

Núcleo de Educação Permanente em Saúde, por exemplo.

Ainda, com a intenção de organizar o sistema de saúde no estado, foi estabelecido, nos termos da Resolução da CIB – MA Nº 44/2011 uma subdivisão do Estado em 19 regiões de saúde com 08 macrorregiões, sendo elas, a macrorregião de São Luís, abrangendo os municípios de São Luís, Chapadinha, Itapecuru e Rosário; a macrorregião de Caxias, abrangendo os municípios de Caxias e Timon, a macrorregião de Pinheiro, abrangendo os municípios de Pinheiro e Viana; a macrorregião de Imperatriz, abrangendo os municípios de Açailândia e Imperatriz; a macrorregião de Presidente Dutra, abrangendo os municípios de Barra do Corda, Presidente Dutra e São João dos Patos; a macrorregião de Coroatá, abrangendo os municípios de Bacabal, Codó e Pedreiras; a macrorregião de Santa Inês, abrangendo os municípios de Santa Inês e Zé Doca e a macrorregião de Balsas, sendo responsável apenas por seu município (Cunha, 2017, p. 36)

Segue quadro de distribuição das regionais de saúde do Estado do Maranhão:

Quadro 1. Regionais de saúde do Estado do Maranhão.

| Informações | MUNICIPIOS: |
|---|--|
| REGIONAL DE SAÚDE – AÇAILÂNDIA (Região XIV) Tel: (99) 3538-1423 Endereço: Rua Anita Garibaldi, nº 905-A, Centro, Açailândia/MA E-mail: urs.acailandia@saude.ma.gov.br // urs.acailandia@gmail.com | SEDE- Açailândia, Bom Jesus das Selvas, Buriticupu, Cidelândia, Itinga do Maranhão, São Francisco do Brejão, São Pedro da água Branca e Vila Nova dos Martírios |
| REGIONAL DE SAÚDE – BACABAL (Região XXV) Tel: (99) 3621-1795 Endereço: BR 316, km 351, COHAB II, Bacabal/MA E-mail: urs.bacabal@saude.ma.gov.br // ugrs.bacabal@gmail.com | SEDE – Bacabal, Altamira do Maranhão, Bom lugar, Brejo de Areia, Conceição do Lago Açú, Lago verde, Marajá do Sena, Olho D'água das Cunhãs, Paulo Ramos, São Luís Gonzaga do Maranhão e Vitorino Freire |
| REGIONAL DE SAÚDE – BALSAS (Região XVII) Tel: (99) 3541-5428 Endereço: Av. Cel. Fonseca, S/N – Centro, Balsas/MA E-mail: urs.balsas@saude.ma.gov.br // diretoriadesaude@hotmail.com | SEDE-Alto Parnaíba, Feira Nova do Maranhão, Formosa da Serra Negra, Fortaleza dos Nogueiras, Loreto, Nova Colinas, Riachão, Sambaíba, São Félix de Balsas, São Pedro dos Crentes, São Raimundo das Mangabeiras e Tasso Fragoso |
| REG. DE SAÚDE – BARRA DO CORDA (Região XXIV) Tel. (99) 3643-2658 Endereço: Rua Frederico Figueira, S/N – Centro Barra do Corda – MA E-mail: urs.barradocorda@saude.ma.gov.br // urs.ma.barradocorda@gmail.com | SEDE-Barra do Corda Fernando Falcão, Grajaú, Itaipava do Grajaú, Jenipapo dos Vieiras e Arame |
| REGIONAL DE SAÚDE – CAXIAS (Região XXVI) Tel:(99)3521-0799 Endereço: Rua Bom Pastor , nº 371,- Centro Caxias-MA E-mail: urs.caxias@saude.ma.gov.br // urscaxias@gmail.com | SEDE-Caxias, Afonso Cunha, Aldeias Altas, Buriti, Coelho Neto, Duque Bacelar e São João do Sóter |
| REGIONAL DE SAÚDE – CHAPADINHA (Região IV) Tel.(98)3471-1066 Endereço: Rua Ananias Albuquerque, 495- Centro Chapadinha – MA E-mail: urs.chapadinha@saude.ma.gov.br // urs.chapadinha@gmail.com | SEDE-Chapadinha – Água Doce do Maranhão, Anapurus, Araisos, Brejo, Magalhães de Almeida, Mata Roma, Milagres do Maranhão, Paulino Neves, Santa Quitéria do Maranhão, Santana do Maranhão e São Bernardo e Tutóia |
| REGIONAL DE SAÚDE – CODÓ (Região VI) Tel. (99) 3661-3070/0541 ou (99) 3641-2801 Endereço: Av. 1º de Maio, 1879-A – Centro, Codó-MA E-mail: urs.codo@saude.ma.gov.br // regional.codo2@gmail.com | SEDE-Codó, Alto Alegre, Coroatá, Peritoró, São Mateuse Timbiras |

| | |
|---|---|
| REGIONAL DE SAÚDE – IMPERATRIZ (Região XV) Tel. (99) 3523-1136/1979 ou (99)3525-0824 /0268/7364 Endereço: Rua Cariolano Milhomem, 271 – Centro, Imperatriz- MA E-mail: urs.imperatriz@saude.ma.gov.br // urs.tocantins@gmail.com | SEDE-Imperatriz, Amarante, Buritirana, Campestre do Maranhão, Davinópolis, Estreito, Gov. Edson Lobão, João Lisboa, Lajeado Novo, Montes Altos, Porto Franco, Ribamar Fiquene, São João do Paraíso, Senador La Roque, Sítio Novo e <u>Carolina</u> |
| REGIONAL DE SAÚDE – ITAPECURU (Região III) Tel: (98) 3463-1332 Endereço: Rua Santo Antonio, S/N, Itapecuru Mirim/ MA E-mail: urs.itapecuru@saude.ma.gov.br // urs.itapecuru2018@gmail.com | SEDE-Itapecuru-mirim, Anajatuba, Arari, Belágua, Cantanhede, Matões do Norte, Miranda do Norte Nina Rodrigues, Pirapemas. Presidente Vargas, São Benedito do Rio Preto, Urbano Santos, Vargem Grande e Vitória do Mearim |
| REGIONAL DE SAÚDE – PEDREIRAS (Região XXIII) Tel: (99) 3642-1739 Endereço: Praça Cinqüentenário nº 01 – Centro Pedreiras – MA E-mail: urs.pedreiras@saude.ma.gov.br // urs.pedreiras@gmail.com | SEDE-Pedreiras, Bernardo do Mearim, Esperantinópolis, Igarapé Grande, Lago da Pedra, Lago do Junco, Lago dos Rodrigues, Lagoa Grande do MA, Lima Campos, Pedreiras – SEDE, Poção de Pedras, São Raimundo do Doca Bezerra, São Roberto e Trizidela do Vale |
| REGIONAL DE SAÚDE – PINHEIRO (Região VII) Tel. (98) 3381-1762/1225 ou (98) 3388-1413 Endereço: Rua Mª Pinheiro Paiva, nº 1055, Bairro Santa Luzia Pinheiro – MA E-mail: urs.pinheiro@saude.ma.gov.br // urs.pinheirosaudema2018@gmail.com | SEDE-Pinheiro, Apicum-çu, Bacuri, Bequimão, Cedral, Central do Maranhão, Cururupu, Guimarães, Mirinzal, Pedro do Rosário, Peri Mirim, Porto Rico do Maranhão, Presidente Sarney, Santa Helena, Serrano do Maranhão, Turiaçu e Turilândia |
| REGIONAL DE SAÚDE – PRESIDENTE DUTRA (Região XX) Tel:(99)3663-3948 Endereço: Praça São Sebastião S/N – Centro Presidente Dutra/MA E-mail: urs.pdutra@saude.ma.gov.br // urs.pdutra@hotmail.com // urspd.ma@gmail.com | SEDE-Presidente Dutra Capinzal do Norte, Dom Pedro Fortuna, Gonçalves Dias, Gov. Archer Gov. Eugênio Barros, Gov. Luís Rocha Graça Aranha, Joselândia, Santa Filomena, Santo Antônio dos Lopes, São Domingos do Maranhão, São José dos Basílios, Senador Alexandre Costa e Tuntum |
| REGIONAL DE SAÚDE DE ROSÁRIO (Região I) Tel: (98) 3345-2120 Endereço: Rua General Lott S/N –Bairro Vila Bacural Rosário/ MA E-mail: urs.rosario@saude.ma.gov.br // urs.rosario@hotmail.com | SEDE-Rosário, Axixá, Bacabeira, Barreirinhas, Cachoeira Grande, Humberto de Campos, Icatu, Morros, Presidente Juscelino, Primeira Cruz, Santa Rita e Santo Amaro |
| REGIONAL DE SAÚDE – SANTA INÊS (Região XI) Tel: (98) 3654-2141/2061 Endereço: Praça Leão Maluf nº 08 – Centro Pindaré – MA E-mails: urs.santaines@saude.ma.gov.br // urs.santaines@gmail.com | SEDE-Pindaré, Alto alegre do Pindaré, Bela Vista, Bom Jardim, Governador Newton Bello, Igarapé do Meio, Monção, Pio XII, Santa Inês, Santa Luzia, São João do Caru, Satubinha e Tufilândia |
| REGIONAL DE SAÚDE – SÃO J. DOS PATOS. (Região XVIII) Tel: (99) 3551-2719/2310 Endereço: Rua Sá Sobrinho, 230 – Centro São João dos Patos – MA E-mail: urs.sjpatos@saude.ma.gov.br // urssjpatos2018@gmail.com | SEDE-São João dos Patos, Barão de Grajaú, Benedito Leite, Buriti Bravo, Colinas, Jatobá, Lagoa do Mato, Mirador, Nova Iorque, Paraibano, Passagem Franca, Pastos Bons, São Domingos do Azeitão, Sucupira do Norte, e Sucupira do Riachão |
| REGIONAL DE SAÚDE – TIMON (Região X) Tel: (99) 3212-2963 Endereço: Avenida Viana Vaz, 186 – Centro Timon-MA E-mail: urs.timon@saude.ma.gov.br // ursmedioparnaiba@hotmail.com | SEDE-Timon, Matões, Parnarama, São Francisco do Maranhão |
| REGIONAL DE SAÚDE – VIANA (Região IX) Tel: (98) 3351-1292 Endereço: Rua Profa. Amélia Carvalho, S/N – Centro Viana-MA E-mail: urs.viana@saude.ma.gov.br | SEDE-Viana, Bacurituba, Cajapió, Cajari*, Matinha, Olinda Nova do Maranhão, Palmeirândia, Penalva, São Bento, São João Batista, e São Vicente Ferrer |
| REGIONAL DE SAÚDE – ZÉ DOCA (Região XII) Tel. (98) 3655-4446/4572 Endereço: Praça Osvaldo Cruz, 65 – Vila Barroso Zé Doca-MA E-MAIL: urs.zedoca@saude.ma.gov.br // urs.zedoca@gmail.com | SEDE-Zé Doca, Amapá do Maranhão, Araguanã, Boa Vista do Gurupi, Cândido Mendes, Carutapera, Centro do Guilherme, Centro Novo do Maranhão, Godofredo Viana, Governador Nunes Freire, Junco do Maranhão, Luís Domingues, Maracaçumé, Maranhãozinho, Nova Olinda do Maranhão, Presidente Médici e Santa Luzia do Paruá |

Quadro elaborado pela autora a partir de informações coletadas em Coordenação das Regionais de saúde.

3.2 Percurso metodológico – Estudo 1

Estudo 1, “Percepção dos Gestores Regionais de Saúde sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no estado do Maranhão, Brasil”, publicado na “Revista Educação e Emancipação da Universidade Federal do Maranhão”, Brasil, cujo objetivo foi identificar a percepção dos gestores sobre a Educação Permanente em Saúde. Para o desenvolvimento da coleta de dados deste estudo, utilizou-se o cenário criado pelo Ministério da Saúde com o desenvolvimento do Programa para o Fortalecimento das práticas de Educação Permanente em Saúde (PRO EPS-SUS).

Para Minayo (2010) a função da pesquisa qualitativa é “buscar significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes”, assim defende que o universo de significar é constante no processo de interações com o fenômeno estudado, não podendo ser reduzida simples operacionalização de variáveis, mas atuando paralelamente à abordagem quantitativas, com foco na indução, nos mecanismos implícito aos comportamentos e as interpretações pelos próprios sujeitos (Alami; Desjeux; Garabuau-Moussaoul, 2010).

Dessa forma, a pesquisa qualitativa se caracteriza pela sua flexibilidade de adaptação no seu desenvolvimento, por tratar de objetos complexos, englobar dados heterogêneos, pela capacidade de descrever aspectos da vida social e por sua abertura ao conhecimento empírico (Pires, 2008). Dado que se observa quando se compreende que:

“o pesquisador é o principal instrumento da coleta e análise dos dados. Ele interage com os participantes, e sua sensibilidade e percepção são essenciais na busca e no processamento de observações e respostas. O modo como o pesquisador administra as respostas durante a coleta e a análise dos dados afetam a qualidade desses dados e as conclusões” (Jones, 2007).

A investigação qualitativa foca no modelo fenomenológico em que a realidade é baseada na percepção dos sujeitos e objetiva compreender e buscar de significados por meio verbal e da observação em vez de se utilizar apenas números (Guimarães, 2016).

Amado, Costa e Crusoé (2013, p. 304), destacam um aspecto importante da investigação qualitativa:

“o fato de ela permitir, além de uma rigorosa e objetiva representação dos conteúdos ou elementos das mensagens (discurso, entrevista, texto, artigo,

etc) através da sua codificação e classificação por categorias e subcategorias, o avanço (fecundo, sistemático, verificável e até certo ponto replicável) no sentido da captação do seu sentido pleno (à custa de inferências interpretativas derivadas ou inspiradas nos quadros de referência teóricos do investigador), por zonas menos evidentes constituídas pelo referido “contexto” ou “condições” de produção”.

Após longo processo de discussão nas oficinas regionais e nacionais, realizadas em 2017, envolvendo estados e municípios para avaliação do processo de implementação da Política Nacional de Atenção Básica em Saúde, o Ministério da Saúde lançou a Portaria nº 3194, de 28 de novembro de 2017, criando o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde. O PRO EPS-SUS constitui-se em mais uma iniciativa da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), do governo federal, com o propósito de fortalecer o processo de implementação da Política Nacional de Atenção Básica em Saúde nos estados, Distrito Federal (DF) e municípios brasileiros. O PRO EPS-SUS, tal como se afirma no Art. 2º, tem como objetivo:

[...] estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde para a transformação das práticas de saúde em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho (Brasil, 2017b).

Com o PRO EPS-SUS, o governo federal destinou recursos financeiros aos estados, municípios e ao Distrito Federal (DF), que aderiram ao Programa, como uma forma de incentivar o desenvolvimento de ações de Educação Permanente em Saúde. Como contrapartida, os estados e Distrito Federal deveriam elaborar o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde e os municípios deveriam planejar e desenvolver atividades de EPS, voltadas às equipes da Atenção Básica.

Além disto, o PRO EPS-SUS previu o apoio técnico e institucional, oferecendo um conjunto de orientações para subsidiar os responsáveis pela gestão da Educação Permanente em Saúde nos estados e municípios, a fim de que pudessem elaborar seus planos e implementar as ações de EPS, de forma planejada e organizada (Brasil, 2018).

No Maranhão, a execução do PRO EPS-SUS foi conduzida pela Escola Técnica do Sistema Único de Saúde/MARANHÃO “Dra. Maria Nazareth Ramos de Neiva” (ETSUS/MA). Esta escola é vinculada à Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão, integrando a rede pública estadual de educação, e desenvolve processos formativos que atendam às demandas locais de formação dos trabalhadores que atuam no SUS no estado (Maranhão, 2003, 2012).

Foram realizadas oficinas com os representantes das secretarias saúde e

coordenação da atenção básica de todos os 217 municípios do estado para discutir sobre o PRO EPS-SUS e auxiliá-los na elaboração dos planejamentos das ações e estratégias para a Educação Permanente em Saúde em nível local e regional. Ao todo foram 10 oficinas, contemplando todas as 19 regionais de saúde do Estado.

Para a realização das oficinas com os Gestores das 19 regionais de Saúde, fez-se a organização por meio do convite aos gestores de regionais representados pelos secretários municipais de saúde de cada município que compõe a regional, foram convidados, também, os coordenadores da atenção básica dos municípios, assim como os coordenadores de educação e saúde de cada regional de saúde. Em cada dia de oficina, trabalhávamos com representantes de duas regionais de saúde e um dia realizamos oficina com representantes da Secretaria de Estado da Saúde (SES) que também desenvolvem ações de educação permanente em saúde.

O período de realização foi de julho e agosto de 2018. Participaram 146 gestores de saúde ou representantes que eles indicaram para participarem da oficina.

No decorrer das oficinas, os participantes foram estimulados a discutir sobre diversos aspectos da educação permanente, leitura e discussão sobre as portarias e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, refletir sobre as práticas de EPS desenvolvidas no território e a propor atividades de EPS que poderiam compor os Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde (PAREPS).

Para iniciar as discussões, o primeiro exercício foi refletir sobre o seguinte questionamento: **Qual o seu entendimento sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde?** O objetivo era diagnosticar o nível de compreensão dos grupos em relação à EPS e identificar os saberes prévios em relação à temática. Os painéis criados nesse momento foram utilizados como fonte de informações para este estudo.

Cada participante recebeu uma tarjeta para escrever uma frase curta que representasse a sua resposta ao questionamento. Em seguida, eles foram estimulados a construir o mural das percepções dos gestores em relação à PNEPS. Durante a construção eles expressaram a justificativa para a resposta apresentada na tarjeta.

Realizou-se uma análise dos painéis para identificar a concepção dos gestores em relação à Educação Permanente em Saúde. As respostas foram transcritas para uma planilha do Microsoft Excel e em seguida todas as respostas foram lidas e analisadas de maneira geral. Após a análise, as respostas foram agrupadas de acordo com os núcleos de sentido.

Após a leitura de todas as tarjetas, identificou-se que as respostas poderiam

ser reorganizadas em seis núcleos de sentido, sendo estes: Educação Permanente em Saúde, Educação Continuada, Educação em Saúde, Contribuições gerais da Educação Permanente em Saúde, Sugestões e Desconhecimento sobre a Educação Permanente em Saúde.

3.3 Percurso metodológico – Estudo 2

Estudo 2, “Percepção de Profissionais sobre a atuação do Núcleo de Educação Permanente em Saúde no estado do Maranhão” – submissão a revista “Trabalho, Educação e Saúde”, que objetivou verificar conhecimento, percepção, organização, ações realizadas e principais dificuldades observadas pelos representantes dos Núcleos de Educação Permanente em Saúde do estado do Maranhão – Brasil.

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem quantitativa, realizada com membros de núcleos de educação permanente em saúde do estado do Maranhão atuantes em Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e hospitais municipais e regionais do estado, realizada no período de dezembro de 2020 a junho de 2021.

Importante explicar que são várias as unidades de saúde que possuem núcleos de educação permanente no estado do Maranhão. No entanto, para a quantidade de unidades de saúde existentes, o número de participantes pode ser considerado pequeno, uma vez que apenas 27 participantes responderam ao questionário, ainda que se tenha enviado por três vezes o documento solicitando participação destes gestores.

Após a concordância em participar da pesquisa, foi solicitado confirmação do aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). A partir daí, os dados foram coletados a partir de um questionário online (google-forms) com dados sócio-demográficos e questionário com escala tipo Likert (APÊNDICE B), disponibilizado para preenchimento aos membros de núcleo de educação permanente em saúde do estado do Maranhão,

Foram coletadas informações sociodemográficas relativas ao conhecimento, organização e ações relacionadas aos Núcleos de educação permanente em saúde.

O estudo foi conduzido de acordo com as diretrizes da Declaração de Helsinque e dos critérios da Resolução número 466/2012 e foi aprovada pelo Comitê de Ética da Unidade de Ensino Superior Dom Bosco – UNDB sob CAAE nº 44664721.8.0000.8707 e parecer nº 4.626.140 (APÊNDICE C).

Para a análise, os dados foram tabulados no Microsoft Office Excel® e analisados a partir do programa estatístico SPSS 21.0®. Para a análise dos

resultados, as variáveis foram apresentadas em frequências absolutas (n) e relativas (%).

Para finalizar a trajetória, apresenta-se uma conclusão com o intuito de integrar os resultados obtidos nos diferentes estudos que serviram de embasamento para assegurar que mesmo que os gestores envolvidos com a Política Nacional de Educação Permanente conheçam a política, ainda há a meta a ser alcançada de sistematizar e organizar as ações de educação permanente em saúde no Estado do Maranhão, bem como divulgar essas ações.

Explica-se ainda que para o efetivo desenvolvimento deste trabalho de pesquisa, contou-se com a anuência das instituições envolvidas (universidade de Coimbra e Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Maranhão), bem como do comitê de ética em pesquisa, conforme documentos em anexo (anexar parecer do comitê de ética).

3.4 Percorso metodológico – Estudo 3

Estudo 3, “Educação Permanente em Saúde no Brasil: Revisão sistemática” - submissão a revista “Interface - Comunicação, Saúde, Educação”, que objetivou verificar ações e estratégias desenvolvidas e relatadas na literatura científica nos últimos 05 anos de ações de Educação Permanente em saúde em instituições brasileiras. Tratou-se de um estudo de revisão sistemática. O protocolo para esta revisão sistemática foi desenvolvido seguindo PRISMA-P [Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses - Protocols] (MOHER et al., 2015). A pesquisa foi orientada a partir das questões: Quais as principais estratégias utilizadas a partir da EPS nos estudos avaliados? Qual o público-alvo das estratégias utilizadas nos estudos avaliados? Quais os principais resultados das estratégias utilizadas nos estudos avaliados? E Quais os principais impactos da EPS nos estudos avaliados?

Foram incluídos estudos quantitativos, qualitativos, estudos de caso, relatos de experiências e estudos metodológicos, publicados entre 2017 e 2021, em português ou inglês. Os estudos foram incluídos se os resultados relacionados às estratégias em Educação Permanente em Saúde em instituições brasileiras. Foram excluídas revisões, artigos de discussão, cartas ao editor, resumos de conferências, opiniões pessoais, livros e / ou capítulos de livros.

O número de estudos identificados, examinados e incluídos na revisão, bem como o número de referências excluídas e os motivos da exclusão em fluxograma,

conforme modelo PRISMA Chart. E para a extração de dados, os artigos foram pesquisados na plataforma BVS (Biblioteca Virtual de Saúde), MEDLINE, LILACS, SCIELO, SCOPUS e RIUFF (Repositório Institucional), com busca considerando toda a coleção, a partir dos descritores “Educação em Saúde”, “Educação Permanente em Saúde”, “Sistema Único de Saúde” e “Brasil”, em combinação com palavras-chave combinadas com operadores booleanos AND e OR.

Todos os estudos incluídos estavam disponíveis como texto completo, em português ou inglês. O desfecho primário foi relacionado às principais estratégias utilizadas; o secundário relacionado ao público-alvo e o terciário aos principais resultados das implementações da EPS.

A síntese de resultados foi realizada de forma descritiva e narrativa, sendo apresentados autor, título, base de dados, ano, local, desenho do estudo, objetivos, modelo estratégico, descrição das estratégias, resultados gerais e impactos da EPS observados e descritos nos artigos selecionados. ficou evidente que a aplicação efetiva da PNEPS está relacionada ao envolvimento dos Núcleos de Educação e dos profissionais alvo.

4 RESULTADOS

4.1 Artigo 1 – PERCEPÇÃO DOS GESTORES REGIONAIS DE SAÚDE SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO ESTADO DO MARANHÃO, BRASIL

Periódico: Revista Educação e Emancipação

Percepção dos gestores regionais de saúde sobre a política nacional de educação permanente em saúde no Estado do Maranhão-Brasil

Maria de Lourdes Carvalho

Escola de Saúde Pública do Maranhão - ESP/MA

Luís Alcoforado

Universidade de Coimbra- Portugal.

