

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
BACHARELADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

Thauana de Freitas Serres

A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE
EM SAÚDE NO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO: TRANSMISSÃO DA
POLÍTICA, ARTICULAÇÃO INSTITUCIONAL E VOLUNTARISMO

Porto Alegre

2015

THAUANA DE FREITAS SERRES

A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE
EM SAÚDE NO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO: TRANSMISSÃO DA
POLÍTICA, ARTICULAÇÃO INSTITUCIONAL E VOLUNTARISMO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade Federal do Rio Grande do Sul como
exigência para obtenção do título de Bacharela em
Políticas Públicas

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Luciana Leite Lima

Porto Alegre

2015

CIP - Catalogação na Publicação

Serres, Thauana de Freitas

A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO: TRANSMISSÃO DA POLÍTICA, ARTICULAÇÃO INSTITUCIONAL E VOLUNTARISMO / Thauana de Freitas Serres. -- 2015. 55 f.

Orientadora: Luciana Leite Lima.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Curso de Políticas Públicas, Porto Alegre, BR-RS, 2015.

1. implementação. 2. política pública. 3. educação permanente. 4. GHC. I. Lima, Luciana Leite, orient. II. Título.

THAUANA DE FREITAS SERRES

**A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE
EM SAÚDE NO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO: TRANSMISSÃO DA
POLÍTICA, ARTICULAÇÃO INSTITUCIONAL E VOLUNTARISMO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade Federal do Rio Grande do Sul como
exigência para obtenção do título de Bacharela em
Políticas Públicas

Porto Alegre, 8 de dezembro de 2015.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a Dra. Luciana Leite Lima – Departamento de Sociologia – UFRGS
(Orientadora)

Prof^a Dra. Letícia Maria Schabbach – Departamento de Sociologia – UFRGS

M.^a Fernanda Costa Corezola – Doutorado em Políticas Públicas – UFRGS

AGRADECIMENTOS

A Deus, pois foi por meio da fé Nele, que tive forças para enfrentar os desafios.

Aos meus pais, Nara e Paulo, por todo o suporte e apoio em minhas escolhas e pelo incentivo a conquistar meus objetivos.

Às minhas irmãs, Jamille e Paola, por serem meus exemplos de universitárias dedicadas e profissionais competentes, nos quais procuro me espelhar.

Ao Ricardo, por estar presente em todos os momentos desta caminhada – com paciência, carinho e atenção – amenizando minhas angústias ao exaltar minhas qualidades e ao dar todo o apoio emocional de que precisei.

À Gianna, à Taciana, à Maria Clara e à Daniela, pela amizade e pelo companheirismo que tornaram essa jornada mais leve e feliz, ao me permitirem com elas dividir os anseios e também as alegrias.

À minha querida orientadora, Luciana, por toda competência e dedicação com que orientou esse trabalho de conclusão: tua empolgação e nossas conversas foram fundamentais para que eu acreditasse em meu potencial e concretizasse meu objetivo.

À amiga Ana Paula, pelo carinho de ler meu trabalho com toda a cautela e dedicação.

E a todos os familiares e amigos que compreenderam os momentos de ausência e, de perto ou de longe, torceram por mim.

"Tivesse medo? O medo da confusão das coisas, no mover desses futuros, que tudo é desordem. E, enquanto houver no mundo um vivente medroso, um menino tremor, todos perigam - o contagioso. Mas ninguém tem a licença de fazer medo nos outros, ninguém tenha. O maior direito que é meu - o que quero e sobrequero - é que ninguém tem o direito de fazer medo em mim."

(João Guimarães Rosa - "Grande Sertão: Veredas", 1956, pág.561)

RESUMO

O presente estudo tem como tema a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) no Grupo Hospitalar Conceição (GHC). O objetivo deste trabalho é analisar como se dá a implementação dessa política – que defende uma metodologia na ótica permanente para a educação em serviço dos trabalhadores do SUS, onde estes devem exercer um protagonismo em sua formação – no âmbito dessa instituição. Para fundamentar este trabalho foram realizados levantamentos bibliográficos, observação participante e análise da implementação por meio da perspectiva *top down*. A partir desse estudo, foi possível comparar a realidade da implementação da PNEPS no GHC, com as determinações expressas nos documentos do Ministério da Saúde que orientam a forma como deve ser implementada essa política. Nesse sentido, foi possível identificar uma política com lacunas em seu desenho – como a ausência de um plano estruturado – o que possibilita um voluntarismo nas ações dos implementadores, bem como, uma articulação institucional autônoma e independente.

Palavras-chave: implementação; política pública; educação permanente; GHC.

ABSTRACT

The present study's subject is the implementation of the Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) in the Grupo Hospitalar Conceição (GHC). The objective of this paper is to analyze how the implementation of this policy – which supports a methodology in the permanent outlook for the education in service of the SUS's workers, where they must have a protagonist role in their formation - occurs within this institution. Bibliographic survey, participatory observation and analysis of the implementation through the “top down” perspective were carried out in order to substantiate this study. With this study it was possible to compare the reality of the implementation of the PNEPS in the GHC to the determinations expressed in the Health Ministry's documents that guides the form with which this policy must be implemented. This way, it was possible to identify a policy with gaps in its design – as the absence of a structured plan – which enable a voluntarism in the actions of the implementers as well as an autonomous and independent institutional articulation.

Keywords: implementation; public policy; permanente education; GHC.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASSEDISA – Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde

CES – Conselho Estadual de Saúde

CIB – Comissões Intergestores Bipartite

CIES – Comissões de Integração Ensino-Serviço

CIR – Comissões Intergestores Regionais

CIT – Comissões Intergestores Tripartites

COGERE – Colegiados de Gestão Regional

CRS – Coordenadoria Regional de Saúde

DAS – Departamento de Ações em Saúde da Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul

EPS – Educação Permanente em Saúde

ESP – Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul

GTED – Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento

MS – Ministério da Saúde

NAF – Núcleo de Atividades de Formação

NOB/RH – NORMA OPERACIONAL BÁSICA DE RECURSOS HUMANOS

PAREPS – Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde

PEEPS – Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde

PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

RS – Rio Grande do Sul

SADT – Serviço de Apoio, Diagnóstico e Terapêutica

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Sumário

1 INTRODUÇÃO	9
2 MODELOS ANALÍTICOS DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	12
3 A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	15
4 A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	17
4.1 Segundo o Ministério da Saúde	17
4.2 Segundo a Comissão Intergestores Bipartite do Rio Grande do Sul	22
4.3 Segundo a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS	25
5 A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO ÂMBITO DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO	27
5.1 O embate da Educação Permanente em Saúde: Metodologia Pedagógica ou Política Pública? ...	30
5.2 A influência de um ator externo como empreendedor de políticas públicas.....	31
5.3 As referências e o seu papel no fomento da educação permanente no Grupo Hospitalar Conceição	32
6 ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO SOB A ÓTICA DO MODELO <i>TOP DOWN</i>	35
6.1 A realidade da PNEPS na região de saúde de Porto Alegre	35
6.2 O Grupo Hospitalar Conceição como executor da Política Nacional De Educação Permanente em Saúde.....	37
6.2.1 As visões de Educação Permanente em Saúde no Grupo Hospitalar Conceição.....	39
6.2.1.1 A Gerência de Recursos Humanos	39
6.2.1.2 O coordenador da Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento	40
6.2.1.3 As referências.....	41
6.2.1.4 Os trabalhadores.....	42
6.3 Publicações de normatização da implementação.....	42
6.4 Monitoramento.....	44
6.5 Afastamento do plano.....	45
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
REFERÊNCIAS	52

1 INTRODUÇÃO

A Política de Educação Permanente em Saúde, instituída pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 198/GM de 13 de fevereiro de 2004 e alterada pela Portaria nº 1.996 de 20 de agosto de 2007, visa contribuir com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde brasileiro por meio da transformação na formação dos profissionais em saúde para o desenvolvimento e aprimoramento de seus processos de trabalho.