Ellen Rose Sousa Santos

Escola de Saúde Pública do Maranhão - ESP/MA

DOI: <https://doi.org/10.18764/2358-4319.v13n2p228-249>

Palavras-chave: Educação permanente, Saúde, Política pública



Artigo 1. Artigo propriamente dito**PERCEPÇÃO DOS GESTORES REGIONAIS DE SAÚDE SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO ESTADO DO MARANHÃO, BRASIL****Maria de Lourdes Carvalho** – Escola de Saúde Pública do Maranhão - ESP/MA¹**Luís Alcoforado** – Universidade de Coimbra- Portugal.²**Ellen Rose Sousa Santos** – Escola de Saúde Pública do Maranhão - ESP/MA³DOI: <https://doi.org/10.18764/2358-4319.v13n2p228-249>**Resumo**

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) surge da regulamentação do artigo 200 da Constituição Federal de 1988 e estabelece o princípio de ordenar a formação de recursos humanos na saúde visando mudanças na realidade de trabalho dos profissionais. Instituída em 2004, a PNEPS atribui aos gestores municipais de saúde a condução do planejamento regional, pactuação de recursos, definição de prioridades e apoio ao planejamento local da Educação Permanente em Saúde (2004). Em 2017, buscando o fortalecimento e consolidação da PNEPS, o Ministério da Saúde desencadeou um processo de discussão nacional onde foram identificadas divergências na concepção dos gestores sobre educação permanente, fato considerado entrave para a consolidação da política. A partir disto, foi lançado o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde (PRO EPS-SUS). No Maranhão, foram realizadas 10 oficinas, contemplando as 19 regionais de saúde do Estado. O objetivo deste estudo foi identificar a percepção dos gestores sobre a Educação Permanente

¹ Doutoranda em Educação pela Universidade de Coimbra. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Maranhão. Coordenadora de Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde na Escola de Saúde Pública do Maranhão (ESP/MA). E-mail: mlourdinha@gmail.com

² Doutor em Ciências da Educação pela Universidade de Coimbra. Coordenador do Mestrado em Educação e Formação de Adultos e Intervenção Comunitária. Membro da Coordenação do Doutorado em Ciências da Educação da Universidade de Coimbra- Portugal. E-mail: lalcoforado@fpce.uc.pt.

³ Mestre em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, nucleadora UFMA (RENASF/UFMA). Coordenadora do Curso na Escola de Saúde Pública do Maranhão (ESP/MA). E-mail: ellenrose.ss@gmail.com.

em Saúde. Tratou-se de um estudo qualitativo desenvolvido a partir das oficinas do PRO EPS-SUS no Maranhão, das quais participaram 146 gestores. A coleta das informações se deu a partir do painel “Qual o seu entendimento sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde?” Percebeu-se que eles ainda têm dificuldade na conceituação da Educação Permanente em Saúde e na diferenciação desta de outras ações do campo da Educação na Saúde, como a Educação Continuada e a Educação em Saúde.

Palavras-chaves: Educação permanente. Saúde. Política pública.

ABSTRACT

The National Policy for Permanent Education in Health (PNEPS) increased article 200 of the Federal Constitution 88 and established the principle of ordering the training of human resources in health that change the reality of the professionals' work. Established in 2004, a PNEPS assigns municipal health managers to conduct regional planning, agree on resources, define monitoring and support local planning for Permanent Health Education (BRASIL, 2004). In 2017, seeking to strengthen and consolidate the PNEPS, the Ministry of Health initiated a process of national discussion, where divergences were identified in the managers' analysis of permanent education, a fact considered an obstacle to policy politics (BRASIL, 2017b). Based on this, the Program for Strengthening Permanent Health Education Practices in the Unified Health System (PRO EPS-SUS) was launched. In Maranhão, 10 workshops were held, covering the 19 regional health regions of the State. The objective of this study was to identify the managers' perception of Permanent Education in Health. This was a qualitative study developed from the PRO EPS-SUS workshops in Maranhão, of which 146 146 managers. Information was collected from the panel “What is your understanding of the National Policy for Permanent Education in Health?” It is noticed that they still have difficulties in the concept of Permanent Education in Health and differentiation among other actions in the field of Health Education, such as Continuing Education and Health Education.

Keywords: Permanent education. Health. Public policy.

Introdução

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) surge da regulamentação do artigo 200 da Constituição Federal brasileira de 1988, que além das atribuições pertinentes ao Sistema Único de Saúde, estabelece o princípio geral de “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (BRASIL, 1988, p. 120). Importante dizer que para a compreensão desta política, deve existir o entendimento de que a educação deve ser pensada a partir dos contextos locais e de trabalho, para que possam ser garantidos os recursos educativos necessários, os espaços de vida suficientemente desafiadores e o acompanhamento a todos os que necessitam de ajuda para dar sentido às suas aprendizagens contínuas, promovendo o seu reconhecimento pessoal e social (ALCOFORADO, 2014)

Por outro lado, para um entendimento mais consensualizado de saúde, é necessário lembrar que a Organização Mundial de Saúde (OMS) a define como completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não somente ausência de afecções e enfermidades. A saúde é, portanto, um valor coletivo, um bem de todos, devendo cada um gozá-la individualmente, sem prejuízo de outrem, configurando-se em importante indicador de como funcionam os diversos grupos sociais e da efetividade das políticas públicas (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017).

Neste sentido, afirma-se que os profissionais de saúde inseridos na rede pública do Brasil compõem uma comunidade que desenvolve ações de saúde e de educação junto às pessoas atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), carecendo assim, de implementação da Educação Permanente em Saúde (EPS). Pela sua parte, a educação em saúde constitui um instrumento para a promoção da qualidade de vida e autonomia das pessoas, famílias e comunidades por meio da articulação de saberes técnicos e populares, de recursos institucionais e comunitários, de iniciativas públicas e privadas, superando a conceituação biomédica de assistência à saúde e abrangendo multideterminantes do processo saúde-enfermidade-cuidado (JUNIOR; ROCHA; FERRONATO, 2018).

A EPS é uma estratégia político-pedagógica que tem como objeto os problemas e necessidades oriundas dos processos de trabalho na saúde e a produção de conhecimento se dá no cotidiano do trabalho, envolvendo trabalhadores, gestores, usuários e a comunidade (BRASIL, 2004). O objetivo é a qualificação dos processos de trabalho em saúde, orientando-se para a melhoria do acesso, qualidade e

humanização na prestação de serviços e para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde no âmbito federal, estadual, municipal e local (BRASIL, 2018a). A Educação Permanente em Saúde pode, assim, fomentar mudanças na realidade de trabalho dos profissionais envolvidos à medida que fomenta a reflexão crítica sobre os problemas que comprometem a atenção à saúde, buscando fortalecer nos processos formativos não somente os conhecimentos técnico-científicos, mas também o planejamento do processo de trabalho (ALMEIDA *et al.*, 2016).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNPES) brasileira, instituída em 2004, atribui aos gestores municipais de saúde, através das Comissões Inter gestores Regionais (CIR), a condução do planejamento regional, pactuação de recursos, definição de prioridades e apoio ao planejamento local da Educação Permanente em Saúde. Em nível local, fica atribuído aos gestores, acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e estratégias, criando estruturas para sua implementação e participando do financiamento (BRASIL, 2004, 2007). É, então, indispensável que os gestores estejam preparados para assumir a condução da política, não apenas incluindo as ações de Educação Permanente em Saúde nas agendas estratégicas dos municípios, mas também participando da elaboração e fortalecimento das ações e efetiva gestão dos processos de integração ensino-serviço-comunidade (FRANÇA *et al.*, 2017; VENDRUSCOLO *et al.*, 2018).

Para tanto, além de estarem sensibilizados sobre a importância estratégica da Educação Permanente em Saúde no processo de construção e consolidação do Sistema Único de Saúde (LEMOS, 2016), é indispensável que as ideias e pensamentos dos gestores em relação à EPS estejam bastante afinados. Acredita-se que a concepção dos gestores em relação à Educação Permanente em Saúde interfere diretamente na forma com que esta estratégia é organizada e implementada.

Neste sentido, em 2017, o Ministério da Saúde desencadeou um processo de discussão sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde com o objetivo de debater coletivamente estratégias para atualizar as portarias vigentes e elaborar propostas para o fortalecimento e consolidação do processo de implementação desta política. Percebeu-se, ao final do processo, que o principal problema não é o conteúdo da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e as diretrizes já existentes, mas a dificuldade no processo da sua implementação (BRASIL, 2017b). Identificou-se como uma das dificuldades, a divergência na concepção da educação permanente por parte dos gestores. Vários estados

destacaram a necessidade de desenvolver reflexões e debates sobre os conceitos de Educação Permanente em Saúde, considerando que ainda falta apropriação plena da concepção que fundamenta a política. Destacou-se, ainda, a necessidade de diferenciar conceitos de Educação em saúde, Educação permanente, Educação popular¹, distinguindo-se, também, a Educação Profissional² e da Educação Permanente (BRASIL, 2017b).

A partir disto, tem-se o seguinte questionamento: Será que no Maranhão também existem divergências sobre a concepção dos gestores em relação à Educação Permanente em Saúde, assim como identificado em âmbito nacional? De uma maneira consonante, o objetivo deste estudo, é identificar a concepção dos gestores regionais de saúde sobre a Educação Permanente em Saúde no contexto dos municípios maranhenses. Baseado numa metodologia de recolha de informação resultante de reuniões com dos Gestores Regionais, o estudo indica a necessidade de novos debates sobre a EPS e de promover esclarecimentos e capacitações que colaborem com um “alinhamento conceitual” que facilite o processo de gestão de planejamento das ações de EPS.

O interesse por identificar qual a concepção dos gestores maranhenses sobre a Política Nacional de Educação Permanente emerge como parte de tese de doutoramento em educação permanente e educação de jovens e adultos da Universidade de Coimbra -Portugal. Neste sentido, a autora estuda Educação Permanente em saúde no estado do Maranhão: condições de implementação e perspectivas dos gestores de regionais de saúde. O primeiro objetivo específico de sua tese se relaciona à opinião de gestores de regionais de saúde sobre a referida política. A doutoranda atua como coordenadora pedagógica da Escola Técnica do SUS do Maranhão, espaço que lhe proporciona o convívio com ações de educação permanente em saúde no Estado, despertando assim, questionamentos sobre as condições de implementação, ampliação e efetivação dessas ações de educação permanente.

¹ Prática educativa com foco na promoção, a proteção e a recuperação da saúde a partir do diálogo entre a diversidade de saberes dos trabalhadores da saúde e usuários, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, movimentos populares a produção de conhecimentos e a inserção destes no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2017c).

² Modalidade educacional de preparação dos indivíduos para a prática profissional, articulando os conhecimentos com a aplicabilidade destes no âmbito do trabalho (FILHO, 1999).

Em nível de Brasil, a discussão para implementação da Política nacional de Educação Permanente em Saúde tem ocupado espaço de grandes reuniões, surgindo o direcionamento para o reforço das ações de educação permanente na atenção básica. Neste sentido, o Ministério da saúde criou o Programa para o Fortalecimento das práticas de Educação Permanente em Saúde (PRO EPS-SUS) na atenção básica e fez liberação de orçamento para todos os municípios e cada Estado ficou com a responsabilidade de organizar as ações de educação em saúde consolidando-as no Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde. No Maranhão, a organização das ações se deu na Escola Técnica do SUS com o formato de oficinas/reuniões com gestores de saúde.

Diante da necessidade de desenhar as ações de educação permanente em saúde e da necessidade de pesquisar a opinião de gestores de regionais sobre a Política Nacional de educação Permanente em Saúde, primeiro objetivo específico da tese de doutoramento, a autora participou de todas as oficinas/reuniões utilizando o espaço de trabalho para fazer a atividade de pesquisa. Para realização das oficinas/reuniões, foi utilizada a metodologia ativa do tipo problematização para processar a participação dos gestores de saúde. Sendo assim, os gestores foram acolhidos, orientados sobre a metodologia de trabalho e participaram do seguinte questionamento: qual o seu entendimento sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde? Foi utilizada a metodologia de análise de conteúdo das respostas dos gestores. As oficinas para recolha de informações se deram na sede Escola Técnica do SUS do Maranhão.

Realizou-se uma análise dos painéis de respostas para identificar a concepção dos gestores em relação à Educação Permanente em Saúde. As respostas foram transcritas para uma planilha do Microsoft Excel e em seguida todas as respostas foram lidas e analisadas de maneira geral. Após a análise, as respostas foram agrupadas de acordo com os núcleos de sentido.

Identificou-se, posteriormente, que as respostas poderiam ser reorganizadas em seis núcleos de sentido, sendo estes: Educação Permanente em Saúde, Educação Continuada, Educação em Saúde, Contribuições gerais da Educação Permanente em Saúde, Sugestões e Desconhecimento sobre a Educação Permanente em Saúde. Ao todo foram realizadas 10 oficinas, contemplando todas as 19 regionais de saúde do Estado. Com participação de 146 gestores de regionais de saúde.

Educação Permanente em Saúde no Brasil

A reorientação do modelo assistencial em saúde no Brasil, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, revela uma nova dinâmica de atuação das equipes de saúde com definição e compartilhamento de responsabilidades entre os serviços e a população (BRASIL, 2017a). De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica em Saúde (2017a), a atenção básica em saúde é, tal como se define no Art 2º:

[...] o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

Ainda nesta publicação é possível perceber uma preocupação por parte do Ministério da Saúde em colaborar com a forma de organização dos serviços e produção de saúde e com a democratização do conhecimento em relação ao processo saúde-doença, sendo este último um dos pressupostos básicos relacionados à Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2004; FEUERWERKER, 2014; SILVA, 2015)

A Educação Permanente em Saúde é uma estratégia que visa fomentar mudanças na realidade de trabalho dos profissionais envolvidos à medida que fomenta a reflexão crítica sobre os problemas que comprometem a atenção à saúde, buscando fortalecer nos processos formativos, não somente os conhecimentos técnico-científicos, mas também o planejamento do processo de trabalho (FRANÇA, 2017; ALMEIDA, *et al.*, 2016).

Na visão de Ceccim e Ferla (2009, p. 165):

Para produzir mudanças de práticas de gestão e de atenção, é fundamental dialogar com as práticas e concepções vigentes, problematizá-las – não em abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe – e construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem o Sistema Único de Saúde da atenção integral à saúde.

Desta forma, a Educação Permanente em Saúde se destaca pela valorização do trabalho como fonte do conhecimento, articulação do cotidiano com o processo de construção do conhecimento e o desenvolvimento de ações educativas que

promovam a transformação e melhoria da qualidade da atenção ofertada em uma dada realidade. Por isso, a educação deve ser trabalhada de maneira permanente e dinâmica, buscando construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação, pondo o cotidiano do trabalho constantemente em análise (ALMEIDA, *et al.*, 2016).

Posto isto, a educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, onde se aprende e se ensina diariamente no âmbito do trabalho e quando o material a ser aprendido tem algum sentido para o educando e para a transformação das suas práticas profissionais cotidianas (FRANÇA *et al.*, 2017; VENDRUSCOLO *et al.*, 2018). Este processo tem como referência a reflexão crítica sobre as dificuldades do serviço, da comunidade, da gestão e do controle social e deverá promover a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho sendo estruturados a partir da problematização do processo de trabalho (CARDOSO *et al.*, 2017).

Ao dialogar sobre a problematização da realidade do trabalho, a Educação Permanente em Saúde poderá se constituir com uma potente ferramenta para a gestão do trabalho na saúde, diferenciando-se da educação continuada não apenas conceitualmente, mas também com a representatividade com que esses momentos educativos atingem a realidade do trabalho (ANDRADE; LAPOLLI, 2018). Portanto, na Educação Permanente em Saúde, além da aquisição de conhecimentos, é possível promover espaços de autocrítica, tanto individual, dos profissionais de saúde, como coletiva, sobre o trabalho, promovendo, concomitantemente, a democratização do saber nas organizações (CAVALCANTI; GUIZARDI, 2018; ANDRADE; LAPOLLI, 2018).

Além disto, o Ministério da Saúde (2017b) recomenda que os profissionais da saúde instituem processos de Educação Permanente em Saúde suportados na reflexão sobre a conjuntura e as contingências institucionais, sob o ponto de vista ético e político, concebendo-os, assim, como um princípio constante de promoção e desenvolvimento integral e contextualizado da equipe, centrando-se nas fragilidades do processo de trabalho e dos problemas de saúde vivenciados pelas equipes de saúde, de modo crítico e criativo. Em síntese, saberes, habilidades e valores deverão ser apropriados pela equipe no contexto do trabalho, para que ela possa desempenhar suas atividades, de forma satisfatória para todos os profissionais, bem como para as comunidades que integram e para quem trabalham (SILVA, 2015).

Assim, o planejamento das ações de Educação Permanente em Saúde pelas equipes deve ser sistematizado a partir do levantamento das necessidades das comunidades, dos profissionais e da gestão setorial. A seleção de conteúdos e os objetivos das ações devem contemplar as demandas de aprendizagem identificadas, enquanto a definição de métodos e técnicas de ensino devem possibilitar uma execução contínua de avaliação dos processos e dos resultados (BRASIL, 2017b), recomendando-se um diálogo com a organização territorial, pois o trabalho das equipes deve partir da compreensão das necessidades do território e da população sob a responsabilidade das equipes (BRASIL, 2017b). Defende-se ainda uma maior reflexão do profissional de saúde em seu trabalho vivo em ato, para a própria autoanálise, e que é necessário do ponto de vista pedagógico abrir espaços relacionais para poder se falar e se implicar com isso (MERHY, 2007).

Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

Em referência à questão da formação de recursos humanos para a saúde, o artigo 200 da Constituição Federal (CF) de 1988 atribui ao Sistema Único de Saúde a competência de “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” e “incrementar o desenvolvimento técnico e científico da força de trabalho com atuação setorial” (BRASIL, 1988, Artº 200), determinando, com essa disposição legal, a responsabilidade dos gestores do SUS de formular e executar uma política de formação para os trabalhadores da saúde.

Com a promulgação da Constituição Federal e instituição das Leis nº 8.080 e 8.142, de 1990, que regulamentam o Sistema Único de Saúde, definem-se as propostas de ordenação da formação de recursos humanos para a saúde em todos os níveis de ensino (BRASIL, 1990a, 1990b). Depois disto, várias propostas foram apresentadas para fortalecer a formação dos profissionais da saúde, entre elas a instituição da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, em 13 de fevereiro de 2004, através da portaria 198, implementando a EPS como estratégia para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor.

Em 2007, a referida política foi complementada pela Portaria GM/Ministério da Saúde nº 1.996 de 20 de agosto de 2007 que reforçou que os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde devem ter como referência as necessidades das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde,

tendo como principal objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho a partir da problematização da atuação, tendo a atualização técnico-científica apenas como um dos aspectos da transformação das práticas e não seu foco central. A formação e o desenvolvimento englobam aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2007). Além disto, as diretrizes da Política (2007) atribuem a responsabilidade da sua condução ao Colegiado de Gestão Regional (CGR) que posteriormente, com a instituição do Decreto nº 7.508, passa a denominação de Comissão Intergestores Regionais (CIR), e as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES).

No que diz respeito às Comissões Intergestores Regionais (CIR), elas têm sob sua responsabilidade “instituir processo de planejamento regional para a Educação Permanente em Saúde, que defina as prioridades, as responsabilidades de cada ente e o apoio para o processo de planejamento local”, devendo, para tal, ter o apoio das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço, que participarão da “formulação, condução e desenvolvimento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde” nas localidades (BRASIL, 2007, p. 1-2).

Estudos realizados para analisar a implementação da política nos municípios e estados brasileiros apontam evidências relevantes em relação às dificuldades neste processo, tais como: pouca articulação intergestores, trabalhadores, controle social e instituições de ensino; baixa implantação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço regionais; participação incipiente dos gestores municipais; indefinição de parâmetros para construção dos projetos; ausência de avaliação acerca dos projetos desenvolvidos no que tange a suas desejadas mudanças nas práticas de formação, gestão e atenção na saúde; dificuldades na utilização dos recursos financeiros; dentre outras dificuldades (KRÜGER *et. al.*, 2017; FRANÇA *et al.*, 2017; DALFIOR *et al.*, 2017).

Em 2017, na tentativa de desenvolver uma forma de enfrentamento para dificuldades com a implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, o Ministério da Saúde promoveu um amplo debate em todo o país acerca do estágio de implementação dessa política (BRASIL, 2018b), constatando-se diversas dificuldades enfrentadas pela maioria dos Estados, Municípios e Distrito Federal. Das dificuldades, podem se destacar a suspensão do repasse dos recursos federais, a baixa capacidade de gestão da política, relacionada a dificuldades na gestão da

PNEPS, a incipiente implementação da política, a confusão em relação a questões conceituais e o apoio incipiente prestado aos municípios e às estruturas regionais que, tendo recebido os recursos, tiveram dificuldades com a execução financeira (dados do diagnóstico DEGES/SGTES 2015/16).

Metodologia e Procedimento

Para o desenvolvimento da coleta de dados deste estudo, utilizou-se o cenário criado pelo Ministério da Saúde com o desenvolvimento do Programa para o Fortalecimento das práticas de Educação Permanente em Saúde (PRO EPS-SUS).

Após longo processo de discussão nas oficinas regionais e nacionais, realizadas em 2017, envolvendo estados e municípios para avaliação do processo de implementação da Política Nacional de Atenção Básica em Saúde, o Ministério da Saúde lançou a Portaria nº 3194, de 28 de novembro de 2017, criando o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde. O PRO EPS-SUS constitui-se em mais uma iniciativa da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), do governo federal, com o propósito de fortalecer o processo de implementação da Política Nacional de Atenção Básica em Saúde nos estados, Distrito Federal (DF) e municípios brasileiros. O PRO EPS-SUS, tal como se afirma no Art. 2º, tem como objetivo:

[...] estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde para a transformação das práticas de saúde em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho (BRASIL, 2017b).

Com o PRO EPS-SUS, o governo federal destinou recursos financeiros aos estados, municípios e ao Distrito Federal (DF), que aderiram ao Programa, como uma forma de incentivar o desenvolvimento de ações de Educação Permanente em Saúde. Como contrapartida, os estados e Distrito Federal deveriam elaborar o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde e os municípios deveriam planejar e desenvolver atividades de EPS, voltadas às equipes da Atenção Básica.

Além disto, o PRO EPS-SUS previu o apoio técnico e institucional, oferecendo um conjunto de orientações para subsidiar os responsáveis pela gestão da Educação Permanente em Saúde nos estados e municípios, a fim de que pudessem elaborar

seus planos e implementar as ações de EPS, de forma planejada e organizada (BRASIL, 2018a).

No Maranhão, a execução do PRO EPS-SUS foi conduzida pela Escola Técnica do Sistema Único de Saúde/MARANHÃO “Dra. Maria Nazareth Ramos de Neiva” (ETSUS/MA). Esta escola é vinculada à Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão, integrando a rede pública estadual de educação, e desenvolve processos formativos que atendam às demandas locais de formação dos trabalhadores que atuam no SUS no estado (MARANHÃO, 2003, 2012).

Foram realizadas oficinas com os representantes das secretarias saúde e coordenação da atenção básica de todos os 217 municípios do estado para discutir sobre o PRO EPS-SUS e auxiliá-los na elaboração dos planejamentos das ações e estratégias para a Educação Permanente em Saúde em nível local e regional. Ao todo foram 10 oficinas, contemplando todas as 19 regionais de saúde do Estado.

O período de realização foi de julho e agosto de 2018. Participaram 146 gestores de saúde ou representantes que eles indicaram para participarem da oficina.

No decorrer das oficinas, os participantes foram estimulados a discutir sobre diversos aspectos da educação permanente, leitura e discussão sobre as portarias e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, refletir sobre as práticas de EPS desenvolvidas no território e a propor atividades de EPS que poderiam compor os Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde (PAREPS).