Vinculado ao Ministério da Saúde desde o ano de 1975, o Grupo Hospitalar Conceição (GHC) orienta o atendimento em todas suas unidades de prestação do serviço de saúde por meio dos princípios da universalidade, integralidade, gratuidade, humanização e gestão participativa. Tais princípios são sincrônicos aos do Sistema Único de Saúde (SUS), o atendimento em todo o GHC é realizado exclusivamente através do SUS.

O Sistema Único de Saúde – que desde sua instituição articula suas ações para a garantia de atendimento pleno aos cidadãos brasileiros, por meio da execução da política de saúde de forma universalizada, integralizada e participativa – têm a Política de Educação Permanente em Saúde como um eixo estratégico político pedagógico para articulação de ações de formação aos trabalhadores que executam a política de saúde. Portanto, todas as ações da PNEPS são orientadas e articuladas a partir dos princípios do Sistema Único de Saúde.

Por meio da Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento, o presente trabalho tem por intuito analisar a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Grupo Hospitalar Conceição, a partir da perspectiva *top down*. A partir de análise à luz da metodologia *top down*, a coleta de dados se deu por meio de observação participante e de análise documental.

A escolha do objeto de estudo ocorreu através do contato que passei a ter com a referida política ao estagiar na Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento do Grupo Hospitalar Conceição – setor responsável por fomentar e acompanhar a realização das iniciativas de educação permanente dentro desta instituição. Foi essa experiência que despertou em mim a curiosidade de entender como se articula o processo de implementação da política nesse espaço institucional. Com base na definição Lima e D'Ascenzi (2012) – de que o campo de estudo acerca da etapa de implementação de uma política pública está relacionado às demandas de melhorias

nos processos político-administrativos destas para o incremento de suas ações implementadoras – visto, ao término deste trabalho, fomentar a reflexão sobre a Política Nacional de Educação Permanente. Com isso, pode-se promover os processos de revisão para correção dos pontos que possam ser causadores de possíveis limitações com relação à implementação dessa política e de seus resultados, ou mesmo para que sejam aprimoradas as atividades que resultem em seus acertos.

Havendo, até o momento, um baixo número de produções bibliográficas acerca da temática da Política de Educação Permanente, acredito que este trabalho possa vir a preencher, também, algumas lacunas existentes sobre esse tema no campo acadêmico do estudo de políticas de educação na saúde para seus profissionais. Acredito que o resultado desse estudo possa instigar reflexões que venham a aprimorar os processos de trabalho na saúde, culminando no aperfeiçoamento dos profissionais da área, para que proporcionem um atendimento cada vez mais qualificado aos usuários do Sistema Único de Saúde brasileiro. Bem como, também, instigar reflexões sobre as políticas públicas e sua etapa de implementação. Tratando-se de uma análise de implementação de uma política implementada pelo Grupo Hospitalar Conceição e, sendo este, referência de implementação de políticas de saúde na região Sul do Brasil, este estudo já é, por isso, de extrema relevância.

Estruturei o trabalho por meio de cinco capítulos. Em um primeiro momento, realizei uma revisão bibliográfica sobre os modelos analíticos de implementação de políticas públicas. Em seguida, passo a tratar sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, explicando a teoria que a circunda.

No terceiro capítulo, trato de apresentar as orientações para a implementação da PNEPS, inicialmente de acordo com o que determina a Portaria 1.996, de 2007, do Ministério da Saúde, esta que será um dos documentos base para a minha análise. Em seguida, apresento o subcapítulo que trata das determinações do estado do Rio Grande do Sul para a implementação da PNEPS – a resolução 170, de 2007, da CIB, que será outro documento base da minha análise. Por fim, nesse mesmo capítulo, apresento as orientações para educação permanente contidas no documento Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS.

Feita a introdução à teoria da PNEPS e para as normatizações necessárias à sua implementação, passo ao capítulo em que trato de contextualizar o papel do Grupo Hospitalar Conceição e da Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento

(GTED) na implementação da PNEPS para que, posteriormente, possa analisar essa atuação à luz do que determinam os documentos que orientam a implementação desta política. Trago a discussão do embate que há entre as diferentes visões da Educação Permanente em Saúde – como metodologia pedagógica e como política pública. Apresento, ainda, o papel de um ator externo ao GHC e à GTED, com base na definição de um empreendedor de políticas públicas, para elucidar a sua influência na legitimação da teoria desta política no interior da instituição estudada. E, finalizando esse capítulo, apresento as referências em Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento como os profissionais que fazem a ligação entre a GTED, os trabalhadores do GHC e as suas atribuições acerca da educação em saúde dos trabalhadores do Grupo.