Para iniciar as discussões, o primeiro exercício foi refletir sobre o seguinte questionamento: **Qual o seu entendimento sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde?** O objetivo era diagnosticar o nível de compreensão dos grupos em relação à EPS e identificar os saberes prévios em relação à temática. Os painéis criados nesse momento foram utilizados como fonte de informações para este estudo.

Cada participante recebeu uma tarjeta para escrever uma frase curta que representasse a sua resposta ao questionamento. Em seguida, eles foram estimulados a construir o mural das percepções dos gestores em relação à PNEPS. Durante a construção eles expressaram a justificativa para a resposta apresentada na tarjeta.

Realizou-se uma análise dos painéis para identificar a concepção dos gestores em relação à Educação Permanente em Saúde. As respostas foram transcritas para uma planilha do Microsoft Excel e em seguida todas as respostas foram lidas e

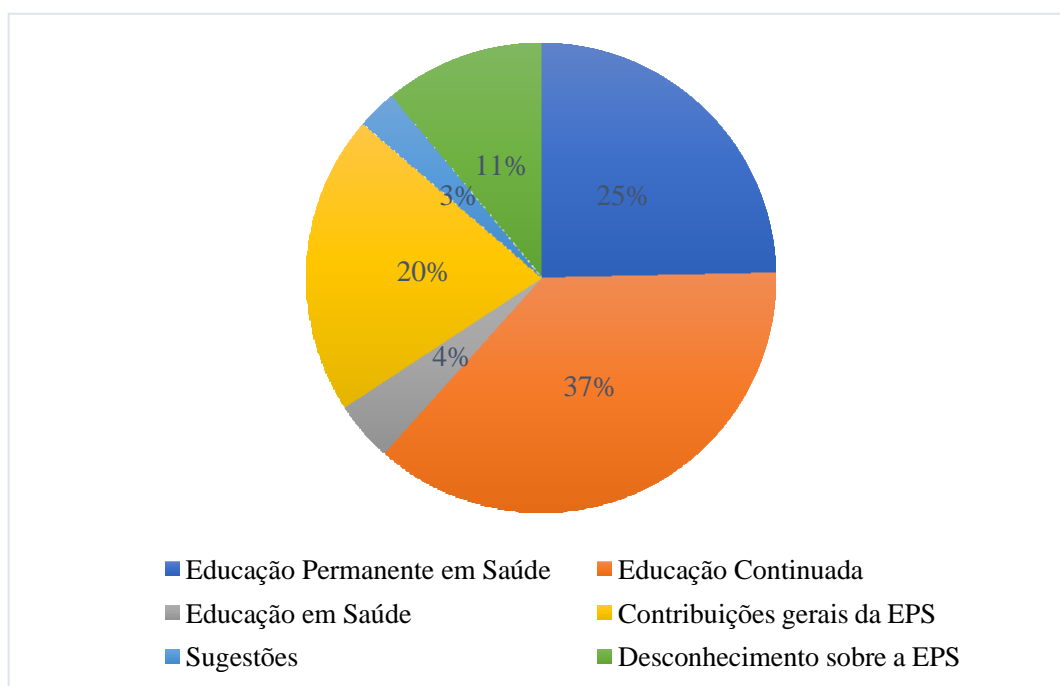
analisadas de maneira geral. Após a análise, as respostas foram agrupadas de acordo com os núcleos de sentido.

Após a leitura de todas as tarjetas, identificou-se que as respostas poderiam ser reorganizadas em seis núcleos de sentido, sendo estes: Educação Permanente em Saúde, Educação Continuada, Educação em Saúde, Contribuições gerais da Educação Permanente em Saúde, Sugestões e Desconhecimento sobre a Educação Permanente em Saúde.

Resultados e discussões

Identificou-se que os 146 gestores que participaram das oficinas demonstraram concepções distintas em relação à Educação Permanente em Saúde, ou seja, somos levados a concluir que a concepção que eles construíram ainda é algo insipiente. Percebeu-se a inexistência ou não consenso (alinhamento conceitual) com relação à Educação Permanente em Saúde.

Gráfico 1: Distribuição da percepção dos gestores municipais de saúde do estado do Maranhão em relação à Educação Permanente em Saúde. São Luís, 2020.



FONTE: Construção própria. Tarjetas utilizadas na oficina do PRO EPS-SUS realizadas pela ETSUS/MA. São Luís. 2020.

Vale lembrar que o Ministério da Saúde brasileiro concebe a Educação

Permanente como:

conceito pedagógico no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde (BRASIL, 2007, pag. 1).

Como é possível notar na análise dos núcleos de sentido, existe uma confusão na diferenciação da Educação Permanente em Saúde em relação à outras temáticas que tangem a educação na saúde. Nota-se que uma expressiva maioria dos gestores de saúde associaram a Educação Permanente em Saúde a características da Educação Continuada ou até mesmo, embora com menor expressividade, com características da Educação em Saúde.

A Educação Continuada define-se como um conjunto de atividades educativas com o objetivo de atualizar e desenvolver conhecimentos no indivíduo (MARQUES, *et al.*, 2018; BOMFIM, 2017). Devemos reconhecer a importância da Educação Continuada no sentido de que esta oferece um amparo às necessidades de conhecimento técnico e científico aos indivíduos que estão no serviço, garantindo que estes mantenham-se atualizados sobre os saberes necessários para o desenvolvimento de suas atividades e oportunizando uma participação mais eficaz no dia-a-dia do trabalho.

No entanto, a Educação Continuada é voltada para a concepção de educação como transmissão de conhecimento e valorização da ciência como fonte do conhecimento. Abrange a atualização e treinamentos direcionados para determinada categoria profissional, de forma pontual, fragmentada, dissociada da realidade e sem promover articulação com os problemas identificados no trabalho (CARDOSO, 2019). Além disto, a Educação Continuada não promove articulação com a gestão setorial e nem com o controle social em saúde, focando apenas nas necessidades individuais (BOMFIM *et al.*, 2017). Portanto, a indiscriminação por parte dos gestores em relação às práticas educacionais da Educação Permanente em Saúde e da Educação Continuada é bastante preocupante.

Na perspectiva da Educação Continuada, os gestores ainda entendem que a principal necessidade dos profissionais de saúde resume-se na realização constantes de treinamentos pontuais. Todavia, devemos reforçar que a implementação da Educação Permanente em Saúde não é uma capacitação estanque e veio justamente

para se contrapor a isto, buscando mudanças na prática do trabalho através de um processo contínuo e alinhado às necessidades do coletivo (LIMA; RIBEIRO, 2016).

Acredita-se que este entendimento por parte dos gestores pode estar associado a um baixo ou nenhum conhecimento destes em relação aos reais conceitos da Educação Permanente em Saúde e a uma extensão do modelo de formação acadêmico predominante no Brasil: baseado no conhecimento técnico científico, focado em capacitações, ensinamentos a única finalidade de adequar os profissionais da saúde ao trabalho.

Nas oficinas regionais realizadas pelo Ministério da Saúde em 2017 para avaliar a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no âmbito nacional, identificou-se uma realidade similar a esta que estamos demonstrando neste estudo. A análise do modelo de Educação Permanente em Saúde implementado apontou a permanência de um modelo de formação tradicional, caracterizado pela reprodução de cursos e atividades voltadas à categorias profissionais isoladas, em detrimento de um modelo inovador, que leve em conta o trabalho em equipe, a integralidade da atenção (BRASIL, 2017b)

Outra confusão identificada a partir da análise das respostas foi a associação de características da educação em saúde com a Educação Permanente em Saúde. Entende-se a Educação em Saúde como uma potente estratégia educativa para a apropriação e empoderamento individual e coletiva sobre conhecimentos úteis para a sua saúde e qualidade de vida.

O Ministério da Saúde brasileiro define a Educação em Saúde como:

Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população [...]. Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção desáude de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2006).

Nesse contexto, as ações de educação em saúde devem envolver três atores prioritários: os profissionais de saúde que compreendam e valorizem a prevenção e a promoção assim como as práticas curativas, gestores de saúde que apoiem esses profissionais e a população que necessita desses conhecimentos para melhorar o seu processo de autocuidado (BRASIL, 2004). Na prática essa interação é essencial para o sucesso na implementação de ações dessa natureza.

Com isto, a educação em saúde, enquanto ação estratégica no contexto da promoção da saúde e prevenção de doenças, pressupõe o desenvolvimento de pensamento crítico e reflexivo, permitindo reconhecer aspectos da realidade e propor mudanças que levem o indivíduo à sua autonomia e libertação enquanto sujeito social, capaz de propor e tomar decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e de sua coletividade (SILVA *et al.*, 2018).

Diante disto, também se reconhece a grande importância da Educação em Saúde para a consolidação Sistema Único de Saúde e essencial para o processo de trabalho na Atenção Primária (ANDRADE, LAPOLLI, 2018). No entanto, o fato dos gestores considerarem que as ações de Educação em Saúde constituem o fazer da Educação Permanente em Saúde demonstra que estes não possuem apropriação sobre nenhuma das duas temáticas.

Isto aponta para uma forte fragilidade para a implementação da Educação Permanente em Saúde nos territórios. De acordo com as Diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, os problemas de saúde devem ser identificados em cada local pelas equipes de saúde que ali atuam, em conjunto com os indivíduos e famílias pertencentes a ele, o controle social e a gestão setorial (BRASIL, 2007). Para ser efetivo, esse processo deve, indispensavelmente, envolver todos estes atores.

Além disto, é de responsabilidades da gestão setorial conduzir os processos de Educação Permanente em Saúde e garantir o seguimento destes em âmbitos estaduais e federais, possibilitando que as necessidades de saúde identificadas em cada local sejam discutidas em outras instâncias (BRASIL, 2007). Quando conduzidos de forma adequada poderá-se-a, inclusive, influenciar na destinação de recursos para o desenvolvimento de ações de Educação Permanente em Saúde.

Desta forma, a gestão participa não apenas do processo de execução das ações, mas também no planejamento, acompanhamento, monitoramento e avaliação da Educação Permanente em todos os locais que compõe o seu território.

Portanto, é de suma importância que os gestores de saúde estejam bastante apropriados em relação à Educação Permanente em Saúde em todos os aspectos. Acredita-se que isto poderá facilitar a sua tomada de decisão para a melhor condução desse processo e sua melhor implementação nos territórios. Propõe-se, então, mais momentos de capacitação e formação dos profissionais, gestores ou não, em relação à Educação na Saúde de maneira que estes desenvolvam competências para a

efetiva implementação de ações de Educação Permanente em Saúde, de Educação em Saúde e outras.

Para a equipe da Escola Técnica do SUS do Maranhão, enquanto instituição formadora no âmbito da saúde, tais achados foram extremamente relevantes pois irão fomentar o desenvolvimento de outros processos de discussão em relação à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde com o intuito de superar as dificuldades identificadas junto aos gestores e contribuir para o processo de implementação da Educação Permanente em Saúde.

Considerações finais

O estudo permitiu evidenciar que a concepção dos gestores de saúde em relação às práticas de educação permanente em saúde ainda é insipiente. Através das respostas, percebeu-se que eles ainda têm dificuldade na conceituação da Educação Permanente em Saúde e na diferenciação desta de outras ações do campo da Educação na Saúde, como a Educação em Saúde e a Educação Continuada.

Esses resultados são preocupantes uma vez que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde quando bem compreendida e especialmente quando é executada, promove mudanças no processo de trabalho, fortalece o Sistema único de Saúde e favorece autonomia aos trabalhadores e conseqüentemente segurança aos usuários do SUS.

Corroborando com a preocupação, o desconhecimento dos gestores de regionais de saúde sobre essa Política desencadeia pouco empenho na implementação das ações de educação permanente, distanciando os trabalhadores de uma assistência à saúde igualitária e principalmente não executando as iniciativas do Ministério da Saúde, proporcionando mau uso de recursos públicos.

Acredita-se que o desconhecimento pode estar associado com a formação e capacitação insuficientes em relação a esta temática, principalmente quando consideramos que a Educação Permanente em Saúde foi e ainda é um tema pouco explorado nas universidades e centros formadores para a saúde. Destaca-se, portanto, a necessidade de superar esta realidade e melhorar os processos de discussão desta temática ainda na academia.

Propõe-se ainda o desenvolvimento de estratégias que fomentem o reconhecimento da Educação Permanente em Saúde como estratégia para formação

dos profissionais com a adoção de concepção pedagógica problematizadora, com o propósito de estimular a reflexão da prática e a construção do conhecimento, contribuindo para a transformação de suas práticas e, conseqüentemente, com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde brasileiro.

REFERENCIAS

ALCOFORADO, L. Uma educação para todos, ao longo e em todos os espaços da vida: desafios para a construção de políticas públicas promotoras de uma cidadania planetária crítica e ativa. In: SILVA, M. F. Mundos Distantes, Diálogos Possíveis: a vida em Mosaico, João Pessoa: Ideia, 2014, p. 14-34.

ALMEIDA, J. R. S. et al. Educação Permanente em Saúde: Uma estratégia para refletir sobre o processo de trabalho. Revista da ABEHO, v. 16, n. 2, 2016.

ANDRADE, E. S. de; LAPOLLI, É. M. Gestão Integral: Diálogos com Educação Permanente e Continuada nas Organizações. Revista Terceiro Incluído, v. 08, 2018.

BERGER FILHO, R. L. Educação profissional no Brasil: novos rumos. Revista Iberoamericana de Educación. n. 20. 1999. BOMFIM, E. S. et al. Educação permanente no cotidiano das equipes de saúde da família: utopia, intenção ou realidade? Cuidado é Fundamental, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, 2017.

BRASIL, Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Emendas Constitucionais de Revisão. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 jun. 2011.

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. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 20, nov. 1990a.

BRASIL. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Portaria nº 3.194, de 28 de novembro de 2017. Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de

Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS. Brasília, DF, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Portaria nº 1.996 de 20 de agosto de 2007. Diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Relatório consolidado sobre o processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Brasília, DF, 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Educação Popular em Saúde. Participação e Controle Social.. Brasília, 2017c. Disponível em: saude.gov.br/participacao-e-controle-social/gestao-participativa-em-saude/educacao-popular-em-saude. Acesso em: 12 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: MS; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Planejamento das Ações de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde: Orientações, Brasília, DF, 2018a.

CARDOSO, Jaddh Yasmin Malta. Formação e trabalho no SUS: uma experiência de apoio institucional na cidade de Serra/ES. 2019, 138f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2019.

CARDOSO, M. L. M. et al. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, n. 5, p. 1489-1500, 2017.

CAVALCANTI, F. O. L.; GUIZARDI, F. L. Educação continuada ou permanente em saúde? Análise da produção Pan-Americana da saúde. Trab. Educ. Saúde, v. 16, n.1, p. 99-122, 2018.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação Permanente em Saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>. Acesso em: 15 jun. 2020.

DALFIOR, E. T. Análise do processo de implementação de políticas de saúde: um estudo de caso baseado no enfoque da política institucional. *Saúde debate*, v. 40, n. 111, out./dez. 2016.

FEUERWERKER, L. C. M. (Org). *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 174 p. (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde)

FRANÇA, T. et al. Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. *Ciênc. Saúde Colet*, v. 22, n. 6, jun. 2017.

JUNIOR, S. R. A. M.; ROCHA, K. C. R.; FERRONATO, C. J. Reflexões sobre a Educação em Saúde no Brasil: uma Revisão Integrativa. In: ENCONTRO INTERNACIONAL DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES, 11., 2018, Aracaju. Anais eletrônico [...] Aracaju: ITP, 2018. Disponível em: <https://eventos.set.edu.br/index.php/enfope/article/viewFile/8792/3742>. Acesso em: 20 mar. 2020.

KRÜGER, C. et al. Análise das políticas públicas para o desenvolvimento da faixa de fronteira brasileira. *Ambiente & Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 41-62, out./dez. 2017.

LEMOS, C. L. S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? *Ciênc. Saúde Colet*, v. 21, n. 3, mar. 2016.

LIMA, L. P. S.; RIBEIRO, M. R. R. A competência para Educação Permanente em Saúde: percepções de coordenadores de graduações da saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 483-501, 2016.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. de; BAPTISTA, W. F. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, sup. 2, out. 2017.

MARANHÃO. Decreto nº 20.217, de 31 de dezembro de 2003. Criação da Escola Técnica do SUS “Dra. Maria Nazareth Ramos de Neiva”. *Diário Oficial do Estado do Maranhão*, Poder Executivo, São Luís, MA, 2003.

MARANHÃO. Projeto Político Pedagógico. Escola Técnica do “Dra. Maria Nazareth Ramos de Neiva”, São Luís, MA, 2012.

MARQUES, M. et al.. A importância da educação continuada na socialização do novo profissional de enfermagem Revista Inova Saúde, Criciúma, v. 8, n. 2, 2018. MERHY. Reflexões sobre o Sistema Único de Saúde: inovações e limites. Revista do Serviço Público, Brasília, p. 123-132, 2007.

SILVA, J. P. et al. Promoção da saúde na educação básica: percepções dos alunos de licenciatura em enfermagem. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v.39, 03 set. 2018.

VENDRUSCOLO, C. et al. Integração ensino-serviço em saúde: diálogos possíveis a partir da cogestão de coletivos. Esc Anna Nery, v. 22, n. 4, 2018. Recebido em: Maio/2020 Aceito em: Julho/2020

4.2 Artigo 2 – PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS SOBRE A ATUAÇÃO DO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO ESTADO DO MARANHÃO – BRASIL

Periódico: Epistemologia e Praxis

Educativa **ISSN:** 2674-757x

(Aceite para publicação)

Artigo 2. Artigo propriamente dito

PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS SOBRE A ATUAÇÃO DO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO ESTADO DO MARANHÃO – BRASIL

Ms. Maria de Lourdes Carvalho, Universidade de Coimbra, Portugal

PhD. Joaquim Luís Medeiros Alcoforado, Universidade de Coimbra, Portugal.

Autor correspondente

Maria de Lourdes Carvalho, Rua Larga Edifício Faculdade de Medicina (R/Ch. Esq.)
3004-504, Coimbra, Portugal, Contato: +5598999731075

E-mail: mlourdinha@gmail.com

Resumo

Introdução: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde permite a identificação das necessidades de desenvolvimento dos profissionais da área da saúde e a construção de estratégias que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde, aprimorando o impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva. **Objetivo:** Verificar conhecimento, percepção, organização, ações realizadas e principais dificuldades observadas pelos Núcleos de Educação Permanente em Saúde do estado do Maranhão-Brasil. **Metodologia:** Estudo exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa, realizado com membros de Núcleo de Educação Permanente em Saúde, realizada no período de dezembro de 2020 a junho de 2021. Os dados foram coletados a partir de um questionário online. **Resultados:** Foram avaliados 27 membros do Núcleo de educação permanente do estado do Maranhão, onde predominaram mulheres (42,6%), na faixa de idade entre 25 e 34 anos (51,9%), casados ou em união estável (48,1%), 88,8% se declararam brancos ou pardos, 74,1% possuem enfermagem como formação acadêmica, sendo observado em 59,3% pós-graduação. 51,9% dos avaliados são celetistas, 66,7% são coordenadores do NEP, possuem vínculo entre seis meses e dois anos (48,1%) e 44,4% atuam em hospital de atendimento terciário. **Conclusão:** De modo geral, este estudo demonstra que o NEP se encontra em fase de amadurecimento no Maranhão, porém é observado que a maior parte dos membros têm a percepção da vinculação do Núcleo com a proposta nacional da PNEPS, que existe uma organização e planejamento na atuação, que há o entendimento da importância e implicações do método na assistência. Observaram-se ainda que as dificuldades descritas pelos membros do NEP estão relacionadas a ausência de acompanhamento e monitorização das ações, bem como da avaliação de seus resultados.

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde; Políticas Públicas de Educação para a Saúde; Gestores de Regionais de Saúde.

Introdução

O perfil atual das morbimortalidades tem trazido desafios ao Sistema Único de Saúde (SUS), o que torna essencial o fortalecimento dos princípios básicos do sistema, de forma que oportunize o cuidado integral e contínuo à população (MENDES, 2012). Assim, a reorientação do modelo assistencial em saúde no Brasil, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, revela uma nova dinâmica de atuação das equipes de saúde com definição e compartilhamento de

responsabilidades entre os serviços e a população (BRASIL, 2017a).

Para tanto, o Ministério da Saúde (MS) lançou por meio da Portaria 198/2004 a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) que permite a identificação das necessidades de desenvolvimento dos profissionais da área da saúde e a construção de estratégias que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde, aprimorando o impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva (BRASIL, 2009).

Os termos “educação em saúde” e “educação na saúde” são geralmente empregados como sinônimos em relação às práticas e processos educativos na atuação profissional em saúde. Porém, esses termos apresentam abordagens diferentes (PRALON; GARCIA; IGLESIAS, 2021). Assim, “educação em saúde” assinala processos educacionais que objetivam instruir e potencializar os cuidados com a saúde, incentivar a gestão e o protagonismo do usuário em relação a assistência. Já a “educação na saúde” está relacionada a construção e organização de um conjunto de conhecimento referente às competências e habilidades para atuação profissional na área (BRASIL, 2009).

Para o exercício da educação na saúde, é essencial renunciar ao modelo tradicional de formação, centrado em conteúdos e na pedagogia por transmissão, substituindo-o por métodos que viabilizem aos indivíduos ser o protagonista de seu processo de ensino-aprendizagem. Metodologias que devem considerar diversos cenários pedagógicos, o que irá incentivar a integração entre o ensino e o serviço (ALMEIDA; TESTON; MEDEIROS, 2019).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída em 2004, é uma política pública que promove mudanças nos processos de formação e desenvolvimento dos profissionais da saúde, baseada na problematização da realidade e na construção de soluções de forma coletiva, com foco nas necessidades da população assistida e no fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) (MORAES; DYTZ, 2015).

A PNEPS é uma política pública que deve ser implementada em todo o Brasil, seguindo suas normativas, independentemente da administração federativa. Pode ser flexibilizada em cada município ou estado conforme suas particularidades, atendendo a sua realidade social (PERES; SILVA; BARBA, 2016).

Essa proposta de educação permanente em saúde se difere de outras capacitações convencionais uma vez que avança ao processo de trabalho e ao protagonismo do profissional com atividades educativas que partem da problematização das práticas realizadas, com vistas à melhoria dos serviços de saúde (MICCAS; BATISTA, 2014; FALKENBERG et al., 2014).

A Portaria nº 399/2006 considera a EP (Educação Permanente) como essencial para a formação e para o desenvolvimento dos trabalhadores do SUS e, para isso, conta com a cooperação técnica, articulação e diálogo entre os gestores das três esferas de governo, no sentido de formular e promover a EPS, assim como, garantir todos os processos de desenvolvimento e qualificação dos trabalhadores do sistema (FIGUEIREDO, 2014).

Porém, a implementação da PNEPS em estados brasileiros pode apresentar dificuldades como o excesso de burocracia dos processos licitatórios, dificuldades para pagamento de pessoal, ausência de regulamentação para pagamento de hora-aula em educação profissional aos servidores; impossibilidade de contratação de serviços sem licitação; dificuldades das instituições formadoras em trabalhar com a lógica da Educação Permanente, falta de profissionais qualificados, entre outros (USP, 2010; FIGUEIREDO, 2014).

Dessa forma, este estudo se propõe a analisar a percepção e conhecimento, organização, ações realizadas e dificuldades encontradas pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde do estado do Maranhão, Brasil.

Metodologia

Amostra

Pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem quantitativa, realizada com membros de núcleos de educação permanente em saúde do estado do Maranhão atuantes em Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e hospitais municipais e regionais do estado, realizada no período de dezembro de 2020 a junho de 2021.

Coleta de dados

Os dados foram coletados a partir de um questionário online (google-forms), com questionário com escala tipo likert disponibilizado para preenchimento aos membros de núcleo de educação permanente em saúde do estado do Maranhão, após a concordância em participar da pesquisa, foi solicitado confirmação do aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram coletadas informações sócio-demográficas relativas ao conhecimento, organização e ações relacionadas aos Núcleos de educação permanente em saúde.

O estudo foi conduzido de acordo com as diretrizes da Declaração de Helsinque e dos critérios da Resolução número 466/2012 e foi aprovada pelo Comitê de Ética da

Análise de dados

Os dados foram tabulados no Microsoft Office Excel® e analisados a partir do programa estatístico SPSS 21.0®. Para a análise dos resultados, as variáveis foram apresentadas frequências absolutas (n) e relativas (%).

Resultados

Foram avaliados 27 membros do Núcleo de Educação Permanente do estado do Maranhão, onde predominaram mulheres (42,6%), na faixa de idade entre 25 e 34 anos (51,9%), casados ou em união estável (48,1%), 88,8% se declararam brancos ou pardos, 74,1% possuem enfermagem como formação acadêmica, sendo observado em 59,3% pós-graduação. 51,9% dos avaliados são celetistas, 66,7% são coordenadores do NEP, possuem vínculo entre seis meses e dois anos (48,1%) e 44,4% atuam em hospital de atendimento terciário (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização amostral de membros do Núcleo de Educação Permanente em Saúde do Estado do Maranhão. São Luís, Maranhão, Brasil, 2022.

| Variáveis | n | % |
|--|----|------|
| Gênero | | |
| Feminino | 23 | 42,6 |
| Masculino | 2 | 3,7 |
| Não informado | 2 | 3,7 |
| Idade (anos) | | |
| 20 a 24 | 3 | 11,1 |
| 25 a 34 | 14 | 51,9 |
| 35 a 44 | 7 | 25,9 |
| 45 a 54 | 2 | 7,4 |
| Não informado | 1 | 3,7 |
| Estado Civil | | |
| Casado (a)/União de estável | 13 | 48,1 |
| Solteiro | 12 | 44,4 |
| Não informado | 2 | 7,4 |
| Autodeclaração de cor e/ou raça | | |
| Branco | 12 | 44,4 |
| Pardo | 12 | 44,4 |
| Negro | 1 | 3,7 |
| Não informado | 2 | 7,4 |
| Formação Acadêmica | | |
| Enfermagem | 20 | 74,1 |
| Fisioterapia | 1 | 3,7 |
| Outras | 6 | 22,2 |
| Escolaridade | | |

| | | |
|--------------------------------|----|------|
| | | 80 |
| Graduação | 3 | 11,1 |
| Pós-graduação (Especialização) | 16 | 59,3 |
| Pós-graduação (Mestrado) | 6 | 22,2 |
| Não informado | 2 | 7,4 |
| Vínculo Empregatício | | |
| Cargo comissionado | 3 | 11,1 |
| Prestação de serviço | 9 | 33,3 |
| Celetista | 14 | 51,9 |
| Não informado | 1 | 3,7 |
| Cargo ou Função | | |

| | | |
|------------------------------------|-----------|--------------|
| Coordenador do NEP | 18 | 66,7 |
| Membro contribuinte do NEP | 6 | 22,2 |
| Outros | 2 | 7,4 |
| Não informado | 1 | 3,7 |
| Tempo de NEP | | |
| Menos de seis meses | 11 | 40,7 |
| Entre seis meses e dois anos | 13 | 48,1 |
| Entre dois e quatro anos | 2 | 7,4 |
| Não informado | 1 | 3,7 |
| Classificação da Unidade de Saúde | | |
| Hospital de atendimento terciário | 12 | 44,4 |
| Hospital de atendimento secundário | 4 | 14,8 |
| Unidade de Pronto Atendimento | 7 | 25,9 |
| Unidade Mista | 1 | 3,7 |
| Não informado | 3 | 11,1 |
| Total | 27 | 100,0 |

Dos entrevistados, 81,5% referiram concordar totalmente com a presença de políticas específicas para área da saúde, bem como com a presença de política específica de educação na saúde (59,3%), política específica para formação dos trabalhadores do SUS (55,6%) e Educação Permanente em Saúde (EPS) nos espaços de trabalho do SUS (51,9%) (Tabela 2).

Tabela 2 Conhecimento de membros do Núcleo de Educação Permanente em Saúde do Estado do Maranhão sobre a existência de políticas de saúde do Estado do Maranhão. São Luís, Maranhão, Brasil, 2022.

| Afirmativas | n | % |
|---|----|------|
| Presença de políticas específicas para área da saúde | | |
| Concordo Parcialmente | 4 | 14,8 |
| Concordo Totalmente | 22 | 81,5 |
| Não Respondeu | 1 | 3,7 |
| Presença de política específica de educação na saúde | | |
| Nem concordo / Nem Discordo | 2 | 7,4 |
| Concordo Parcialmente | 8 | 29,6 |
| Concordo Totalmente | 16 | 59,3 |
| Não Respondeu | 1 | 3,7 |
| Presença de política específica para formação dos trabalhadores do SUS | | |
| Concordo Parcialmente | 11 | 40,7 |
| Concordo Totalmente | 15 | 55,6 |
| Não Respondeu | 1 | 3,7 |
| Presença de Educação Permanente em Saúde (EPS) nos espaços de trabalho do SUS | | |
| Nem concordo / Nem Discordo | 1 | 3,7 |

| | | |
|-----------------------|-----------|--------------|
| Concordo Parcialmente | 11 | 40,7 |
| Concordo Totalmente | 14 | 51,9 |
| Não Respondeu | 1 | 3,7 |
| TOTAL | 27 | 100,0 |

A percepção a base da EPS na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas, 85,2% referiram concordar totalmente e 85,2% com Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como exemplo de política de educação na saúde, 85,2% percebem a PNEPS como uma estratégia de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para o SUS e 85,2% entendem que a PNEPS fortalece o SUS (Tabela 3).

Tabela 3. Percepção de membros do Núcleo de Educação Permanente sobre a função / atuação das Políticas de Educação na Saúde do Estado do Maranhão. São Luís, Maranhão, Brasil, 2022.

| Afirmativas | n | % |
|---|-----------|--------------|
| EPS tem baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas | | |
| Concordo Parcialmente | 3 | 11,1 |
| Concordo Totalmente | 23 | 85,2 |
| Não Respondeu | 1 | 3,7 |
| Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como exemplo de política de educação na saúde | | |
| Concordo Parcialmente | 3 | 11,1 |
| Concordo Totalmente | 23 | 85,2 |
| Não Respondeu | 1 | 3,7 |
| A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) é uma estratégia de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para o SUS | | |
| Concordo Parcialmente | 3 | 11,1 |
| Concordo Totalmente | 23 | 85,2 |
| Não Respondeu | 1 | 3,7 |
| A PNEPS fortalece o SUS | | |
| Concordo Parcialmente | 3 | 11,1 |
| Concordo Totalmente | 23 | 85,2 |
| Não Respondeu | 1 | 3,7 |
| TOTAL | 27 | 100,0 |

Segundo 92,6% dos entrevistados, o NEP é responsável pelo desenvolvimento de ações de educação da unidade de saúde, 96,3% indicam que o NEP se organiza por meio de diálogo e com apoio da gestão da unidade, 70,4% referem que ele possui

rotinas e cronogramas de reuniões de EPS com representantes da gestão, e a maioria ainda indica que ele é responsável pelo levantamento das necessidades de aprendizagem dos trabalhadores da unidade de saúde (81,5%) e que seleção de conteúdos e os objetivos das ações de Educação Permanente contemplam as 5-demandas de aprendizagem identificadas (88,9%) (Tabela 4).

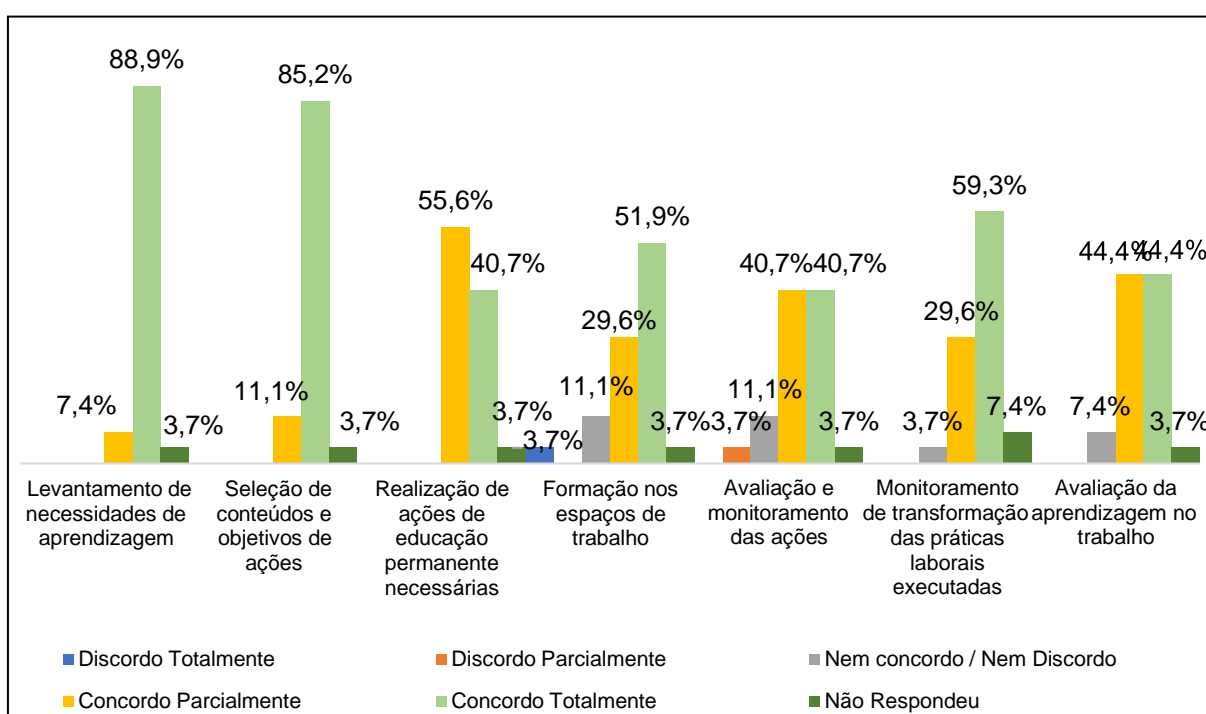
Tabela 4. Organização/Gestão do Núcleo de Educação Permanente (NEP) por gestores do Núcleo de Educação Permanente em Saúde do Estado do Maranhão. São Luís, Maranhão, Brasil, 2022.

| Afirmativas | n | % |
|---|-----------|--------------|
| O NEP é responsável pelo desenvolvimento de ações de educação da unidade de saúde | | |
| Concordo Parcialmente | 1 | 3,7 |
| Concordo Totalmente | 25 | 92,6 |
| Não Respondeu | 1 | 3,7 |
| O NEP se organiza por meio de diálogo e com apoio da gestão da unidade | | |
| Concordo Totalmente | 26 | 96,3 |
| Não Respondeu | 1 | 3,7 |
| O NEP possui rotinas e cronogramas de reuniões de EPS com representantes da gestão | | |
| Concordo Parcialmente | 7 | 25,9 |
| Concordo Totalmente | 19 | 70,4 |
| Não Respondeu | 1 | 3,7 |
| O NEP é responsável pelo levantamento das necessidades de aprendizagem dos trabalhadores da unidade de saúde | | |
| Concordo Parcialmente | 4 | 14,8 |
| Concordo Totalmente | 22 | 81,5 |
| Não Respondeu | 1 | 3,7 |
| A seleção de conteúdos e os objetivos das ações de Educação Permanente contemplam as 5-demandas de aprendizagem identificadas | | |
| Concordo Parcialmente | 2 | 7,4 |
| Concordo Totalmente | 24 | 88,9 |
| Não Respondeu | 1 | 3,7 |
| TOTAL | 27 | 100,0 |

Das ações realizadas pelo NEP, a maioria dos entrevistados concorda totalmente com a presença de levantamento de necessidades de aprendizagem (88,9%), seleção de conteúdos e objetivos de ações (85,2%), formação nos espaços de trabalho (51,9%) e 59,3% observaram ações de transformações nas práticas laborais. Porém, somente concordaram totalmente 40,7% em relação a realização de

ações de educação permanente necessárias, 40,7% referiram avaliação e monitoramento das ações e 44,4% com avaliação do aprendizado no trabalho (Gráfico 1).

Tabela 5. Ações realizadas pelo Núcleo de Educação Permanente (NEP) aos trabalhadores da unidade. São Luís, Maranhão, Brasil, 2022.



Discussão

Caracterização amostral

Neste estudo, foram avaliados 27 membros do Núcleo de Educação Permanente em Saúde do estado, onde predominaram mulheres, faixa de idade entre 25 e 34 anos, casados ou em união estável, brancos ou pardos, enfermagem como formação acadêmica mais referida, sendo notado pós-graduação em grande parte dos avaliados. A maior parte são celetistas, coordenadores do NEPS, possuem vínculo entre seis meses e dois anos e atuam em hospital de atendimento terciário.

A prevalência de profissionais de enfermagem em nosso estudo é relacionada a atuação da categoria na educação em saúde, onde conforme a regulamentação do exercício da Enfermagem, com o Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987, define o enfermeiro como integrante da equipe de saúde, onde ainda cabe a “participação nos

programas de treinamento e aprimoramento do pessoal de saúde”. Assim, além do direito à participação em atividades educativas, intrinsecamente há o compromisso ético do profissional de manter-se em conformidade com as inovações promovidas ao cuidado de Enfermagem (ARAÚJO, 2015).

Porém, seguindo essa estrutura, onde predomina uma das categorias profissionais, Fakhouri, Francischetti e Vieira (2022) entendem que o envolvimento de decisões pode não ser distribuído de forma equilibrada, dificultando abordagem multiprofissional, o que é essencial no processo de trabalho de uma equipe de saúde. Cabendo então necessidade de uma equipe diversificada a nível profissional.

Os dados do nosso estudo se assemelham aos encontrados por Figueiredo (2014), que realizou uma pesquisa com profissionais atuantes em NEP, onde também predominaram mulheres (81%), porém de faixa etária maior, entre 31 e 50 anos (75%), porém com minoria de gestores (quatro). O tempo de serviço público foi predominantemente maior do que quatro anos, como em nossos resultados. No que se refere à formação, foram entrevistados dois auxiliares de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde, além de dez profissionais com nível superior de diversas áreas. Essas semelhanças indicam que a distribuição dos membros segue um padrão em território nacional, porém no estudo referido, foi relatado maior capacitação em termos de cursos em educação em saúde, mestrados e especializações.

Esse predomínio de profissionais com pós-graduação, pode estar relacionado ao fato das instituições de atuação se tratarem em grande parte de hospitais terciários, que prestam assistência em diversas áreas, sendo então necessário uma equipe que possua qualificação para atuação (FIGUEIREDO, 2014; ARAÚJO, 2015).

Diversos estudos possuem este aspecto da relação da EPS e trabalho de uma equipe multiprofissional articulando os processos de trabalho a fim de atender as necessidades de saúde da população (MUROFUSE et al., 2009; NICOLETTO et al., 2009; MATOS; PIRES, 2009; MONTANHA; PEDUZZI, 2010; FORTUNA et al., 2011; MATUMOTO et al., 2011; MICCAS; BATISTA, 2014).

Essa distribuição do trabalho também é descrita no estudo de Carvalho (2020), que descreve o processo de elaboração das ações de Educação Permanente a partir da interação dos gestores e equipe multiprofissional, como coordenador da odontologia, coordenador da fisioterapia, profissionais do NASF (Núcleos de Apoio à Saúde da Família), enfermeiros e demais profissionais das Unidades de Saúde.

Da mesma forma, para Silva, Leite e Pinno (2014), a EPS está intimamente associada ao processo laboral, cujo objetivo é promover o trabalho multiprofissional e sua integralidade, articulado as necessidades dos envolvidos, sejam gestores, trabalhadores e usuários.

Políticas específicas para área da saúde

Dos entrevistados, grande parte concordou com a presença de políticas específicas para área da saúde, bem como com a presença de política específica de educação na saúde, política específica para formação dos trabalhadores do SUS e Educação Permanente em Saúde (EPS) nos espaços de trabalho do SUS.

No entanto, diferente desses achados, estudos (HORTA et al., 2009; NICOLETTO et al., 2009; PEDUZZI et al., 2009; TANJI et al., 2010) relacionam a EPS à educação continuada, baseada em ações de caráter pontual, fragmentadas, com metodologias tradicionais de ensino, dessa forma, não envolvida às políticas específicas em saúde (MICCAS; BATISTA, 2014).

Percepção das potencialidades da NEP

A maioria dos avaliados indica percepção a base da EPS na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas e PNEPS como exemplo de política de educação na saúde, grande parte percebe a PNEPS como uma estratégia de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para o SUS e entende que a PNEPS fortalece o SUS.

Corroborando com nossos achados, o estudo de Pralon, Garcia e Iglesias (2021) verificam que o entendimento da EPS como estratégia voltada à mudança da organização do processo de trabalho e da qualidade da gestão e da assistência (SILVA; LEITE; PINNO, 2014; MISHIMA et al., 2015; GIGANTE; CAMPOS, 2016; SILVA et al., 2016; SENA et al., 2017; SILVA, SODER; PETRY; OLIVEIRA, 2017; LEITE, PINTO; FAGUNDES, 2020).

Nicoletto et al. (2013) também define a EPS como uma “estratégia para articular os diversos atores e promover transformações nas práticas sanitárias”. Semelhantemente, a EPS é entendida como um instrumento organizacional das

equipes na conformação de coletivos baseados em práticas multiprofissionais (MISHIMA et al., 2015).

Diniz e Sá (2019) referem como potencialidade da EPS a promoção da mudança na concepção de saúde e do modelo de assistencial, modificando as práticas em saúde, conforme os princípios e diretrizes do SUS. O estudo traz ainda potencialidade em promover a democratização e autonomia, contribui para a humanização e melhoria da assistência, transforma as práticas de saúde, fortalece o trabalho em equipe multiprofissional.

Para Araújo (2015), o NEP surge como um facilitador para a compreensão das falhas na assistência, uma vez que motiva a equipe de saúde na busca da qualidade no atendimento, a partir do saber construído e contextualizado com foco no paciente. Ainda instiga o ambiente de trabalho, trazendo um olhar integral para as ações assistenciais e contribui com a articulação de estratégias da equipe multiprofissional na resolutividade de problemas.

Da mesma forma, nossos dados se assemelham aos de Miyamoto (2014), onde EPS propicia uma mudança no processo de trabalho e contribui para resolução dos problemas do dia a dia. Igualmente ao trabalho de Carvalho (2020), onde o autor relata que é possível perceber que seus avaliados reconhecem a importância da EP e os ganhos trazidos para profissionais e população, sendo visível na narrativa do estudo que o EPS melhora o clima organizacional a partir da sua aplicação de modo continuado, promovendo elos entre todos os participantes (SARDINHA, 2013).

Ações em Saúde

Segundo os entrevistados, o NEP é responsável pelo desenvolvimento de ações de educação da unidade de saúde, organiza-se por meio de diálogo e com apoio da gestão da unidade, possui rotinas e cronogramas de reuniões de EPS com representantes da gestão, é responsável pelo levantamento das necessidades de aprendizagem dos trabalhadores da unidade de saúde e que seleção de conteúdos e os objetivos das ações de Educação Permanente contemplam as 5-demandas de aprendizagem identificadas. E ainda, a maior parte concorda totalmente com a presença de levantamento de necessidades de aprendizagem, seleção de conteúdos e objetivos de ações, formação nos espaços de trabalho e observaram ações de transformações nas práticas laborais.

Essa percepção corrobora com o que traz a Portaria nº 1.99618, que refere que os processos de EPS devem ser planejados conforme necessidades e problemas observados na realidade local e da equipe, deve considerar as necessidades de formação e desenvolvimento dos profissionais, bem como os conhecimentos e as experiências prévias (MARQUES; FREITAS, 2018).

Em estudo realizado com profissionais de saúde do SUS (ARAÚJO, 2015), 73,3% dos avaliados carecem de desenvolvimento de competências técnico-científicas, percebendo ainda dificuldades nas resoluções de conflitos, o que direciona ainda a uma necessidade de melhoria na competência gerencial. Assim, fica evidente que ações de educação da unidade de saúde são percebidas como essenciais pelos profissionais da área, ainda que estes não a refiram em sua completude.

Diferente do descrito em nosso estudo, na pesquisa de Araújo (2015) com profissionais de saúde, assistidos pelo NEP, foi referida a ausência de planejamento do calendário das atividades educativas, onde ocorrem choques nos horários das atividades com temas importantes em que os profissionais poderiam participar. Cabe, portanto, aos membros garantir um cronograma que atinja o objetivo e garanta participação da equipe de trabalho.

Nossos dados ainda se diferenciam dos achados de Peres (2016), onde uma dificuldade descrita pelos entrevistados também foi a falta de um plano e de uma coordenação para a EPS no município. Alguns participantes do estudo relatam desconhecimento de qualquer planejamento da EPS e que esse fato se reflete em ações educativas pontuais descontínuas e não compreendidas na rotina do profissional da saúde.

Vale salientar que no estudo de Miccas e Batista (2014) muitos dos sujeitos afirmaram que mesmo não tendo vivenciado o processo da educação permanente em sua prática ou gestão, somente na capacitação, acreditavam na eficácia da estratégia como ferramenta capaz de provocar mudanças no processo de trabalho em saúde.

A EPS tem como base os pressupostos da aprendizagem significativa e da problematização da realidade, que devem ser orientadores das estratégias de mudança das práticas cotidianas de saúde (PESSÔA et al., 2013), no entendimento de que o trabalhador traz consigo conhecimento e experiências prévias e que o trabalho é fonte de conhecimento e local de aprendizagem (ALMEIDA; TESTON; MEDEIROS, 2019).

Para tanto, segundo Oliveira (2007) o ato de planejar exige conhecimento da realidade, principais necessidades a serem trabalhadas, sendo essencial um estudo prévio da realidade, para então traçar objetivo e metas (ARAÚJO, 2015).

Para Araújo (2015), o planejamento pode ser prejudicado na presença de mudanças nos processos de trabalho e fluxos da instituição, resultando na descontinuidade da assistência por ausência de informação ou falha na comunicação. Sendo necessário ainda à equipe do NEP atuação conjunta com o sistema organizacional da instituição, para garantir sua atuação apesar das mudanças existentes.

Para Almeida, Teston e Medeiros (2019), o processo acompanhado de ações objetiva transformar as lacunas identificadas no trabalho em aprendizagem, é capaz de estimular a autonomia dos sujeitos e aproximá-los da realidade, oportunizando um processo educativo permanente (BRASIL, 2009; MELO, 2018).

Em pesquisa realizada por Lima et al. (2010), foi identificado que 70,2% dos participantes percebem as mudanças resultantes da EPS nas realidades de trabalho, sendo que 44,2% dos profissionais acreditam tratar-se de mudanças relacionadas com uma maior integração profissional (84,9%), aumento do acolhimento e humanização nas práticas de saúde (83,6%), maior democratização da gestão (77,3%) e conhecimento acerca das demandas em saúde da comunidade (60,3%). Na visão dos profissionais, a EPS contribuiu para a construção de espaços democráticos e coletivos de debates, trazendo mudança tanto na gestão como no cuidado em saúde. Outras pesquisas evidenciam que a EPS pode contribuir para um gestão participativa (CAMPOS; SENA; SILVA, 2017; LAMANTE et al. 2019).

Dificuldades do NEP

A menor parte dos avaliados do nosso estudo concordou totalmente em relação a realização de ações de educação permanente necessárias, avaliação e monitoramento das ações e avaliação do aprendizado no trabalho. Esse baixo índice de concordância pode ser relacionado a descentralização do NEP em estudo, atuando em unidades diferenciadas, o que pode dificultar o monitoramento e avaliação das ações.