Por fim, após apresentados os objetos de estudo e as teorias de análise sob as quais realizei minha observação, chego ao capítulo final, em que apresentarei a análise *top down* da implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Grupo Hospitalar Conceição, por meio da Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento, objetivo o qual me propus a cumprir ao final deste trabalho de conclusão de curso.

2 MODELOS ANALÍTICOS DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Para a realização deste trabalho, partirei da concepção da elaboração de uma política pública como um processo sequencial e cíclico, ou seja, como define Secchi (2010), a partir da abordagem do ciclo de políticas públicas, ou *policy cycle*. Nesta lógica, o processo de elaboração de uma política pública passa pelas fases de identificação do problema, formação da agenda, formulação de alternativas, tomada de decisão, implementação, avaliação e, por vezes, extinção (SECCHI, 2010). Neste estudo, como já referido, deter-me-ei ao processo de análise da etapa de implementação.

Esta fase, que sucede a de tomada de decisão, é aquela em que, após traçadas as intenções e estratégias para execução da política pública, as regras, rotinas e os processos sociais serão convertidos em ações (O'TOOLE JR., 2003 apud SECCHI, 2010, p. 44). É onde são colocadas em prática as ações que foram traçadas e constam no plano da política. Por ser uma fase muito particular e de carácter independente, os resultados que se encontrarão após a implementação, ou seja, os impactos da política pública, podem ser exatamente como previsto nas fases de formulação de alternativas e de tomada de decisão ou podem surtir impactos imprevisíveis.

Surge, então, dessas particularidades da implementação, a necessidade de uma dispensa maior de atenção para o estudo desta fase. Por meio deste estudo, torna-se possível identificar limitações e falhas resultantes do processo, ou mesmo as que resultaram da fase anterior, da tomada de decisão, detectando problemas mal formulados, objetivos mal traçados e otimismo exagerados (SECCHI, 2010).

Na literatura já produzida acerca do tema da implementação de políticas públicas, encontramos produções que versam sobre métodos de análises de implementação de políticas públicas. Sabatier (1986), por exemplo, define a implementação por meio de dois enfoques, sendo eles o *top down* e o *bottom up*. O modelo *top down* remete à abordagem de análise da implementação das políticas públicas, em que o foco analítico está no plano e em seu quadro normativo, como estrutura fundamental para a análise da implementação. A responsabilidade pela implementação centra-se no formulador, portanto, a discricionariedade do implementador é alvo de controle por parte dos formuladores. Considerando a possibilidade de limitações desse modelo no que tange à falta de clareza cognitiva causada pelo insulamento do plano, por exemplo, por se tratar de uma implementação

tão limitada a seguir o que é desenhado no plano, surge um outro modelo, para suprir as carências do *top down*.

O modelo *bottom up* considera a implementação como um processo autônomo, frente às outras fases. Ele enfatiza os incentivos que induzem os agentes implementadores a aderirem normativa e operacionalmente aos objetivos da política. Neste modelo, a discricionariedade dos atores é aceita e vista como necessidade, proporcionando melhor adaptação e adequação da política pública. É, inclusive, considerado que a partir desta ação que se fomentarão as primeiras investidas para resolução dos problemas. Para O'Brien, K. J. & Li, L. (1999, apud LIMA, L; D'ASCENZI, L., 2013), isso ocorre porque os atores da implementação detêm o conhecimento sobre situações locais e, por isso, têm legitimidade para adaptar o plano e as ações a essas particularidades da localidade onde se dará a implementação da política pública.

Tendo em vista que meu trabalho analisa a implementação da Política Nacional de Educação Permanente a partir das legislações que a instituem e regulamentam, e que as políticas formuladas em nível federal com foco nos estados e municípios são todas determinadas de cima para baixo, deter-me-ei à perspectiva *top down* de análise de implementação.