Silva e Scherer (2020) apontam a efetivação da EPS como dificuldade à adesão devido as ações da EPS serem pouco documentadas e reconhecidas como estratégia

de mudança institucional, o que, segundo o estudo, resultaria na compreensão de ofertas educativas mais centradas.

Corroborando com nossos achados, estudos também indicam como um desafio o fato dos processos de monitoramento e avaliação da EPS serem incipientes, assistemáticos, desfocados ou ausentes (SILVA et al., 2016; SILVA; SCHERER, 2020).

Alves (2019) destaca que a falta de documentação das ações por meio de avaliações e monitoramento, ausência de um documento facilitador do entendimento sobre EPS, podem ser fatores que atrapalham o entendimento e a devolutiva sobre suas percepções acerca da EPS pelos profissionais.

Para Fakhouri, Francischetti e Vieira (2022), o acompanhamento e avaliação da EPS são essenciais para manutenção e exercício dos profissionais da saúde, assim como para os resultados positivos na consolidação do SUS.

O acompanhamento de ações dos NEP pode ser efetivado a partir do proposto por Moura e Barbosa (2013), que indicam um plano de controle e avaliação a fim de fornecer um conjunto de recursos que facilitem as tarefas de acompanhar e avaliar seus resultados, a partir da definição de indicadores que podem ser quantitativos, aqueles expressos em valores numéricos ou qualitativos, relativos às observações descritivas dos participantes, sendo sugerido ainda por Araújo (2015) a utilização de indicadores como taxa de participação nos eventos e satisfação..

No entanto, Moraes e Dytz (2015) define outras questões desafiadoras, onde afirmam que os NEPS são caracterizados por estrutura física precária, insuficiência de recursos materiais e déficit em relação aos recursos humanos. Aliado a esses fatores, os avaliados apontam a fragilidade na constituição das equipes de trabalho, onde os participantes não têm formação adequada ou não se apropriam da complexidade da educação e saúde.

Outros estudos (MENDONÇA; NUNES, 2011; LIMA; ALBURQUEQUE; WENCESLAU, 2014; PERES; SILVA; BARBA, 2016; SILVA et al., 2016; SILVA et al., 2017) ainda descrevem uma assistência à saúde fragmentada, processos de trabalho com separação entre concepção e execução, com uso de práticas curativistas e individualistas e centradas em procedimentos, sem abertura ao diálogo, integralidade e construção coletiva.

Miyamoto (2014) ainda sugere que a fragilidade na composição do grupo do NEP pode representar um desafio na consolidação da PNEPS, onde a essência

depende de indivíduos que, segundo o autor, têm critérios aleatórios de inclusão e encaram problemas para a permanência, seja por falta de apoio ou por indefinição quanto às práticas diante de realidades municipais. No entanto, apesar dos inúmeros desafios enfrentados, os entrevistados afirmaram unanimemente que o NEP contribuiu com transformações pessoais, sendo uma grande potencialidade do processo.

Neste contexto, Leite, Pinto e Fagundes (2020) anunciam outras dificuldades como “mudanças no mundo do trabalho em geral” e “obstáculos estruturais” que limitam as transformações.

Miccas e Batista (2014) definem como desafio a baixa disponibilidade de profissionais ou alta rotatividade, dependência de tecnologias, conceitos imprecisos de integralidade e promoção da saúde e divergência nas equipes em relação a treinamentos, capacitações e reuniões.

Conforme o estudo de Figueiredo (2014), os avaliados descrevem que o maior obstáculo reside no fato de que a análise do processo de trabalho implica em tempo e disposição dos profissionais, por vezes não disponível a contento.

No estudo de Carvalho (2020), ainda foi apontado que os trabalhos são feitos informalmente e através das reuniões de equipe, situação traz a necessidade de revisão do método e modos como as atividades são conduzidas nas unidades (CECCIM, 2019).

Destaca-se, conforme referem Marques e Freitas (2016), Figueiredo (2014) e Ceccim (2019) que a prática do NEP acontece na rotina de trabalho, dessa forma, as discussões devem transcender o contexto semanal das reuniões (CARVALHO, 2020).

Conclusão

Este estudo demonstra que o NEP se encontra em fase de amadurecimento no Maranhão, e é observado que a maior parte dos membros têm a percepção da vinculação do Núcleo com a proposta nacional do PNEPS, que existe uma organização e planejamento na atuação, que há o entendimento da importância e implicações do método na assistência.

Observou-se ainda que as dificuldades descritas pelos membros do NEP estão relacionadas a ausência de acompanhamento e monitorização das ações, bem como da avaliação de seus resultados.

Assim, pode-se concluir que a implementação do NEP nos serviços de saúde é fundamental, uma vez que age transformando a qualidade da assistência no contexto do SUS, promovendo uma prática qualificada, responsável e consciente.

Sugere-se cada vez mais discutir as possibilidades de inserir metodologias ativas de ensino -aprendizagem dentro do contexto de SUS, aproximando a formação dos profissionais das reais necessidades do sistema, promovendo melhorias na atuação das equipes multiprofissionais.

Como limitação, referimos a ausência de um resultado qualitativo quanto a percepção dos membros do Núcleo, a fim de verificar sua percepção sobre a atuação nas instituições. Descreve-se ainda que não há um questionário validado no Brasil que possibilite que estudos avaliem as implicações do NEPs na assistência à saúde.

É essencial o desenvolvimento de estudos que avaliem de modo prospectivo a atuação dos NEPs, de forma a verificar sua eficiência dentro do contexto de saúde e melhor observar seus resultados a partir do acompanhamento a longo prazo nas instituições.

Referencias

ALMEIDA, R. G. D. S.; TESTON, E. F.; MEDEIROS, A. D. A. A interface entre o PET-Saúde/Interprofissionalidade e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 97-105, 2019.

ALVES, D. M. **A experiência da Educação Permanente em Saúde no município de Registro**, São Paulo. 2019. -, Universidade de São Paulo.

ARAÚJO, K. Q. M. A. D. **Núcleo de educação permanente como ferramenta de gestão organizacional no Hospital Universitário Ana Bezerra: um plano de projeto técnico aplicado**. 2015.

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, DF: Ministério da Saúde; 2009.

CARVALHO, E. R. D. **A educação permanente em saúde na perspectiva de gestores da atenção básica**. 2020.

DINIZ, D. S.; SÁ, M. D. C. The use of narratives and group device approach in education/continuing education of health professionals: a literature review. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, 2019.

FAKHOURI, A. P. ; FRANCISCHETTI, I.; VIEIRA, C. M. Educação permanente em saúde: concepções e práticas de facilitadores. **Interfaces da educação**, 13, n. 37, 2022.

FIGUEIREDO, E. B. L. D. **Educação permanente em saúde: inventando desformações**. 2014.

FORTUNA, C. M.; FRANCESCHINI, T. R. D. C.; MISHIMA, S. M.; MATUMOTO, S. et al. Movimientos de la educación permanente en salud desencadenados a partir de la formación de facilitadores. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, p. 411-420, 2011.

GIGANTE, R. L.; CAMPOS, G. W. D. S. Política de formação e educação permanente em saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, p. 747-763, 2016.

HORTA, N. D. C.; SENA, R. R. D.; SILVA, M. E. O.; OLIVEIRA, S. R. D. et al. Practice of family health teams: challenges for the promotion of health care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, p. 524-529, 2009.

LAMANTE, M. P. S.; CHIRELLI, M. Q.; PIO, D. A. M.; DA ROCHA TONHOM, S. F. et al. A educação permanente e as práticas em saúde: concepções de uma equipe multiprofissional. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 7, n. 14, p. 230-244, 2019.

LEITE, C. M.; PINTO, I. C. D. M.; FAGUNDES, T. D. L. Q. Educação permanente em saúde: reprodução ou contra-hegemonia? **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, 2020.

LIMA, S. A. V.; ALBUQUERQUE, P. C.; WENCESLAU, L. D. Educação permanente em saúde segundo os profissionais da gestão de Recife, Pernambuco. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 12, p. 425-441, 2014.

MARQUES, J. B. V.; FREITAS, D. D. Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação. **Pro-Posições**, v. 29, p. 389-415, 2018.

MATOS, E.; PIRES, D. E. P. D. Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 18, p. 338-346, 2009.

MATUMOTO, S.; FORTUNA, C. M.; KAWATA, L. S.; MISHIMA, S. M. et al. Nurses' clinical practice in primary care: a process under construction. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, p. 123-130, 2011.

MELO, M. C. D.; QUELUCI, G. D. C.; GOUVÊA, M. V. Problematizing the multidisciplinary residency in oncology: a practical teaching protocol from the perspective of nurse residents. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, p. 706-714, 2014.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 2, p. 1-3, 2018.

MENDONÇA, F. D. F.; NUNES, E. D. F. P. D. A. Necessidades e dificuldades de tutores e facilitadores para implementar a política de educação permanente em saúde em um município de grande porteno estado do Paraná, Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, p. 871-882, 2011.

MICCAS, F. L.; BATISTA, S. H. S. D. S. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, p. 170-185, 2014b.

MISHIMA, S. M.; AIUB, A. C.; RIGATO, A. F. G.; FORTUNA, C. M. et al. Perspectiva dos gestores de uma região do estado de São Paulo sobre educação permanente em saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, p. 0665-0673, 2015.

MIYAMOTO, G. A. **Núcleo de Educação Permanente em região de municípios de pequeno/médio porte**: desafios e potencialidades. 2014.

MONTANHA, D.; PEDUZZI, M. Educação permanente em enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, p. 597-604, 2010.

MONTEIRO, M. I.; CHILLIDA, M. D. S. P. ; BARGAS, E. B. Educação continuada em um serviço terceirizado de limpeza de um hospital universitário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, p. 541-548, 2004.

MORAES, K. G.; DYTZ, J. L. G. Política de Educação Permanente em Saúde: análise de sua implementação. **ABCS Health Sciences**, v. 40, n. 3, 2015.

MOURA, D. G.; BARBOSA, E. F. **Trabalhando com projetos**: planejamento e gestão de projetos educacionais. Editora Vozes Limitada, 2017.

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. **Rev Latino-Am Enfermagem**. v. 17, n. 3, p. 314-20, 2009.

NICOLETTO, S. C. S.; BUENO, V. L. R. D. C.; NUNES, E. D. F. P. D. A.; CORDONI JÚNIOR, L. et al. Desafios na implantação, desenvolvimento e sustentabilidade da Política de Educação Permanente em Saúde no Paraná, Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 22, p. 1094-1105, 2013.

NICOLETTO, S. C. S.; MENDONÇA, F. D. F.; BUENO, V. L. R. D. C.; BREVILHERI, E. C. L. et al. Polos de educação permanente em saúde: uma análise da vivência dos atores sociais no norte do Paraná. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 209-219, 2009.

PASCHOAL, A. S.; MANTOVANI, M. D. F.; MÉIER, M. J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, p. 478-484, 2007.

PEDUZZI, M.; GUERRA, D. A. D.; BRAGA, C. P. ; LUCENA, F. S. et al. 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, Educação**, v. 13, p. 121-134, 2009.

PEIXOTO, L. S.; GONÇALVES, L. C.; DA COSTA, T. D.; DE MELO, C. M. T. et al. Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. **Enfermería global**, v. 12, n. 1, 2013.

PERES, C.; SILVA, R. F. D.; BARBA, P. C. D. S. D. Desafios e potencialidades do processo de educação permanente em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, p. 783-801, 2016a.

PESSÔA, L. R.; FERLA, A. A.; ANDRADE, J.; MENEGHEL, S. et al. A educação permanente e a cooperação internacional em saúde: um olhar sobre a experiência de fortalecimento da rede haitiana de vigilância, pesquisa e educação em saúde, no âmbito do projeto Tripartite Brasil-Haiti-Cuba. **Divulg Saúde em Debat**, v. 49, p. 165-171, 2013.

PRALON, J. A.; GARCIA, D. C.; IGLESIAS, A. Educação permanente em saúde: uma revisão integrativa de literatura. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 14, p. e355101422015-e355101422015, 2021.

SENA, R. R. D.; GRILLO, M. J. C.; PEREIRA, L. D. Á.; BELGA, S. M. M. F. et al. Educação permanente nos serviços de saúde: atividades educativas desenvolvidas no estado de Minas Gerais, Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, 2017.

SILVA, C. B. G.; SCHERER, M. D. D. A. A implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde na visão de atores que a constroem. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, p. e190840, 2020.

SILVA, L. A. A. D.; LEITE, M. T.; PINNO, C. Contribuições das comissões de integração ensino-serviço na educação permanente em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 12, p. 403-424, 2014.

SILVA, L. A. A. D.; SCHMIDT, S. M. S.; NOAL, H. C.; SIGNOR, E. et al. Avaliação da educação permanente no processo de trabalho em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, p. 765-781, 2016.

SILVA, L. A. A. D.; SODER, R. M.; PETRY, L.; OLIVEIRA, I. C. Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, 2017.

SILVA, R. K. A. D. **Importância do núcleo de educação permanente em saúde para enfermagem**. 2018. -, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

TANJI, S.; SILVA, C. M. D. S. L. M. D.; ALBUQUERQUE, V. S.; VIANA, L. D. O. et al. Integrating teaching, work on nursing and citizenship. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, p. 483-490, 2010.

TAVARES, C. M. D. M. A educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 15, p. 287-295, 2006.

USP. Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Recursos Humanos e Regionalização da Saúde. **Programa de Monitoramento e Avaliação da Implementação da Política Nacional de Educação Permanente**. São Paulo: FM/USP, 2010.

4.3 Artigo 3 – EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO BRASIL: REVISÃO SISTEMÁTICA

Periódico: Educação, Ciência e Saúde

ISSN: 2358-7504

(Aceite para publicação)

Artigo 3. Artigo propriamente dito

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO BRASIL: REVISÃO SISTEMÁTICA

Ms. Maria de Lourdes Carvalho*, Universidade de Coimbra, Portugal.

PhD. Joaquim Luís Medeiros Alcoforado, Universidade de Coimbra, Portugal.

Autor correspondente

*Maria de Lourdes Carvalho, Rua Larga Edifício Faculdade de Medicina (R/Ch. Esq.)
3004-504, Coimbra, Portugal, Contato: +5598999731075 E-mail:
mlourdinha@gmail.com

Resumo

Introdução: A morbimortalidade populacional e o cuidado centrado no paciente têm

trazido desafios ao Sistema Único de Saúde. Para tanto, é essencial a transformação, qualificação da atenção à saúde, processos formativos e práticas de educação na saúde, baseados na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Objetivo:** Verificar ações e estratégias desenvolvidas e relatadas na literatura científica nos últimos 05 anos de ações de educação permanente em saúde em instituições brasileiras. **Metodologia:** Tratou-se de um estudo de revisão sistemática, onde foram incluídos estudos quantitativos, qualitativos, estudos de caso, relatos de experiências e estudos metodológicos, publicados entre 2017 e 2021. Os artigos foram pesquisados na plataforma BVS (Biblioteca Virtual de Saúde), MEDLINE, LILACS, SCIELO, SCOPUS e RIUFF (Repositório Institucional), com busca considerando toda a coleção, a partir dos descritores “Educação em Saúde”, “Educação Permanente em Saúde”, “Sistema Único de Saúde” e “Brasil”. **Resultados:** Foram analisados 16 artigos, considerando os critérios de inclusão. Observou-se que 68,8% foram oriundos da base de dados LILACS, 37,5% com publicação em 2017 e 18,8% em 2018, 62,5% se trataram de relatos de experiências, 37,5% objetivou apresentar aplicação de métodos para implementação de ferramentas em saúde, e 25,0% dos estudos foram realizados na região sudeste e 25,0% na região nordeste do Brasil. Foi observado os estudos realizaram cursos ou encontros de grupos focais como principais estratégias, sendo direcionadas a equipe multiprofissional em 37,5% e a equipe de enfermagem, em 31,3% dos estudos. Grande parte (62,5%) referiu melhorias nos processos de trabalho relacionadas as atuações e ao envolvimento do profissional, ainda 75,0% referiram a importância da EPS na estruturação do serviço e na construção coletiva dos processos assistências e de trabalho. **Conclusão:** Percebeu-se grande impacto das metodologias colaborativas na análise das realidades e na definição de ações efetivas dentro do ambiente hospitalar, com utilização em grande parte do Arco de Menezes. Dessa forma, fica evidente que a aplicação efetiva da PNEPS está relacionada ao envolvimento dos Núcleos de Educação e dos profissionais alvo.

Palavras chave: Educação Permanente em Saúde. Sistema Único de Saúde. Profissionais de Saúde.

Introdução

O perfil de morbimortalidade populacional e o cuidado centrado no paciente tem trazido desafios ao Sistema Único de Saúde (SUS). Diante disso, surge a necessidade do fortalecimento dos princípios do SUS que resultam no cuidado integral e contínuo

(MENDES, 2012).

Para tanto, como estratégia para alcance desses princípios, é essencial a transformação, qualificação da atenção à saúde, processos formativos e práticas de educação na saúde, baseados na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que busca garantir os princípios de universalidade, equidade e integralidade com efetiva participação popular (BRASIL, 2004; BRASIL, 2013; BRASIL, 2017).

Isso devido ao fato que, na saúde, a formação se restringe, em grande parte, às atividades resultantes de disciplinas de didática, cursadas somente na pós-graduação. Assim, a prática educativa baseia-se, sobretudo, nas vivências experimentadas durante formação, não adequadas à realidade atual (BARCELLOS, 2020).

O planejamento dos recursos humanos na área da saúde, desde sua primeira referência em 1958, pela publicação da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), passou a ser difundido como uma prioridade, sendo denominado como “Educação Permanente do Pessoal da Saúde”. As ações referentes ao planejamento visavam fortalecer o desenvolvimento dos sistemas de saúde na América Latina, considerando a complexidade dos serviços de saúde e a aprendizagem significativa para se obter a adesão dos trabalhadores de saúde (HAUBRICH, 2015; FERRAZ, 2011; ROSCHKE, 1987).

Assim, este estudo buscou verificar ações e estratégias desenvolvidas e relatadas na literatura científica nos últimos 05 anos de ações de educação permanente em saúde em instituições brasileiras.

Metodologia

Desenho do estudo

Tratou-se de um estudo de revisão sistemática. O protocolo para esta revisão sistemática foi desenvolvido seguindo PRISMA-P [Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyzes - Protocols] (MOHER et al., 2015).

A pesquisa foi orientada a partir das questões:

Quais as principais estratégias utilizadas a partir da EPS nos estudos avaliados?

Qual o público alvo das estratégias utilizadas nos estudos avaliados?

Quais os principais resultados das estratégias utilizadas nos estudos

avaliados?

Quais os principais impactos da EPS nos estudos avaliados?

Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos estudos quantitativos, qualitativos, estudos de caso, relatos de experiências e estudos metodológicos, publicados entre 2017 e 2021, em português ou inglês. Os estudos foram incluídos se os resultados relacionados às estratégias em educação permanente em saúde em instituições brasileiras.

Foram excluídas revisões, artigos de discussão, cartas ao editor, resumos de conferências, opiniões pessoais, livros e / ou capítulos de livros.

O número de estudos identificados, examinados e incluídos na revisão, bem como o número de referências excluídas e os motivos da exclusão em fluxograma, conforme modelo PRISMA Chart.

Extração de dados

Os artigos foram pesquisados na plataforma BVS (Biblioteca Virtual de Saúde), MEDLINE, LILACS, SCIELO, SCOPUS e RIUFF (Repositório Institucional), com busca considerando toda a coleção, a partir dos descritores “Educação em Saúde”, “Educação Permanente em Saúde”, “Sistema Único de Saúde” e “Brasil”, em combinação com palavras-chave combinadas com operadores booleanos AND e OR e foram considerados.

Todos os estudos incluídos estavam disponíveis como texto completo, em português ou inglês.

Desfechos

O desfecho primário foi relacionado às principais estratégias utilizadas; o secundário relacionado ao público-alvo e o terciário aos principais resultados das implementações da EPS.

Estratégia para síntese de resultados

A síntese dos resultados foi realizada de forma descritiva e narrativa, sendo apresentados autor, título, base de dados, ano, local, desenho do estudo, objetivos,

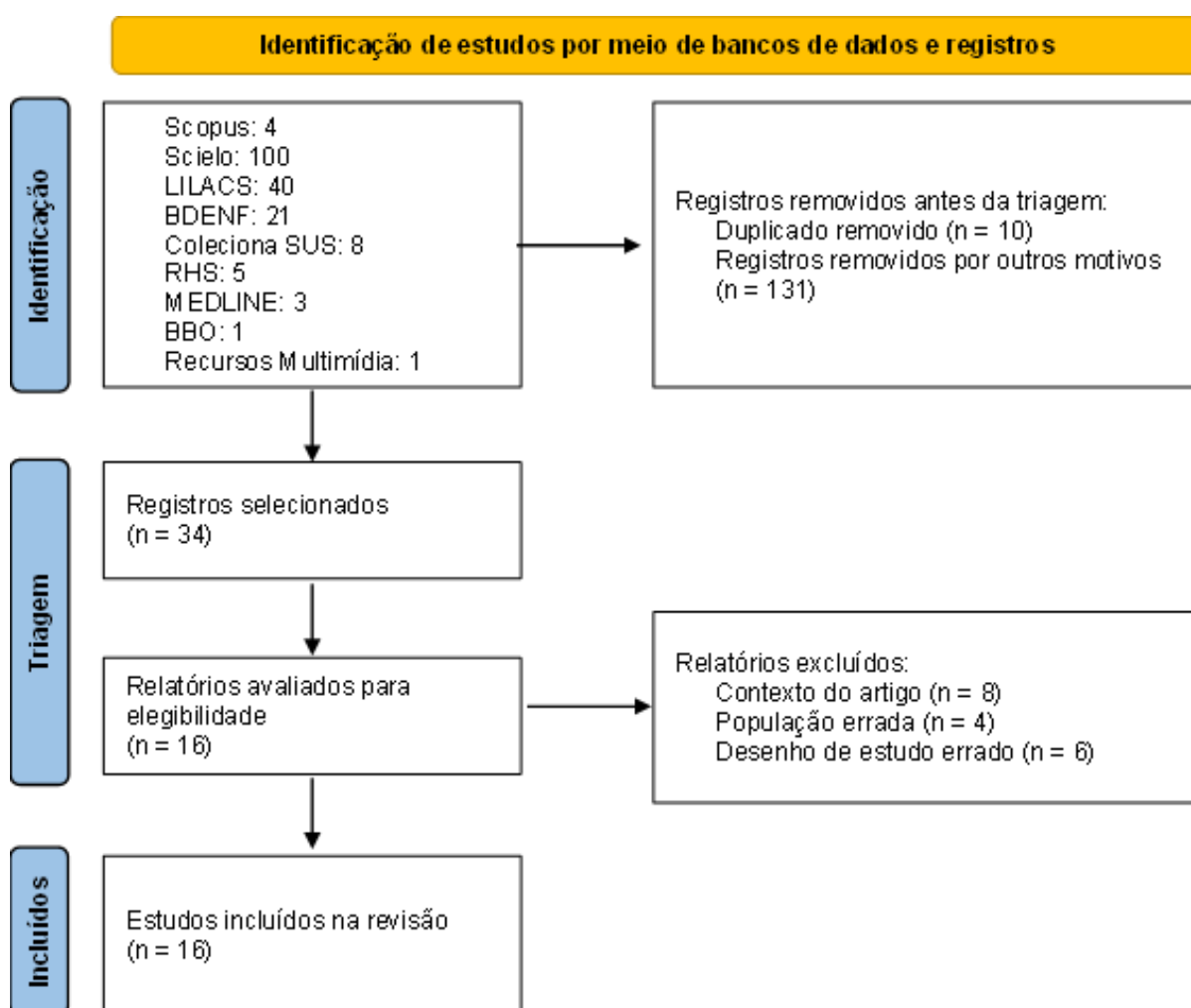
modelo estratégico, descrição das estratégias, resultados gerais e impactos da EPS observados e descritos nos artigos selecionados.

Resultados

Triagem dos estudos

A partir da busca em bases de dados, foram encontrados 175 artigos a partir das palavras chaves, 34 foram triados após eliminação a partir do contexto população e desenho dos estudos, e destes, 16 artigos (47,1%) foram elegíveis para análise, considerando os critérios de inclusão (Figura 1).

Figura 1. Fluxo de triagem de estudos a partir do Prisma Chart.



Caracterização dos estudos

Foram avaliados 16 estudos que em sua análise apresentaram estratégias em

EPS baseada nos princípios da PNEPS. Observou-se que 68,8% foram oriundos da base de dados LILACS, 37,5% com publicação em 2017 e 18,8% em 2018, 62,5% se trataram de relatos de experiências, 37,5% objetivou apresentar aplicação de métodos para implementação de ferramentas em saúde, e 25,0% dos estudos foram realizados na região sudeste e 25,0% na região nordeste do Brasil (Tabela 1).

Foi observado que maior parte dos estudos realizou cursos ou encontros de grupos focais como principais estratégias de realização das ações educativas, somando 62,5% das pesquisas analisadas, sendo direcionadas a equipe multiprofissional em 37,5% e a equipe de enfermagem, em 31,3% dos estudos.

Refere-se ainda que apenas um estudo inseriu a equipe administrativa (6,3%) e 12,5% foi realizado com gestores de áreas (Tabela 2).

Grande parte dos estudos (62,5%) referiu melhorias nos processos de trabalho relacionadas as atuações e ao envolvimento do profissional, ainda 75,0% referiram a importância da EPS na estruturação do serviço e na construção coletiva dos processos assistências e de trabalho (Tabela 3).

Discussão

A seleção dos artigos com essa temática partiu da necessidade de conhecer quais intervenções vêm sendo aplicadas com apoio da PNEPS para educação profissional em saúde nos últimos 5 anos e quais seus resultados.

Verificou-se menor número de publicações a partir de 2019. O fato pode ser relacionado às dificuldades de produção científica no contexto da pandemia da doença do coronavírus 2019 (COVID-19), causada pelo SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2).

No estudo de Carneiro et al. (2021), a pandemia, principal ameaça à saúde, possivelmente provocou uma disponibilização de financiamento para investigação científica com foco nessa patologia, justificada, sem dúvida, pela necessidade de esclarecimentos sobre a doença, porém pode ter afetado outras áreas de pesquisa científica. O estudo de Rangel (2021) investigou publicações relacionadas antes e durante a pandemia e observou redução de publicações de mulheres em relação a publicações de homens. O autor sugere que isso foi reflexo dos afastamentos de trabalho e fechamento de escolas, também resultante da pandemia. Possivelmente, setores não assistenciais foram direcionados a atuação em *home office*, o que pode ter ocorrido em NEPs ou outros núcleos que atuam na educação do profissional de saúde, comprometendo tanto a educação em si, como contribuindo para redução de

publicações dessas áreas.

As publicações ocorridas em 2017, podem também estar relacionadas às estratégias de atualização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), onde o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), do Ministério da Saúde, promoveu seis oficinas nas regiões Centro-Oeste, Sudeste, Nordeste, Norte e Sul, configurando-se um movimento de retomada do debate em torno da PNEPS (GONÇALVES et al., 2019). Essa ação pode ter desencadeado ao aumento do interesse na temática, uma vez que 9, dos 16 estudos avaliados receberam em suas capitais as oficinas propostas na iniciativa de retomada da PNEPS.

Relato de experiência foi a metodologia mais utilizada nos artigos avaliados, sendo descrita nos estudos de Albuquerque et al. (2019), Cauduro et al. (2017), Adamy et al. (2017), Gomes et al. (2021), Gomes et al. (2017), Monteiro et al. (2017), Leal et al. (2021), Silva et al. (2022), Silva et al. (2020) e Mello e Arnemann (2018). Se trata de um tipo de produção de conhecimento que aborda uma vivência acadêmica ou profissional, cuja característica principal é a descrição de uma intervenção (MUSSI; FLORES; ALMEIDA, 2021), onde o conhecimento científico resultante dos relatos de experiência beneficia o meio acadêmico e a sociedade, por contribuir na melhoria de intervenções e possibilitar o usufruto de futuras propostas de trabalho, respectivamente.

Ressalta-se que os estudos de Cauduro et al. (2017) e Silva et al. (2022) em seus relatos de experiência, para o planejamento e a implementação das oficinas, fundamentaram-se na Metodologia da Problematização, apoiada no Arco de Maguerez, condutor das atividades. Da mesma forma, os estudos de Santos (2017), em seu estudo de caso, de Silva (2020), em seu relato de experiência, e de Ferreira (2017), cujo desenho do estudo foi pesquisa convergente assistencial, também realizaram o método do Arco de Maguerez. A ferramenta é similar ao realizado em pesquisa-ação, porém é dividida em cinco etapas: observação da realidade, definição dos pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade de forma colaborativa (FREIRE, 1996; DÍAZ, 1989). A realidade ou recorte da realidade tem uma primeira ação que é de observar, depois de refletir, teorizar, construir hipóteses e a última ação é a de intervir na realidade (BERBEL, 1998).

Para Silva (2022), que utilizou o método do Arco de Maguerez, houve a possibilidade de análise de sua realidade de forma política e social, a fim de definir ações conjuntas para resolver problemas e transformar situações relacionadas à saúde (BRASIL, 2004; FERREIRA 2019).

Pesquisa-ação foi referida por dois estudos. Para Coswosk et al. (2018), com objetivo de elaborar possíveis ações de auxílio ao Plano de Gerenciamento de Resíduos do Serviço de Saúde, a metodologia é uma modalidade de pesquisa qualitativa onde se faz necessário coletar dados para diagnóstico e intervenção. Para Mendonça et al. (2017), a pesquisa-ação tem a intenção de fazer que os participantes se conscientizem da realidade, identifiquem dificuldades, solucionem problemas por meio de uma ação, além de produzirem conhecimento. Segundo Thiollent (1998), na pesquisa-ação ocorre uma ação planejada orientada para elaboração de diagnóstico, identificação de problemas e busca de soluções, sendo dividida em quatro principais etapas: fase exploratória, fase principal, fase de ação e fase de avaliação.

A maior parte dos estudos realizou cursos ou encontros com grupos focais como principal estratégia, direcionadas a equipe multiprofissional e a equipe de enfermagem, sendo que apenas um estudo inseriu a equipe administrativa.

Os estudos de Coswosk et al. (2018), Gomes et al. (2021), Leal et al. (2021), Nietzsche et al. (2020), Santos (2017) e Mello e Arnemann (2018), utilizaram cursos como intervenção em saúde. Para Coswosk et al. (2018), o curso de capacitação promoveu desenvolvimento de cada participante, bem como de seus posicionamentos, permitindo a avaliação do processo educacional. Para Nietzsche et al. (2020), a metodologia de ensino-aprendizagem no curso realizado corroborou com a perspectiva da EPS, uma vez que visa estratégias de ações educativas a partir da problematização das práticas, colocando os profissionais como atores reflexivos e idealizadores de conhecimento e de alternativas de ação, no lugar de receptor de informações. Além disso, visa à interação da equipe, evitando a fragmentação disciplinar (BRASIL, 2009). No entanto, o autor relata que existiu divergência entre os avaliados em relação aos conceitos “ação educativa” e “capacitação”, o que pode ser resultante de uma cultura da educação profissional (NIETSCHE et al., 2020).

Para Gomes et al. (2021), realizando um curso de qualificação dos trabalhadores da saúde para o desenvolvimento de atividades relativas ao cuidado à saúde da população negra, os participantes destacaram o aprendizado, qualificação, abordagens metodológicas interativas e participativas aplicadas e o desenvolvimento de novas competências.

O estudo de Leal et al. (2021), que tratou sobre o desenvolvimento do Curso de Qualificação em Acolhimento do Usuário Indígena LGBTQIA+, voltado para os profissionais de atenção à saúde indígena do estado da Bahia, a qualificação, iniciou um movimento de incentivo à formação que possibilitou a ampliação da prática integrada, democrática, coletiva, promotora de saúde e bem-estar e, sobretudo,

empoderadora dos profissionais.

Assim, percebe-se que cursos, qualificações, atualizações e capacitações na área da saúde são técnicas importantes de incentivo ao conhecimento dos servidores e permitem aproximação e diálogo da gestão com a vivência prática (PERES; SILVA; BARBA, 2016).

Para Mello (2018), que relatou a experiência metodológica do curso de Especialização e Aperfeiçoamento em Formação Integrada Multiprofissional em Educação Permanente em Saúde, a partir do curso realizado, foi possível identificar diferentes formas de aprender e cuidar, avaliando a experiência como aprendizagem e que aprender e experienciar são processos além da mente do indivíduo, mas que afetam o corpo.

A partir de cursos de formação, pode-se desencadear uma avaliação da prática de trabalho e, conseqüentemente, uma possível melhoria da assistência, sentindo mais fortes e potentes para conduzir situações complexas (PINHEIRO et al., 2019).

Albuquerque et al. (2019), Mendonça et al. (2017), Santos (2017) e Ferreira (2017) aplicaram estratégias de grupos focais. Para o Albuquerque et al. (2019), as reflexões realizadas por meio de grupos focais permitem melhor contextualização dos fatos, a partir da criação de uma situação interativa entre os participantes. Na pesquisa realizada por Santos (2017), que objetivou avaliar um processo formativo voltado para o desenvolvimento gerencial de profissionais atuantes na linha de atenção às urgências, a satisfação demonstrada na avaliação dos módulos, foi ratificada pelos integrantes dos grupos focais. Estes, destacaram a metodologia adotada, que permitiu a troca de conhecimentos por meio da interação entre os participantes, percepção semelhante à encontrada por Mendonça et al. (2017).

O estudo de Ferreira (2019), que realizou grupos de convergência, objetivou identificar os principais obstáculos na realização do Registro de Enfermagem e utilizar a Educação Permanente em Saúde como estratégia para elaborar soluções para os obstáculos encontrados para realização deste registro. Segundo Trentini, Paim e Silva (2014), grupos de convergência têm por fim desenvolver pesquisa simultaneamente a prática assistencial. No entanto, após apresentação da EPS e da possibilidade de participação coletiva, os autores observaram resistência dos participantes, na exposição de ideias e propostas, e descrença na possibilidade de opinar sobre a própria prática de trabalho. Dessa forma, espaços construídos com base na EPS se tornam estratégias de democratização das relações de poder e decisão, ampliando o acesso à informação e o envolvimento com o trabalho (BRASIL, 2014).

No estudo de Monteiro et al. (2017), que relata a experiência do Grupo de

Trabalho para Educação Permanente do Controle Social realizada com conselheiros

de saúde, dentro do âmbito da Educação Permanente em Saúde, orientados pela metodologia da problematização e tendo por princípio pedagógico o processo de trabalho e inspirados na concepção de currículo integrado, criaram um material pedagógico para a formação dos facilitadores e para o apoio ao planejamento das ações educativas. Porém, o estudo ressalta o desafio de promoção de espaços de discussão para orientar e fortalecer a participação enquanto ferramenta de gestão do SUS. Os autores entendem que a EPS é a lanterna que ilumina a prática, pois traz como o ser humano em busca de novos aprendizados e horizontes.

O estudo de Frates (2017), com utilização de ações educativas na promoção da EPS, observa que esse método, com o uso de metodologias ativas, no âmbito institucional, promovem a reflexão do trabalhador sobre o seu ambiente laboral, oportunizam a troca de experiências entre os participantes e elevam o grau de conhecimento e expertise dos trabalhadores, que são a força motriz da organização (BRASIL, 2013). Da mesma forma, Gomes, Soares e Silva (2017), que objetivou relatar atuação multiprofissional por meio da Educação Permanente em Saúde nos Centro de Saúde da Comunidade do Taquari e Laurides Milhomem (Aureny III) no município de Palmas/TO, processo de ensino-aprendizagem contidos nas ações educativas e nas intervenções na prática proporcionaram uma melhor comunicabilidade entre a saúde mental e atenção básica.

Dessa forma, a EPS não pode ser vista somente como ferramenta ou estratégia para remodelar o processo de trabalho, com a realização de cursos ou ações educacionais pontuais, deve ser entendida como dispositivo para mediar mudanças, permitindo aos sujeitos um processo de análise no trabalho, pelo trabalho e para além do trabalho, como possibilidade de crescimento na atuação (CAMPOS, 2017).

A Metodologia da Problematização se configura em uma estratégia de ensino que estimula o pensamento crítico e reflexivo, a tomada de decisão compartilhada e a resolutividade de problemas (BERBEL, 1998).

Uma ferramenta referida para aplicação da Política Nacional de Educação Permanente é o uso de tecnologias inovadoras, como a Internet e, conseqüentemente, a educação a distância, utilizado no estudo de Leal et al. (2021), ou aplicação de questionários online, como observado no de Santos (2017).

Nesse contexto, o uso das tecnologias de informação e comunicação (TIC) mostrou-se como importante ferramenta, cheia de possibilidades criativas, para

manter as ações de EPS diante das limitações e dos desafios engendrados pela pandemia do coronavírus (FELICIANO et al., 2020).

Alguns estudos se destacam por trazerem a educação em saúde para implementação ou melhorias de protocolos assistenciais como resultados, como observado nas pesquisas de Coswosk et al. (2018) que atuou no gerenciamento de resíduos de Saúde, Nietzsche et al. (2020) na implementação e execução do método canguru, Marteleto na promoção, prevenção e controle de infecção hospitalar, Santos (2017), desenvolvimento de profissionais atuantes na linha de atenção às urgências, Silva et al. (2020) sensibilização sobre lavagem de mãos, e Ferreira (2019), na melhoria do registro de enfermagem.

Os estudos de Albuquerque et al. (2019), Gomes et al. (2021), Gomes et al. (2019), Mendonça et al. e Leal et al. foram realizados com ações da PNEPS voltadas para sensibilização e atuação com minorias e ou grupos vulneráveis. Albuquerque et al. (2019), em seu estudo realizado com a população LGBT, observou que os profissionais se mostraram mais confiantes e sensibilizados sobre as temáticas abordadas. Da mesma forma, Gomes et al. (2021), a PNEPS é grande instrumento de problematização e superação do racismo institucional, e ainda para Gomes et al. (2019), ampliação do saber profissional a partir das ações em Educação Permanente em Saúde permitiu desmistificar o preconceito, teoria e prática na área saúde da família e na área da saúde mental. Mendonça et al. (2020) afirma que a educação em saúde é capaz de promover a construção da atenção diferenciada aos idosos pautada no respeito e na promoção da saúde. Leal et al., em seu relato de experiência sobre o desenvolvimento do Curso de Qualificação em Acolhimento do Usuário Indígena LGBTQIA+, verificou a importância da oferta e construção de uma formação em conformidade com as necessidades observadas, de forma a subsidiar o exercício profissional e promover processos de cuidado reflexivos e transformadores nas comunidades em que atuam.

Os estudos de Monteiro et al. (2017), Silva et al. (2022) e Mello e Arnemann (2018) atuaram na sensibilização de seus profissionais às práticas da EPS. O estudo de Monteiro et al. (2017), onde foi desenvolvida uma formação de conselheiros de saúde a partir de um processo educativo de ação, reflexão e transformação das práticas, compartilhado entre gestores, trabalhadores de saúde e usuários para a busca de soluções dos problemas locais, o que se tornou um marco no planejamento da Educação Permanente a ser utilizada, resultando no aumento da autonomia

regional e na ampliação do alcance. O estudo de Silva et al. (2022) afirma que as estratégias e ações realizadas favorecerem a sensibilização dos profissionais sobre o ensino e a aprendizagem no trabalho na área hospitalar, o que promove a adesão dos trabalhadores às ações desenvolvidas pelo NEP. Para Mello e Arnemann (2018), que realizou um relato sobre a vivência no curso de Educação Permanente em Saúde em Movimento, foi possível dialogar sobre o cotidiano das práticas de cuidado da necessidade de formalizar a experiência e sensibilidade, e o caráter coletivo, essencial em um ambiente dialógico de aprendizagem.

Os estudos de Cauduro et al. (2017) e Adamy et al. (2017) traçaram estratégias com foco na segurança do paciente. O primeiro, relata positivamente o envolvimento de gestores e trabalhadores assistenciais, o que possibilitou a escuta mútua e a elaboração coletiva de estratégias para a melhoria dos serviços ofertados (CAUDURO et al., 2017). Adamy et al. (2017) percebe que as atividades desenvolvidas contribuíram para aumentar o interesse dos profissionais e promoveu análise do processo de trabalho e das suas atribuições cotidianas para atender as demandas dos usuários e dos gestores, a partir de uma construção ressignificada de si mesmo.

Conclusões

Nessa revisão, foram analisados 16 artigos cujo objetivo foi implementar ações e estratégias de educação permanente em saúde em instituições hospitalares brasileiras, com base na PNEPS.

A partir dos estudos avaliados, percebeu-se grande impacto das metodologias colaborativas na análise das realidades e na definição de ações efetivas dentro do ambiente hospitalar, com utilização em grande parte do Arco de Maguerez. Nesse contexto de avaliação – intervenção, está inserido a EPS, que demanda uma abordagem crítica, com resgate da corresponsabilidade e abarque os envolvidos no processo como sujeitos proativos e não somente receptores de informações. Dessa forma, fica evidente que a aplicação efetiva da PNEPS está relacionada ao envolvimento dos Núcleos de Educação e dos profissionais alvo, ou seja, a partir do envolvimento na construção do conhecimento, é possível melhores resultados que o observado em estratégias tradicionais de educação.

A utilização de recursos online, como aulas e questionários, também foi essencial nas ações realizadas pelos estudos, principalmente no contexto social vivido na pandemia por covid-19.

Conclui-se que os estudos avaliados cumprem o principal objetivo da EPS, que é a transformação real das práticas em saúde, onde as atividades educativas são construídas a partir da análise coletiva nos processos de trabalho, na valorização do cotidiano como guia das implementações, a partir de estratégias contextualizadas e participativas.

Diante do exposto, a efetivação da EPS permite que profissionais de saúde reflitam acerca das experiências vividas em seus ambientes de saúde, relacionando a teoria com a sua realidade, resultando em ações transformadas a partir do processo prática-reflexão-ação, que é base da PNEPS.

Como limitação, refere-se à inexistência de uma ferramenta padronizada de avaliação etapa-a-etapa dos estudos analisados. Outra limitação, resultante do número de estudos inseridos na revisão, foi a diversidade de desenhos e métodos aplicados nas pesquisas, o que dificulta a comparação entre os mesmos e com outros estudos da área.

Sugere-se que sejam desenvolvidos checklists avaliativos com vistas aos objetivos, métodos e resultados de pesquisas cujo objetivo foi aplicação da PNEPS em seus contextos de saúde, de forma a observar se os pressupostos das pesquisas foram seguidos e aplicados corretamente.

Referencias

ADAMY, Edlamar Kátia et al. Tecendo a educação permanente em saúde no contexto hospitalar: relato de experiência. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, v. 8, 2018.

ALBUQUERQUE, Mário Roberto Tavares Cardoso; BOTELHO, Nara Macedo; RODRIGUES, Cybelle Cristina Pereira. Atenção integral à saúde da população LGBT: Experiência de educação em saúde com agentes comunitários na atenção básica. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 14, n. 41, p. 1758-1758, 2019.

BARCELLOS, Rosilene Marques de Souza et al. Educação permanente em saúde: práticas desenvolvidas nos municípios do estado de Goiás. Trabalho, Educação e Saúde, v. 18, 2020.

Berbel, NAN. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 2, n.2, 1998

BRASIL. Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 40 p. disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_segur

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS nº. 529 de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. *Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 1 de abr. de 2013

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências [Internet]. Brasília; 2004

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 11, de 17 de janeiro de 2017. Estabelece o Plano Operativo para implementação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). *Diário Oficial União*. Brasília, DF, 17 Jan 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial União*. Brasília, DF, 16 Fev 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial União*. Brasília, DF, 19 Nov 2013.

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, 2009. 63p.

Campos KFC, Sena R, Silva KL. Educação permanente nos serviços de saúde. *Esc. Anna Nery*. 2017, 21(4). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2016-0317>

CARNEIRO, António Vaz; HENRIQUES, Susana Oliveira. O impacto da pandemia COVID-19 na investigação biomédica: uma nova (e pior) realidade. *Revista da Ordem dos Médicos*, n. 212, p. 30-31, 2021.

COSWOSK, E. D. et al. Educação continuada para o profissional de saúde no gerenciamento de resíduos de saúde. *Rev. bras. anal. clin*, p. 288-296, 2018.

Díaz Bordenave JE, Pereira AM. Estratégias de ensino-aprendizagem. 4ª ed. Petrópolis: Vozes; 1989.

PINHEIRO, Guilherme Emanuel Weiss; DE AZAMBUJA, Marcelo Schenk; BONAMIGO, Andrea Wander. As contribuições da educação permanente em saúde no processo de trabalho da estratégia saúde da família. *IJHE-Interdisciplinary Journal of Health Education*, v. 4, n. 1-2, 2019.

Feliciano AB, Fortuna CM, Silva MV, Santos KS, Araujo PN, Franceschini ABC. A pandemia de Covid-19 e a educação permanente em saúde. *Cadernos da Pedagogia*. 2020;14(29):120-35.

Ferraz F. Contexto e processo de desenvolvimento das comissões permanentes de integração ensino-serviço: perspectiva dos sujeitos sociais pautada na concepção dialógica de Freire [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2011. 421 p.

Ferreira GI. Formação profissional em Saúde: aplicação do Arco de Maguerez no processo de ensino aprendizagem. *Interface*. 2019;23:e180020. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.180020>

FERREIRA, Aline Figueiredo; CORTEZ, Elaine Antunes. Educação permanente como estratégia para realização e valorização do registro de enfermagem. *Revista Pró-univerSUS*, v. 8, n. 2, p. 91-93, 2017.

FRATES, Cauduro et al. Uso da problematização com apoio do Arco de Maguerez como estratégia de educação permanente para a promoção da segurança do paciente. *Espaço. saúde (Online)*, p. 150-156, 2017.

Freire P. *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GOMES, Andréa et al. Saúde da população negra e as ações educativas de uma escola do SUS em tempos de pandemia da COVID-19. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 45, n. Especial_2, p. 55-69, 2021.

GOMES, Thayse Fernanda Silva; SOARES, Ângela Costa; SILVA, Raquel Dutra Cunha. A arte de ressignificar: a educação permanente tecendo saberes entre a atenção básica e a saúde mental. In: *MOSTRA ESTADUAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE*, 1., 2019, Palmas, TO. Mostra [...]. Palmas, TO: [SES], 2019. Tema: Reconhecendo as práticas dos trabalhadores do SUS no Tocantins. Eixo temático: Educação Permanente em Saúde – movimentos de aprendizagem desenvolvidos por trabalhadores no ambiente laboral.

GONÇALVES, Cláudia Brandão et al. A retomada do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, v. 43, p. 12-23, 2019.

Haubrich PLG, Rocha CMF, Kruse MHL, Silva CT. Intenções entre tensões: as residências multiprofissionais em saúde como locus privilegiado da educação permanente em saúde. *Saúde em Redes*. 2015;1(1):39-56.

LEAL, Uli Tupiná et al. A educação permanente na atenção integral à saúde do usuário indígena LGBTQIA+: uma experiência inovadora. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 45, n. Especial_3, p. 121-136, 2021.

MELLO, Amanda de Lemos; ARNEMANN, Cristiane Trivisiol. Educação permanente em saúde em movimento: narrativas de uma experiência. *Rev. enferm. UFSM*, p. 1-9, 2018.

Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de saúde; 2012.