A abordagem *top down* de análise de implementação de políticas públicas, portanto, se dá a partir das decisões governamentais. Depois, examina o quanto dessas decisões são de fato executadas pelos burocratas de linha de frente e busca encontrar as razões implícitas e ocultas à implementação de fato (HOWLETT, M; PERL, A; RAMESH, M., 2013). A análise de implementação, a partir dessa abordagem *top down*, se baseia no quanto o processo de implementação se aproximou ou se afastou do que fora previsto no plano da política, em sua formulação. Portanto, o sucesso seria a máxima obediência ao plano, bem como o insucesso seria a autonomia e discricionariedade dos burocratas de linha de frente ao executá-lo (LIMA; D'ASCENZI, 2014).

Dois são as explicações para os problemas de implementação, segundo Cline (2000, apud LIMA; D'ASCENZI, 2014). A primeira causa seria estritamente de responsabilidade administrativa-organizacional, por carência de um desenho dos objetivos, bem como controle de pessoal. Já o segundo problema de implementação seria o conflito de interesses, barganhando acordos e cooperação dos participantes – burocrata de linha de frente – no processo.

Ainda neste modelo, determina-se que o problema de uma política, que segue a abordagem *top down*, é o distanciamento do plano. Também se define que o problema só pode ser causado por uma formulação que deixou lacunas abertas – tendo em vista que essa é considerada a etapa mais complexa da política – e essas lacunas podem ser combatidas já no processo de execução e implementação.

Algumas atitudes tomadas pelos formuladores podem evitar essas reformulações emergenciais, na forma de desenho e manutenção de uma política clara, objetivos claros e diretos, e controle efetivo sobre os implementadores. A discricionariedade é vista, aqui, como uma forma de ocultar um comportamento em desacordo com as reais intenções da política. Nessa abordagem, uma política de sucesso é aquela que atinge seus objetivos previamente desenhados e aguardados e, caso isso não aconteça, a falha é explicada por meio de falhas na comunicação (LIMA; D'ASCENZI, 2014).

A partir dessas definições, encontradas na revisão bibliográfica acerca do tema da análise de implementação de políticas públicas *top down*, realizarei uma análise da implementação do meu objeto de estudo: a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Grupo Hospitalar Conceição .

3 A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A Política de Educação Permanente em Saúde, instituída pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 198/GM de 13 de fevereiro de 2004, e alterada pela Portaria nº 1.996 de 20 de agosto de 2007, visa contribuir com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde brasileiro, por meio da transformação na formação dos profissionais em saúde para o desenvolvimento e aprimoramento de seus processos de trabalho.

O Sistema Único de Saúde – que desde sua instituição articula suas ações para a garantia de atendimento pleno aos cidadãos brasileiros por meio da execução da política de saúde de forma universalizada, integralizada e participativa – têm a Política de Educação Permanente em Saúde como um eixo estratégico político pedagógico para articulação de ações de formação aos trabalhadores que executam a política de saúde. Portanto, todas as ações da PNEPS são orientadas e articuladas a partir dos princípios do Sistema Único de Saúde.

A Educação Permanente em Saúde tem como base a ideia de aprendizagem significativa, que se configura como aquela que produz sentidos – de maneira que o aprendizado faça sentido ao sujeito da aprendizagem e de forma que o que se é aprendido parta de questões desse sujeito, ou mesmo, que dialogue com o que este já conheça. É uma teoria desenvolvida na década de 80, por David Paul Ausubel¹, que caracterizava a aprendizagem significativa pela interação cognitiva entre o novo conhecimento e o conhecimento prévio. Assim, o novo conhecimento adquire significados para o aprendiz, e o conhecimento prévio fica mais rico, mais aprimorado em termos de significado. Também a aprendizagem significativa seria progressiva – que precisaria de tempo para sua assimilação por parte do aprendiz –, por isso, sendo muito importante a interação pessoal e a linguagem para seu amadurecimento e processamento.