MENDONÇA, Francielle Toniolo Nicodemos Furtado de et al. Educação em saúde com idosos: pesquisa-ação com profissionais da atenção primária. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 70, p. 792-799, 2017.

Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS Nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial União*. 22 ago 2007 [citado 20 maio 2015]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/20_07/prt1996_20_08_2007.html

MOHER, David et al. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic reviews*, v. 4, n. 1, p. 1-9, 2015.

MONTEIRO, Maria do Carmo Sales; DE MORAES, Teresa Cristina Lara. Educação Permanente para o controle social: uma ferramenta para a gestão participativa e compartilhada. *BIS. Boletim do Instituto de Saúde*, v. 18, n. 2, p. 119-127, 2017.

MUSSI, Ricardo Franklin de Freitas; FLORES, Fabio Fernandes; DE ALMEIDA, Claudio Bispo. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. *Revista práxis educacional*, v. 17, n. 48, p. 1-18, 2021.

National Heart, Lung and Blood Institute (EUA). Study Quality Assessment Tools. 2021. Available online: <http://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/study-qualityassessment-tools> (accessed on 12 December 2021).

NIETSCHE, Elisabeta Albertina et al. Método Canguru: estratégias de Educação Permanente para sua implementação e execução. *Revista Cuidarte*, v. 11, n. 1, 2020.

Peres C, Silva RF; Barba PCSD. Desafios e potencialidades do processo de educação permanente em saúde. *Trab Educ Saúde*. 2016;14(3):783-801.

Pinto S, Franco TB, Magalhães MG, organizadores. *Tecendo redes: os planos da educação, cuidado e gestão na construção do sistema de saúde brasileiro: a experiência de Volta Redonda-RJ*. São Paulo: Hucitec; 2012.

RANGEL, Érika Bevilaqua et al. IMPACTO DA COVID-19 NA PRODUÇÃO CIENTÍFICA: UM ALERTA PARA A DISPARIDADE DE GÊNEROS. *Brazilian Journal of Transplantation*, v. 24, n. 3, p. 59-61, 2021.

Roschke MAC, Casas MED. Contribución a a formulación de un marco conceptual de educación continua en salud. *Educ Med Salud*. 1987;21(1):1-10.

SANTOS, Patricia Tavares dos. *Da educação ao trabalho: uma avaliação de processo formativo nas urgências*. 2017. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

SILVA, Herberth Rick et al. Práticas de educação em saúde desenvolvidas pelo núcleo de ensino e pesquisa (NEP) de um hospital do interior do estado do Pará. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 12, n. 8, p. e3640-e3640, 2020.

SILVA, Valentina Barbosa da et al. Abordagem problematizadora da educação permanente em saúde na formação em enfermagem: uma experiência na atenção hospitalar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 56, 2022.

Thiollent M (1998). *Metodologia da pesquisa-ação*. 8ª ed. São Paulo: Cortez

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia; SILVA, D. M. G. V. *Pesquisa convergente assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde*. 2014.

Vendruscolo C, Delazere JC, Zocche DAA, Kloh D. Educação permanente como potencializadora da gestão do sistema de saúde brasileiro: percepção dos gestores. *Rev Enferm UFSM*. 2016 abr/jun;6(1)143-53.

Tabela 1. Caracterização dos estudos avaliados.

| Autores | Título | Base | Ano | Local | Desenho do estudo | Objetivo |
|--------------------|--|-------------|------------|-------------------------|----------------------------------|--|
| Albuquerque et al. | Atenção integral à saúde da população LGBT: Experiência de educação em saúde com agentes comunitários na atenção básica | LILACS | 2019 | Ananindeua, PA | Relato de experiência | Relatar uma experiência de educação em saúde com agentes comunitários de saúde acerca da saúde da população LGBT na atenção básica. |
| Coswosk et al. | Educação continuada para o profissional de saúde no gerenciamento de resíduos de Saúde | LILACS | 2018 | Teixeira de Freitas, BA | Pesquisa-ação | Capacitar os colaboradores de uma instituição de saúde permitir a integração da educação continuada aos profissionais de saúde |
| Cauduro et al. | Uso da problematização com apoio do Arco de Magueres como estratégia de educação permanente para a promoção da segurança do paciente | LILACS | 2017 | Curitiba, PR | Relato de experiência | Promover a discussão sobre a segurança do paciente entre gestores e trabalhadores da saúde |
| Nietsche et al. | Método Canguru: estratégias de Educação Permanente para sua implementação e execução | LILACS | 2020 | Rio Grande do Sul | Qualitativa do tipo exploratório | Conhecer o contexto em que o método canguru é desenvolvido em uma UTI Neonatal a partir das ações de Educação Permanente em Saúde |
| Adamy et al. | Tecendo a educação permanente em saúde no contexto hospitalar: relato de experiência | LILACS | 2017 | Santa Catarina | Relato de experiência | Relatar e provocar reflexões sobre a experiência desenvolvida junto ao programa de extensão de um curso de graduação em Enfermagem |
| Gomes et al. | Saúde da população negra e as ações educativas de uma escola do sus em tempos de pandemia da covid-19 | LILACS | 2021 | Salvador, BA | Relato de experiência | Evidenciar a necessidade de construção de propostas educativas que discutam o lugar do negro na sociedade brasileira e sua relação intrínseca com as determinações sociais de saúde, no contexto da pandemia da Covid-19 |
| Gomes et al. | A arte de ressignificar: a educação permanente tecendo saberes entre a atenção básica e a saúde mental | LILACS | 2019 | Palmas, TO | Relato de experiência | Atuação multiprofissional por meio da realização de Educação Permanente em Saúde nos Centro de Saúde da Comunidade (CSC) |
| Monteiro et al. | Educação Permanente para o controle social: uma ferramenta para a gestão participativa e compartilhada | LILACS | 2017 | São Paulo, SP | Relato de experiência | Implementar a Política Municipal de Educação Permanente (EP) para o Controle Social |
| Marteleteo | Educação Permanente: uma estratégia na promoção, prevenção e controle de infecção hospitalar | LILACS | 2018 | Niterói, RJ | Quantitativo exploratório | Elaborar um instrumento de avaliação de desempenho da equipe de enfermagem para a implementação da educação permanente, no tocante à prevenção de infecção hospitalar. |

Tabela 1. Caracterização dos estudos avaliados (Continuação).

| Autores | Título | Base | Ano | Local | Desenho do estudo | Objetivo |
|------------------|---|-------------|------------|-----------------|-----------------------------------|--|
| Mendonça et al. | Educação em saúde com idosos: pesquisa-ação com profissionais da atenção primária | LILACS | 2017 | Uberaba, MG | Pesquisa-ação | Avaliar o desenvolvimento e implementação de uma ação de educação permanente |
| Leal et al. | A educação permanente na atenção integral à saúde do usuário indígena lgbtqi+: uma experiência inovadora | LILACS | 2021 | Bahia | Relato de experiência | Relatar a experiência de desenvolvimento do Curso de Qualificação em Acolhimento do Usuário Indígena LGBTQIA+ |
| Santos | Da educação ao trabalho: uma avaliação de processo formativo nas urgências | USP | 2017 | São Paulo | Estudo de caso | Avaliar um processo formativo voltado para o desenvolvimento gerencial de profissionais atuantes na linha de atenção às urgências. |
| Silva et al. | Abordagem problematizadora da educação permanente em saúde na formação em enfermagem: uma experiência na atenção hospitalar | SciELO | 2022 | Porto Velho, RO | Relato de experiência | Relatar a experiência de uma prática educativa de sensibilização dos trabalhadores de saúde às ações de EPS |
| Silva et al. | Práticas de educação em saúde desenvolvidas pelo núcleo de ensino e pesquisa (NEP) de um hospital do interior do estado do Pará | SciELO | 2020 | Pará | Relato de experiência | Relatar a experiência de estagiários do Núcleo de Ensino e Pesquisa (NEP) na aplicabilidade de práticas de educação permanente em pacientes e profissionais |
| Ferreira | Educação permanente como estratégia para realização e valorização do registro de enfermagem | RIUFF | 2017 | Bonsucesso, RJ | Pesquisa convergente assistencial | Utilizar a EP para a melhoria e valorização do Registro de Enfermagem |
| Mello e Arnemann | Educação permanente em saúde em movimento: narrativas de uma experiência | SciELO | 2018 | Santa Maria, RS | Relato de experiência | Relatar a experiência metodológica vivenciada em um curso de Especialização e Aperfeiçoamento em Formação Integrada Multiprofissional em Educação Permanente em Saúde. |

Tabela 2. Estratégias e públicos alvo descritos nos estudos avaliados.

| Autores | Modelo estratégico de intervenção | Descrição da estratégia | Público alvo |
|--------------------|---|--|--|
| Albuquerque et al. | Discussão de caso | Discussão de três casos: (1) a escola e o preconceito; (2) a importância do apoio familiar e social; e (3) o papel da estratégia saúde da família e da educação em saúde. | Agentes de saúde |
| Coswosk et al. | Curso de capacitação | Módulos elaborados a partir da formação técnica e respostas dos questionários sobre o Gerenciamento dos Resíduos de Serviço de Saúde | Administrativo, técnicos e auxiliares de enfermagem e setor de serviços gerais |
| Cauduro et al. | Oficinas definidas a partir do Arco de Maguerez | 1- Observação da Realidade; 2- Pontos-chave; 3- Teorização; 4- Hipóteses de Solução; 5- Aplicação à realidade | Gestores e membros dos Núcleos de SP |
| Nietsche et al. | Encontros de ensino-aprendizagem | NI | Profissionais da equipe de saúde |
| Adamy et al. | Ações educativas | Implementação do programa nacional de segurança do paciente; implantação e implementação do processo de enfermagem e capacitação dos trabalhadores para o desenvolvimento de boas práticas de enfermagem | Profissionais discentes de extensão da instituição |
| Gomes et al. | Curso de Atualização | Curso com carga horária de 64 horas, organizadas em sete módulos operacionais, que guardam em seus conteúdos teórico-práticos pressupostos pedagógicos | Atores sociais relevantes, potenciais docentes, escolhidos pela aproximação com a temática e experiência com movimentos e causas sociais |
| Gomes et al. | Reuniões quinzenais | Reuniões de duas (02) horas | Equipe do NASF e agentes comunitários, farmacêuticos e enfermeiros |
| Monteiro et al. | Grupo de Trabalho | Construção de um Documento Norteador e a aprovação da resolução que institui as etapas de elaboração e execução dos Planos de EP | Conselheiro de saúde (Gestores) |
| Martelete | Oficina de educação permanente | Análise de indicadores de processo e discussão das possibilidades de melhorias nas ações | Profissionais da equipe de enfermagem (UTI) |
| Mendonça et al. | Encontros semanais | Ação educativa dividida em três turmas, com quatro encontros presenciais, metodologia participativa e dialógica | Profissionais de saúde e gerentes de unidades básicas |
| Leal et al. | Curso de Qualificação | Virtual, com duração total de oito horas, por meio da plataforma Zoom | Profissionais de atenção à saúde indígena |
| Santos | Processo formativo | Estruturado em três etapas distintas e sequenciais que compuseram uma carga horária total de 180h | Profissionais atuantes na linha de atenção às urgências |
| Silva et al. | Rodas de conversas | 1- Observação da Realidade; 2- Pontos-chave; 3- Teorização; 4- Hipóteses de Solução; 5- Aplicação à realidade | Estagiários, enfermeiros, técnicos de enfermagem e um fisioterapeuta |

Tabela 2. Estratégias e públicos alvo descritos nos estudos avaliados (Continuação).

| Autores | Modelo estratégico de intervenção | Descrição da estratégia | Público alvo |
|------------------|---|--|-----------------------------|
| Silva et al. | Palestras | Foi elaborado um roteiro de palestras para conscientização da importância da lavagem das mãos e ensino de músicas para o acompanhamento do tempo correto de lavagem | Profissionais de enfermagem |
| Ferreira | Encontros | Grupo de convergência que desenvolve pesquisa simultaneamente com prática assistencial. | Profissionais de enfermagem |
| Mello e Arnemann | Programa de aperfeiçoamento e de especialização | As formações com carga horária de 360 horas, com atividades presenciais realizadas em quatro encontros e com atividades à distância desenvolvidas por meio da plataforma de aprendizagem Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment (Moodle) | Enfermeiros |

Tabela 3. Resultado da intervenção da relação com a EPS descritos.

| Autores | Resultado | EPS |
|--------------------|--|--|
| Albuquerque et al. | Observou-se que após a atividade educacional os ACS se mostraram mais confiantes e sensibilizados sobre as temáticas abordadas e mudaram concepções no sentido de respeitar as decisões dos pacientes e realizar abordagem adequada para o acolhimento | A atividade educacional realizada foi de extrema importância para desmistificar mitos e preconceitos envolvendo a saúde LGBT no cenário da atenção básica |
| Coswosk et al. | Conhecimento de segregação de resíduos conforme o exigido pela Anvisa, manejo seguro dos RSS e inserção de Procedimento Operacional Padrão no setor de serviços gerais | A educação continuada estrutura a formação teórica e prática dos colaboradores de saúde. |
| Cauduro et al. | Os participantes apresentaram planos de ação para os seus locais de atuação, definindo as medidas a serem desenvolvidas para promover a segurança do paciente | Envolver gestores e trabalhadores assistenciais fomento a interação entre os profissionais, possibilitando a escuta mútua e a elaboração coletiva de estratégias para a melhoria dos serviços |
| Nietsche et al. | Os profissionais sentiram-se partícipes do processo de trabalho e foram estimulados a refletir sobre a prática profissional no cotidiano do cuidado | A EPS estimulou o trabalho em equipe e a reflexão crítica do cotidiano do trabalho, valorizando os saberes dos profissionais envolvidos e promovendo o cuidado seguro, científico e humanizado ao RN e familiares durante a execução do MC |
| Adamy et al. | Envolvimento satisfatório da equipe de saúde e de enfermagem com as ações propostas: criação e revisão dos procedimentos operacionais padrão (POP), criação do protocolo de parada respiratória, curso de capacitação e simulações práticas; curso para os profissionais cuidadores e assessoria para implementação da SAE e PE, bem como protocolos em fase de implantação. | Os princípios da PNEPS vêm contribuindo como ferramentas no processo de trabalho |
| Gomes et al. | A inserção da temática da saúde da população negra nos currículos trabalhados se tornou imagem-objetivo a ser alcançada pela instituição | PNEPS se apresenta como um potencial instrumento de problematização e superação do racismo institucional. |
| Monteiro et al. | O processo experienciado representa um salto de qualidade quando se ampliam as ações de formação dos Conselheiros, buscando a construção e apropriação do conhecimento. | A elaboração dos planos de Educação Permanente potencializa os espaços de discussão, norteia e fortalece a participação enquanto ferramenta de gestão do SUS. |
| Marteleteo | Evidenciou-se a importância da utilização da educação permanente, que proporcionou a participação da equipe de enfermagem como seres humanos ativos, produtivos, tornando-se mais conscientes da importância de seu compromisso na tomada de decisões, transformando o contexto de trabalho | A EPS traz contribuições para a enfermagem e para toda a equipe de saúde, uma vez que essa prática instiga a reflexão sobre o processo de trabalho, desenvolve a observação e a comunicação, a capacidade de problematizar e buscar soluções criativas para situações do cotidiano, além de promover o trabalho em equipe. |

Tabela 3. Resultado da intervenção da relação com a EPS descritos (Continuação).

| Autores | Resultado | EPS |
|------------------|--|--|
| Mendonça et al. | Os grupos de educação em saúde são ferramentas capazes de promover troca de experiências e fomento ao autocuidado e ao exercício da autonomia dos idosos | A educação permanente abre caminhos para a construção da atenção diferenciada aos idosos pautada no respeito e na promoção da saúde. |
| Leal et al. | Foi possível sugerir a inclusão do campo para identificação da identidade de gênero e orientação sexual dos indígenas nos formulários do subsistema de atenção à saúde indígena | As ações de educação permanente se apresentam como um passo, importante no processo, inclusive, de fortalecimento das pautas; Fortalecimento da parceria entre Sesab e DSEI-BA para continuidade das ações de educação permanente. |
| Santos | Os resultados endossam respostas altas, constatando a satisfação com o processo formativo. | NI |
| Silva et al. | Inserção na rotina dos profissionais, e pela compreensão da dinâmica do trabalho nos setores, na busca de se contemplar o maior quantitativo de trabalhadores; as dinâmicas utilizadas durante a aplicação à realidade, intituladas “mitos e verdades” e “roleta lúdica”, mostraram-se importantes tecnologias facilitadoras no que diz respeito à participação e reflexão dos trabalhadores de saúde sobre as ações de EPS. | Os resultados da prática educativa realizada evidenciaram a significância da integração ensino-serviço e da utilização de estratégias pedagógicas problematizadoras e participativas para o fortalecimento dos processos de educação permanente. |
| Silva et al. | Melhora do quadro da saúde coletiva e preventiva, oferecimento de educação continuada aos profissionais atuantes, além de munir de ensino e experiência aos estagiários. | Núcleo de Educação e Pesquisa é efetivo quando analisado do ponto de vista metodológico, consegue prevenir, combater e solucionar adversidades. |
| Ferreira | A construção coletiva dos novos checklists e o aplicativo desenvolvido favorecem a realização de melhores Registros de enfermagem. | A EPS permite um espaço coletivo para reflexão da prática de enfermagem e ação, dentro do próprio setor, onde se tem a possibilidade de falar sobre as demandas e propor soluções para as mesmas. |
| Mello e Arnemann | Trabalho com estratégias inovadoras no campo da saúde. | O espaço de interações que são propiciados pela EPS favorece as possibilidades do compartilhar e da construção coletiva. |

5 FORMULAÇÕES CONCLUSIVAS

Com a realização desta tese, as questões discutidas e os dados analisados sobre a Educação Permanente em Saúde no estado do Maranhão relacionados com as condições de implementação e perspectivas dos gestores envolvidos neste processo, algumas constatações teóricas devem ser mencionadas para dar suporte ao entendimento dos achados do estudo.

No contexto da Educação Permanente, as atividades da educação de adultos não possuem limitações e perpassam por várias áreas, tais como a educação cívica, política, sindical, cooperativa, técnica, cultural, artística e especialmente a profissional, objeto desta investigação.

Apointa-se, portanto, que a Educação Permanente, no contexto da saúde, direciona para a necessidade de transformação do trabalho a fim de fortalecer a prestação de serviço aos pacientes que buscam atendimento de saúde. Em se tratando da rede pública brasileira de atendimento em saúde, a Educação Permanente cumpre o papel de fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da formação de profissionais, ancorados na PNEPS.

A PNEP foi uma iniciativa da secretaria de gestão do trabalho e saúde no sentido de ofertar aos estados brasileiros condições legais para execução da Educação Permanente. No Estado do Maranhão, as primeiras ações da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foram executadas com a criação da Escola Técnica do SUS que objetivava a formação dos agentes comunitários de saúde e posteriormente com elaboração dos Planos Estaduais de Educação Permanente em Saúde. Para a condução da PNEPS é necessária a criação de CIR e CIES e os gestores de regionais de saúde e os gestores de Núcleos de educação permanente em saúde são responsáveis pelo levantamento, planejamento, articulação, condução, aprovação da PNEPS.

Diante das constatações mencionadas, esta investigação, baseada também nos questionamentos previamente desenhados e considerando que a investigação foi diretamente relacionada com a visão de gestores atuantes em educação permanente em saúde sobre a existência da PNEPS e sobre as condições de sua implementação, apresentam-se as seguintes conclusões:

- Em relação à percepção dos gestores de regionais sobre a Educação Permanente em saúde, o estudo permitiu evidenciar que a concepção dos gestores ainda é incipiente;

- Os gestores de regionais ainda têm dificuldade na conceituação da Educação Permanente em Saúde e na diferenciação desta de outras ações do campo da Educação na Saúde como a Educação em Saúde e a Educação Continuada.

Esses resultados são preocupantes uma vez que a PNEPS, quando bem compreendida e especialmente quando é executada, promove mudanças no processo de trabalho, fortalece o Sistema Único de Saúde e favorece autonomia aos trabalhadores e conseqüentemente segurança aos usuários do SUS.

Corroborando com essa preocupação, o desconhecimento dos gestores de regionais de saúde sobre a mencionada Política desencadeia pouco empenho na implementação das ações de educação permanente, distanciando os trabalhadores de uma assistência à saúde igualitária e principalmente não executando as iniciativas do Ministério da Saúde, proporcionando mau uso de recursos públicos.

Acredita-se que o desconhecimento pode estar associado com a formação e capacitação insuficientes em relação a esta temática, principalmente quando consideramos que a Educação Permanente em Saúde foi e ainda é um tema pouco explorado nas universidades e centros formadores para a saúde.

Porém, em se tratando de conhecimento, percepção, organização, ações realizadas e principais dificuldades observadas pelos Núcleos de Educação Permanente em Saúde (NEPs) do estado do Maranhão-Brasil, este estudo apresentou que :

- Os NEP se encontram em fase de amadurecimento no Maranhão;
- A maior parte dos membros têm a percepção da vinculação do Núcleo com a proposta nacional da PNEPS,
- Os NEP possuem uma organização e planejamento para atuação;
- Há o entendimento da importância e implicações da EPS na assistência;
- As dificuldades descritas pelos membros do NEP estão relacionadas a ausência de acompanhamento e monitorização das ações, bem como da avaliação de seus resultados.

Conclui-se, portanto, que a implementação do NEP nos serviços de saúde é fundamental, uma vez que age transformando a qualidade da assistência no contexto

do SUS, promovendo uma prática qualificada, responsável e consciente. No entanto, esta conclusão possui limitações, tais como a ausência de um resultado qualitativo quanto a percepção dos membros do Núcleo de Educação Permanente sobre a PNEPS a fim de verificar sua percepção sobre a atuação nas instituições e ainda o facto de não existir um questionário validado no Brasil que possibilite avaliar as implicações do NEP na assistência à saúde.

Com a intenção de fornecer subsídios aos trabalhos realizados no âmbito da PNEPS, investigaram-se ações e estratégias desenvolvidas e relatadas na literatura científica nos últimos 05 anos sobre educação permanente em saúde em instituições brasileiras e nessa revisão foi constatado:

- Grande impacto das metodologias colaborativas na análise das realidades e na definição de ações efetivas dentro do ambiente hospitalar, com utilização em grande parte do Arco de Maguerez e nesse contexto de avaliação – intervenção, está inserida a EPS, que demanda uma abordagem crítica, com resgate da corresponsabilidade dos envolvidos no processo como sujeitos proativos e não somente receptores de informações;
- A aplicação efetiva da PNEPS está relacionada ao envolvimento dos Núcleos de Educação Permanente e dos profissionais alvo a partir do envolvimento na construção do conhecimento, possibilitando melhores resultados que o observado em estratégias tradicionais de educação;
- A utilização de recursos online, como aulas e questionários, também foi essencial nas ações realizadas pelos estudos, principalmente no contexto social vivido na pandemia por COVID-19.

Conclui-se que os estudos avaliados cumprem o principal objetivo da EPS, que é a transformação real das práticas em saúde, onde as atividades educativas são construídas a partir da análise coletiva nos processos de trabalho, na valorização do cotidiano como guia das implementações, a partir de estratégias contextualizadas e participativas. Portanto, diante do exposto, a efetivação da EPS permite que profissionais de saúde reflitam acerca das experiências vividas em seus ambientes de saúde, relacionando a teoria com a sua realidade, resultando em ações transformadas a partir do processo prática-reflexão-ação, que é base da PNEPS.

Diante dos resultados apresentados por esta investigação, sugere-se que sejam criadas e ampliadas disciplinas sobre EPS nas grades curriculares dos cursos da área da saúde, com o desenvolvimento de estratégias que fomentem o

reconhecimento da Educação Permanente em Saúde como estratégia para formação dos profissionais com a adoção de concepção pedagógica problematizadora, com o propósito de estimular a reflexão da prática e a construção do conhecimento, contribuindo para a transformação de suas práticas e, conseqüentemente, com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde brasileiro.

É essencial o desenvolvimento de estudos que avaliem de modo prospectivo a atuação dos NEP, de forma a verificar sua eficiência dentro do contexto de saúde e melhor observar seus resultados a partir do acompanhamento a longo prazo nas instituições.

Propõe-se cada vez mais discutir as possibilidades de inserir metodologias ativas de ensino – aprendizagem dentro do contexto de SUS, aproximando a formação dos profissionais das reais necessidades do sistema, promovendo melhorias na atuação das equipes multiprofissionais, especialmente trabalhar os conceitos de educação permanente junto aos gestores da saúde no Estado do Maranhão, bem como estabelecer regras e conhecimentos prévios para atuação dos gestores de regionais de saúde.

Por fim, considerando a importância das CIES como órgãos de condução da PNEPS, conforme estabelecido pela portaria de 1996/2007, sugere-se com isso que sejam efetivadas no Maranhão as Comissões Permanentes de Integração Ensino e Serviço para proporcionar aos gestores tanto das regiões de saúde, quanto das unidades coordenadoras de NEPS a participação no momento dos levantamentos das necessidades de ações de educação permanente, bem como sugestões, articulações nas ações de educação permanente necessárias ao Estado.

REFERENCIAS

Alami, S., Desjeux, D., & Garabuau-Moussaoui, I. (2010). Os métodos qualitativos. In Os métodos qualitativos, 147-147.

Alcoforado, J. L. M. (2014). Uma Educação para Todos, ao Longo e em todos os Espaços da Vida: desafios para a construção de políticas públicas promotoras de uma cidadania planetária crítica e ativa. SILVA, Marinalva Freire. Mundos distantes, diálogos possíveis: a vida em mosaico. João Pessoa: Ideia, 13-34.

Amado, J., Costa, A. P., & Crusoé, N. (2000). A técnica de análise de conteúdo. Revista Referência, 5, 53-63.

Andrade, L. O. M. D., Pontes, R. J. S., & Martins Junior, T. (2000). A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil. Revista Panamericana de Salud Pública, 8, 85-91.

Andrade, L. O. M. D., Pontes, R. J. S., & Martins Junior, T. (2000). A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil. Revista Panamericana de Salud Pública, 8, 85-91.

Arroyo, Miguel. Educação de jovens e adultos: um campo de direitos e de responsabilidade pública. In: Soares, L., Giovanetti, M. A., & Gomes, N. L. (2020). Diálogos na educação de jovens e adultos. Autêntica Editora.

Azevedo, L. A., Shiroma, E. O., & Coan, M. (2012). As políticas públicas para a educação profissional e tecnológica: sucessivas reformas para atender a quem. Boletim Técnico do Senac, 38(2), 27-40.

Batista, A. N. (2012). Educação Interprofissional em saúde: Concepções e práticas. Cadernos FNPAS, 2.

Cruz, A. F. (2021) Produzindo sentido entre as relações de trabalho e o processo saúde-doença: A saúde e segurança dos trabalhadores da Sesab”, Gestão do Trabalho no SUS-Ba: Esquadrinhando caminhos e esperançando a prática”. Salvador -BA: AVOHAI Eventos Ltda. 9, 195.

Queiroz, A. S. C. D. S. (2019). A escola sob a perspectiva de um olhar cooperativo: uma proposta de intervenção. Monografia de graduação.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil (1988), Brasília, DF, 1988.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, DF: 2004. Disponível em: 1832 (ufmg.br). Acesso em: 29 nov 2022.

Brasil. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da

Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Brasília, DF, 2017.

Brasil. Planejamento das Ações de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde: Orientações. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Brasília, DF, 2018.

Campello, A. M. D. M. B., & Lima Filho, D. L. (2009). Educação profissional. Dicionário da educação profissional em saúde, 2, 175-83.

Canali, H. H. B. (2009). A trajetória da educação profissional no Brasil e os desafios da construção de um ensino médio integrado à educação profissional. V Simpósio Sobre Trabalho e Educação.

Cardoso, M. L. D. M., Costa, P. P., Costa, D. M., Xavier, C., & Souza, R. M. P. (2017). A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 1489-1500.

Carvalho, A. D., & Fundação Oswaldo Cruz. (2013). Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. Fundação Oswaldo Cruz. *A saúde no Brasil em 2030*, 19-38.

Castro, J. L. D. (2008). Protagonismo silencioso: a presença da OPAS na formação de recursos humanos em saúde no Brasil.

Castro, A. D. F. F. (2017). A educação permanente em saúde do estado do Maranhão. Mestrado em Saúde Coletiva.

Ceccim, R. B.; Ferla, A. A. (2008). Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trab. Educ. Saúde*, 6(3), 443-456.

Ceccim, R. B., Ferla, A. A., Pereira, I. B., & Lima, J. C. F. (2009). Dicionário da educação profissional em saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio.

Cunha, K. M. (2013). Escolas Técnicas do SUS e Comissão Intergestores Regionais. Doutorado em Educação.

Falkenberg, M. B., Mendes, T. D. P. L., Moraes, E. P. D., & Souza, E. M. D. (2014). Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciência & saúde coletiva*, 19, 847-852.

Silva, F. F. D. (2022). A influência da burocracia na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Doutorado em Educação.

Ferraz, F., Backes, V. M. S., Mercado-Martínez, F. J., & do Prado, M. L. (2012). Políticas e programas de educação permanente em saúde no Brasil: revisão integrativa de literatura. *Saúde & Transformação Social/Health & Social Change*, 3(2), 113-128.

Ferraz, L., Vendruscolo, C., & Marmett, S. (2014). Educação Permanente na Enfermagem: uma revisão integrativa. *Revista Baiana de Enfermagem*, 28(2).

Ferretti, C. J., & Silva Júnior, J. D. R. (2000). Educação profissional numa sociedade sem empregos. *Cadernos de Pesquisa*, 43-66.

França, T., Pierantoni, C., Belisario, S., Medeiros, K., Castro, J., Cardoso, I., & Garcia, A. (2016). A capilaridade da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. *CIAIQ2016*, 2.

França, T., Medeiros, K. R. D., Belisario, S. A., Garcia, A. C., Pinto, I. C. D. M., Castro, J. L. D., & Pierantoni, C. R. (2017). Política de educação permanente em saúde no Brasil: a contribuição das comissões permanentes de integração ensino-serviço. *Ciencia & saude coletiva*, 22, 1817-1828.

Gigante, Renata Lúcia; Gastão Wagner de Sousa Campos. Política de formação e educação permanente em saúde no brasil: bases legais e referências teóricas. *Revista Trabalho Educação e Saúde*. Rio de Janeiro, V. 14, p. 747 – 763, set/dez, 2016. Disponível em: 04_artigo_elizabeth.qxd (scielo.br). Acesso em: 29 nov. 2022.

Gonçalves, C. B., Pinto, I. C. D. M., França, T., & Teixeira, C. F. (2019). A retomada do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, 43, 12-23.

Guimarães, A. M. P. S. (2016). Análise da Indisciplina de uma Escola Básica Integrada à luz da teoria dos níveis de indisciplina de João Amado. Tese de Doutorado.

Jones, F. P. Pesquisa qualitativa. In: Thomas, J. R., Nelson, J. K., & Silverman, S. J. (2009). Métodos de pesquisa em atividade física. Artmed Editora..

Lemos, C. L. S. (2016). Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente?. *Ciência & saúde coletiva*, 21, 913-922.

Lima, J. (2006). Memória da educação profissional em saúde: anos 1980-1990. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz.

Lucietto (2011). Uma revisão sobre os princípios e as diretrizes da política de saúde: elementos conceituais para o cirurgião-dentista. *Revista Dentística on line*, 10(20).

Melo, L. P. D., & Oliveira, A. L. D. O. (2017). Viver Através de Projetos de Saúde: práticas de educação em saúde no Brasil. *Educação & Realidade*, 42, 961-980.

Minayo, M. C. D. S. (2010). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec.

Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., & Stewart, L. A. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic reviews*, 4(1), 1-9.

Osorio, A. R. (2003). Educación permanente e educación de adultos. Barcelona: Ariel.

Paim, J. S. (1994). Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos. In Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos (pp. 80-80).

Paiva, K. C. M., Gomes, M. N., & Helal, D. H. (2015). Estresse Ocupacional e Síndrome de Burnout: proposição de um Modelo Integrativo e Perspectivas de Pesquisa Junto a Docentes do Ensino Superior. *Revista Gestão & Planejamento*, 16(3), 285-309.

Pereira, S. (2009). Centenário da Rede de Educação Profissional. *Revista POLI: saúde, educação e trabalho-Ano II*, (7), p13-14.

Pires, A. P. Sobre algumas questões epistemológicas de uma metodologia geral para as ciências sociais. In: Poupart, J., Deslauriers, J. P., GROULX, L. H., Laperrière, A., Mayer, R., & Pires, A. P. (2008). *A pesquisa qualitativa. Enfoques epistemológicos e metodológicos*, 2.

Rodrigues, M. A. (2012). Mediação e acompanhamento na formação, educação e desenvolvimento profissional. *Rev. Enf. Ref.*, III(7).

Santos, A. M. D., & Giovanella, L. (2014). Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. *Revista de Saúde Pública*, 48, 622-631.

Santos, I. D., Almeida, A. M. S. D., & Araujo Galvao, E. D. (1988). Subsídios para a formulação de uma política de profissionalização para o pessoal de enfermagem, sem qualificação específica, empregado no setor saúde: Brasil. *Educación Médica y Salud (OPS)*, 22(2), 200-10.

Saviani, D. (2021). *História das ideias pedagógicas no Brasil*. Ed. Autores Associados. 6ª Ed.

Silva, C. B. G., & Scherer, M. D. D. A. (2020). A implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde na visão de atores que a constroem. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 24, e190840.

Simões, A. (1979). *Educação Permanente e Formação de Professores*. Coimbra: Almedina.

Vendruscolo, C., Ferraz, F., Trindade, L. D. L., Khalaf, D. K., Kleba, M. E., & Prado, M. L. D. (2018). Integração ensino-serviço em saúde: diálogos possíveis a partir da cogestão de coletivos. *Escola Anna Nery*, 22.

Vieira, M., Durão, A. V. R., Barreto, C. M. G., & Carvalho, V. F. (2006). Análise da política de educação permanente em saúde. Um estudo exploratório dos projetos aprovados pelo Ministério da Saúde. Relatório Final. Rio de Janeiro: Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde (OTS).

Vieira, M., Durão, A. V., Carvalho, V. F. D., & Barreto, C. M. G. (2008). A Política de Educação Permanente em Saúde: uma análise a partir de projetos aprovados pelo Ministério da Saúde. *EPSJV*.

Organização Mundial da Saúde (2016). Conceito de saúde segundo a OMS/WHO. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quero-me-exercitar/noticias/2021/o-que-significa-ter-saude>

APÊNDICES

APÊNDICE A. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.



PROJETO DE DOUTORAMENTO EM CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) gestor (a),

Você está sendo convidado (a) a participar deste trabalho de pesquisa chamado: **“Educação Permanente em saúde no Estado do Maranhão: condições de implementação e perspectivas dos gestores regionais de saúde”**. Para se fazer este estudo, será necessário contar com sua participação para responder algumas perguntas sobre a sua compreensão a respeito da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde na sua vivência em área de atuação. Trata-se de uma conversa que será gravada, bem como de um questionário a ser respondido. Esclarece-se que o estudo oferece risco mínimo, no que diz respeito a pesquisa, uma vez que ao expressar seus conhecimentos, você pode sentir-se inseguro ao responder as perguntas, como também constrangido por receio de sofrer retaliação dos superiores ao descrever a realidade. Pode ainda demonstrar alguns sentimentos provocados por alguma fala e/ou perguntas durante as atividades realizadas. Já em se tratando de benefício, esta investigação poderá ser importante no direcionamento das políticas educativas na área da saúde, bem como ações necessárias para que a Portaria Nº 1996/2007 seja efetivada no estado do Maranhão.

Você terá a liberdade para sair da pesquisa a qualquer momento, sem sofrer nenhum prejuízo ou punição. Se, porventura, ocorrer algum evento ou desgaste emocional durante a realização da entrevista, tomaremos todas as providências necessárias para reverter a situação. Garantimos a você o segredo de suas informações, comprometendo-nos que os resultados deste estudo serão apresentados em revistas científicas e/ou congressos, não sendo permitida em nenhum momento a sua identificação. Os pesquisadores estarão sempre à sua disposição para esclarecer dúvidas que poderão surgir durante a pesquisa. Caso você concorde, o presente documento será assinado em duas vias de igual teor, ficando uma cópia em seu poder, onde consta o endereço e o telefone. Caso precise entrar em contato conosco, informamos o nosso nome e telefone para possíveis questionamentos sobre esse trabalho.

Atenciosamente,

Pesquisadora Maria de Lourdes Carvalho Telefone: (98)999731075 e Pesquisador Orientador: Dr. Joaquim Luís Medeiros Alcoforado Telefone 239 851450. Rua do Colégio Novo Cep:3000-115. Coimbra.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que após convenientemente esclarecido (a) pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa.

São Luís, ____ de _____ de _____

Assinatura do (a) Participante

Endereço e Telefone do Comitê de Ética em Pesquisa – Dom Bosco.

Endereço: Av. Colares Moreira, 443 (98) 40097090

APÊNDICE B. QUESTIONÁRIO APLICADO.

POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (PNEPS)

PÚBLICO A SER ENTREVISTADO- COORDENADORES DE NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DAS UNIDADES DE SAÚDE DO ESTADO DO MARANHÃO-BRASIL

QUESTIONÁRIO.

Prezado coordenador de núcleo de Educação Permanente (NEP),

Sou Maria de Lourdes Carvalho, doutoranda em Educação Permanente pela Universidade de Coimbra-Portugal. Atuo também, como assessora técnica da Escola de Saúde Pública do Maranhão (ESP/MA), vinculada à Secretaria de Estado da Saúde (SES). O intuito deste contato é para solicitar a sua colaboração na pesquisa intitulada **“Educação Permanente em Saúde no Estado do Maranhão: condições de implementação e perspectivas dos Gestores de Regionais de Saúde**, participando com as respostas sobre o funcionamento do Núcleo de Educação Permanente (NEP) de sua unidade de saúde.

Com a certeza de sua atenção e participação, expressamos nossos sinceros agradecimentos.

Parte I- IDENTIFICAÇÃO:

1. Sexo:

Masculino

Feminino

2 Idade:

20 anos a 24 anos

25 anos a 34 anos

35 anos a 44 anos

45 anos a 54 anos

Mais de 54

3- Estado Civil:

Solteiro

Casado (a)/União de facto

Divorciado(a)/Separado

Viúvo (a)

União estável

4-. Cor:

Branco

Negro

Pardo

5- Escolaridade:

Graduação

Pós- graduação- especialização

- () Pós- graduação- mestrado
 () Pós- graduação doutorado
- 6- Formação acadêmica
 () Enfermeiro
 () Médico
 () Farmacêutico
 () Fisioterapeuta
 () Outros----
- 7 Vínculo empregatício na instituição
 () Regime jurídico único -RJU
 () Prestação de serviço
 () Seletista
 () Cargo comissionado
 () Estagiário
- 8- Cargo ou função relativos ao Núcleo de Educação Permanente (NEP)
 () Coordenador do NEP
 () Membro contribuinte do NEP sem cargo de coordenação
 () Outro
- 9- Tempo que trabalha no NEP
 () Menos de seis meses
 () Entre seis meses e dois anos
 () Entre dois e quatro anos
 () Entre quatro e seis anos
 () Mais de seis anos.
- 10- Classificação Da unidade de saúde onde trabalha no NEP
 () Hospital de atendimento terciário
 () Hospital de atendimento secundário
 () Unidade Mista de saúde
 () Unidade Básica de Saúde
 () Unidade de Pronto Atendimento

PARTE II

ESCALA TIPO LIKERT

Nas questões abaixo, escolha a alternativa que melhor se enquadra com seu nível de concordância para cada uma das afirmações apresentadas.

| Relativo ao seu conhecimento sobre as políticas de saúde no Brasil | Discordo totalmente | Discordo parcialmente | Nem concordo nem discordo | Concordo parcialmente | Concordo totalmente |
|--|---------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------|---------------------|
| 1- O Brasil possui políticas específicas para área da saúde. | | | | | |

| | | | | | |
|---|---------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------|---------------------|
| 2- No Brasil, existe política específica de educação na saúde. | | | | | |
| 3-Há uma política específica para formação dos trabalhadores do SUS | | | | | |
| 4-Nos espaços de trabalho do SUS, acontece a Educação Permanente em Saúde-EPS | | | | | |
| 5- A EPS se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. | | | | | |
| 6- Um exemplo de política de educação na saúde é Política Nacional de Educação Permanente em Saúde-(PNEPS) | | | | | |
| 7 A PNEPS é uma estratégia de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para o SUS | | | | | |
| 8- A PNEPS fortalece o SUS | | | | | |
| Quanto à organização/gestão do Núcleo de Educação Permanente (NEP) que você trabalha | Discordo totalmente | Discordo parcialmente | Nem concordo nem discordo | Concordo parcialmente | Concordo totalmente |
| 1- O NEP é responsável pelo desenvolvimento de ações de educação da unidade de saúde. | | | | | |
| 2-O NEP se organiza por meio de diálogo e com apoio da gestão da unidade | | | | | |
| 3- O NEP Possui rotinas e cronogramas de reuniões de EPS com representantes da gestão. | | | | | |
| 4-O NEP é responsável pelo levantamento das necessidades de aprendizagem dos trabalhadores da unidade de saúde. | | | | | |
| 5- A seleção de conteúdos e os objetivos das ações de Educação | | | | | |

| | | | | | |
|---|---------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------|---------------------|
| Permanente contemplam as demandas de aprendizagem identificadas. | | | | | |
| Quanto ao desenvolvimento das ações realizadas pelo Núcleo de Educação Permanente (NEP) que você trabalha. | Discordo totalmente | Discordo parcialmente | Nem concordo nem discordo | Concordo parcialmente | Concordo totalmente |
| 1-O NEP organiza o levantamento das necessidades de aprendizagem dos trabalhadores da unidade. | | | | | |
| 2- O NEP seleciona os conteúdos e os objetivos das ações de Educação Permanente. | | | | | |
| 3 O NEP realiza todas as ações de educação permanente necessárias aos trabalhadores da unidade | | | | | |
| 4-A formação dos trabalhadores acontece nos espaços de trabalho | | | | | |
| 5.Existe avaliação e monitoramento das ações de EPS junto aos trabalhadores da unidade | | | | | |
| 6-. O NEP monitora transformação das práticas laborais executadas. | | | | | |
| 7- O NEP faz avaliação da aprendizados no trabalho. | | | | | |

APÊNDICE C. PARECER CONSUBSTANCIADO

UNIDADE DE ENSINO
SUPERIOR DOM BOSCO -
UNDB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO ESTADO DO MARANHÃO: condições de implementação e perspectivas dos gestores regionais de saúde

Pesquisador: MARIA DE LOURDES CARVALHO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 44664721.8.0000.8707

Instituição Proponente: Universidade de Coimbra

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.626.140

Apresentação do Projeto:

A PNEPS surge da regulamentação do artigo 200 da Constituição Federal de 1988, que além das atribuições pertinentes ao SUS, está incumbida de ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde (Vendruscolo et al., 2015). Em 2007, a PNEPS foi redesenhada pela Portaria GM/MS nº 1.996 de 20 de agosto, passando a sua condução a ser da responsabilidade dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), redefinidos pela Decreto 7.508 de junho de 2011 como Comissão Intergestora Regional (CIR); e das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES).

Tendo em vista as exigências para a efetivação da PNEPS, a (re)organização das CIR e CIES passaram a constituir-se como desafios incontornáveis, ao longo da implementação da PNEPS no Maranhão. E nesse contexto, a PNEPS está longe de ter sido efetivada na sua totalidade e potencial. Uma pesquisa multicêntrica realizada no Brasil (França et al., 2016) para análise da PNEPS implementada pelas secretarias de estado da saúde, mostra que das 27 secretarias estaduais de saúde, em sete não foi relatada qualquer existência de setor específico de Educação Permanente em Saúde, em sua estrutura organizacional, sendo que o estado do Maranhão integra o grupo dos sete estados mencionados. No entanto, vale ressaltar que a Escola de Saúde Pública do Maranhão e demais áreas técnicas da Secretaria de Saúde realizam ações atendendo a alguns princípios e diretrizes da PNEPS.

Diante desse contexto e por trabalhar na Escola de Saúde Pública do Maranhão, com ações de educação permanente em saúde, entendemos ser necessário problematizar, a partir da percepção

Endereço: Avenida Colares Moreira, nº 443, Prédio Central, Térreo, Sala CEP

Bairro: Renascença

CEP: 65.075-441

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)4009-7070

E-mail: cep@undb.edu.br

UNIDADE DE ENSINO
SUPERIOR DOM BOSCO -
UNDB



Continuação do Parecer: 4.626.140

dos Gestores das Regionais de Saúde e Coordenadores de Núcleo de Educação Permanente em Saúde, a implementação e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde no Estado do Maranhão.

Objetivo da Pesquisa:

Problematizar, a partir da percepção dos Gestores das Regionais de Saúde e gestores de Núcleo de Educação Permanente em Saúde, a implementação e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde no Estado do Maranhão.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios são apresentados no projeto e no TCLE, porém, nos riscos do projeto não é afirmado que o participante pode sofrer desconforto ao responder o questionário.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa pode gerar resultados importantes para a estruturação das ações de Educação Permanente em Saúde do Estado do Maranhão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Sem considerações.

Recomendações:

- Verificar formatação do projeto (sumário, marcações de revisões, espaçamento etc);
- Verificar o objetivo geral do trabalho (o que se pretende é "problematizar" a implementação?);
- Atualizar cronograma (mês de início da coleta), em vista do retorno deste parecer;
- Deixar mais nítido no TCLE o que é RISCO e BENEFÍCIO.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- Verificar assinatura e carimbo da instituição proponente na folha de rosto (a assinatura é do próprio orientador - a universidade é de Coimbra- PT);
- O cronograma apresentado no projeto está desconfigurado;
- O orçamento apresentado no Projeto difere do Orçamento no documento "Orçamento.pdf";
- A carta de anuência enviada está com erro de digitação no título: "EDUCAÇÃO PERMANENTE...";
- Não são apresentadas as questões que serão realizadas com os participantes da pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Avenida Colares Moreira, nº 443, Prédio Central, Térreo, Sala CEP
Bairro: Renascença **CEP:** 65.075-441
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)4009-7070 **E-mail:** cep@undb.edu.br

UNIDADE DE ENSINO
SUPERIOR DOM BOSCO -
UNDB



Continuação do Parecer: 4.626.140

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|---------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1686771.pdf | 05/03/2021 15:24:41 | | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | PROJETO.pdf | 05/03/2021 15:23:47 | MARIA DE LOURDES CARVALHO | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.pdf | 05/03/2021 15:23:23 | MARIA DE LOURDES CARVALHO | Aceito |
| Cronograma | CRONOGRAMA.pdf | 05/03/2021 15:22:44 | MARIA DE LOURDES | Aceito |
| Outros | CartadeAnuencia.pdf | 15/01/2021 11:48:48 | MARIA DE LOURDES | Aceito |
| Orçamento | Orcamento.pdf | 15/01/2021 11:47:49 | MARIA DE LOURDES | Aceito |
| Folha de Rosto | FolhadeRosto.pdf | 15/01/2021 11:44:30 | MARIA DE LOURDES | Aceito |

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 01 de Abril de 2021

Assinado por:
Ilara Reis Nogueira da Cruz
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Colares Moreira, nº 443, Prédio Central, Térreo, Sala CEP
Bairro: Renascença **CEP:** 65.075-441
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)4009-7070 **E-mail:** cep@undb.edu.br