Essa política instiga que a transformação da produção de trabalho deve se dar por meio da reflexão crítica e problematização dos processos de trabalho. É realizada por meio de uma interação entre aprendizagem e trabalho, de modo que os problemas encontrados no cotidiano das pessoas e das instituições sejam oportunidades de

¹MASINI, Elcie Aparecida Fortes Salzano; MOREIRA, Marco Antonio. Aprendizagem significativa: a teoria de David Ausubel. São Paulo: Moraes, 1982.

reflexão da produção dos serviços em saúde, para que se mantenham esses processos em constante transmutação para a prestação de um serviço em saúde cada vez melhor e atendendo com mais efetividade as necessidades dos usuários. Na reflexão dos processos de trabalho, são levados em consideração o conhecimento e as experiências que os indivíduos já possuem na sua trajetória no contato com o sistema de saúde. Tais ações são sempre orientadas por meio dos pressupostos das necessidades de saúde dos usuários da política de saúde, da gestão setorial e do controle social em saúde.

A ótica da Educação Permanente em Saúde vem confrontar as práticas mercadológicas de ensino nessa área, em que a formação em saúde para os profissionais é tratada na lógica da compra e pagamento por esses serviços de educação. Nesse sentido, segundo Mário Rovere²:

“(...)es decir que el profesional no se define tanto como aquel que detenta el monopolio de un saber, de un campo de conocimiento o de un conjunto de técnicas sino como quien tiene un compromiso con un objeto y con su transformación.” (Rovere, 2005)

Portanto, a educação permanente entendida como uma política pedagógica para formação e geração de trabalhadores comprometidos, participativos e engajados no aprimoramento e transformação de suas ações enquanto atores da saúde; e não sendo, esses trabalhadores, apenas objetos de uma capacitação que seria ofertada por indivíduos terceiros e através da qual apenas absorveriam conhecimentos desses outros, sem produzirem os seus próprios e sem um processo reflexivo sobre tal aprendizagem.

Nesta política, os processos educacionais e procedimentos de ensino tem um caráter muito mais horizontalizado, no qual o trabalhador da saúde é um sujeito no seu processo de formação, colaborando efetivamente para sua própria formação, a partir das suas vivências pessoais e profissionais na prestação dos serviços e mesmo da sua percepção também como usuário deste serviço de saúde.

²ROVERE, Mário. Comentários estimulados por la lectura del artículo “Educação PERMANENTE em Saúde: desafio ambicioso necessário”. Interface – Comunic, Saúde, Educ vol.9, n.16, p. 169-171. Botucatu, 2005.

4 A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

4.1 Segundo o Ministério da Saúde

Por meio da Portaria de nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, o Ministério da Saúde estabelece as diretrizes e estratégias para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Já no parágrafo único do início da sua redação, define que esta política deve levar em consideração, antes de tudo, as particularidades de cada região e localidade, além de considerar a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e o que já se tem ofertado de ações educativas em saúde, em cada região.

Essa portaria é responsável por determinar as instâncias envolvidas no processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), bem como, estabelecer as atribuições e os atores de cada uma dessas instâncias. São agentes da execução desta política os Colegiados de Gestão Regional (COGERE), as Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES), a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), o Conselho Estadual de Saúde (CES), a Secretaria Estadual de Saúde (SES), as Secretarias Municipais de Saúde (SMS), a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), e o Ministério da Saúde (MS). A seguir, apresento as atribuições dessas instâncias na PNEPS.

Um Colegiado de Gestão Regional é um locus de pactuação das decisões operacionalizada por meio de co-gestão solidária e cooperativa³. O COGERE é formado por gestores municipais de saúde – de uma determinada região de saúde – e o gestor estadual de saúde. Suas atribuições são relacionadas ao planejamento e à condução da educação permanente em nível regional, dentre as quais destaco:

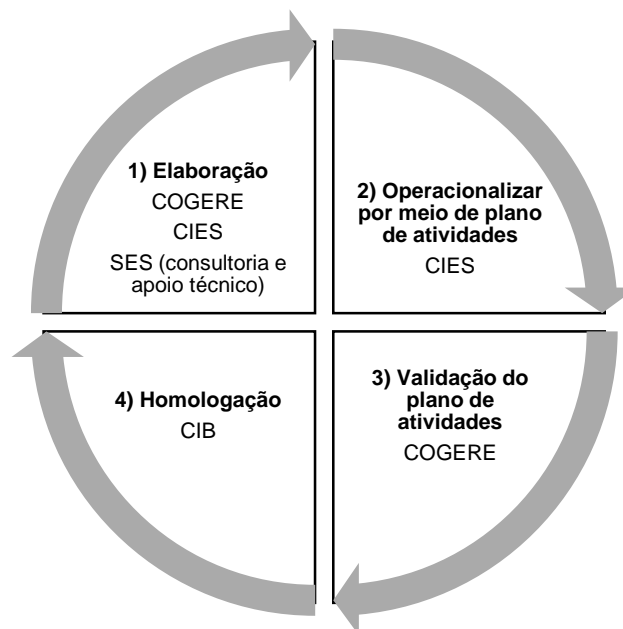
- a) Elaborar o Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS)⁴ e encaminhá-lo às CIES para que construam

³Solidária, no sentido de relação de auxílio mútuo. Cooperativa, como soma de esforços para alcance de objetivos. (adaptado de Dicionário Priberam da Língua Portuguesa, disponível em <http://www.priberam.pt/dlpo/>)

⁴ O Plano de Ação Regional de Educação Permanente é um dos componentes do planejamento das ações de educação na saúde. Deve ser responsável por a) caracterização da região de saúde correspondente (definindo os municípios constituintes; fluxos e equipamentos de atenção à saúde; indicadores e metas estratégicas de investimento em serviços de saúde); b) identificação dos problemas de gestão e serviços de saúde; c)

- projetos e estratégias de intervenção no âmbito de formação dos trabalhadores da saúde e, posteriormente, validar essas alterações;
- b) Definir o gestor do recurso financeiro em âmbito regional;
 - c) Monitorar e avaliar as ações e estratégias da educação em saúde da região;
 - d) Avaliar a composição, o alcance e o trabalho das CIES, propondo mudanças quando necessárias;
 - e) Incentivar e promover a participação dos atores nas CIES.

Figura 1: Fluxo do PAREPS segundo Ministério da Saúde e segundo a CIB



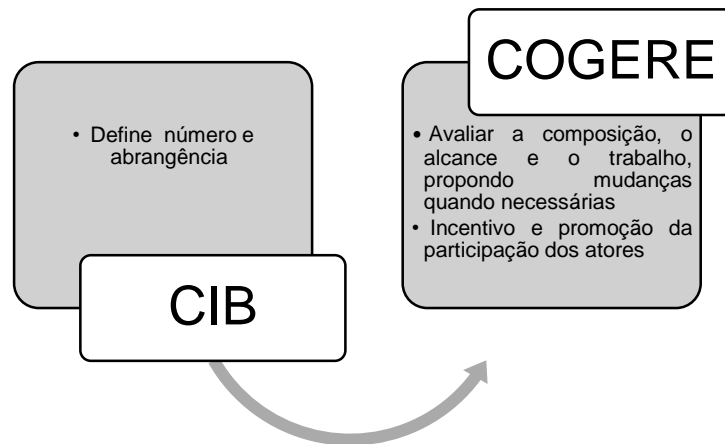
(Elaboração própria)

As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) não são estruturas organizacionais exclusivas da PNEPS, elas estão previstas no artigo 14 da Lei nº 8.080, de 1990, e na NOB/RH – SUS. Na PNEPS elas funcionam como instâncias intersetoriais e interinstitucionais, inseridas nos processos de formulação e

identificação das demandas de formação em saúde dos trabalhadores da região; d) identificação dos atores envolvidos em cada ação, em todas suas etapas; e) estabelecer metas e indicadores de processos e resultados para acompanhamento e avaliação; f) processo de avaliação do plano; g) analisar a viabilidade do plano a partir dos recursos disponíveis; e h) relação entre os problemas e as necessidades de educação permanente em saúde, para definição de prioridades e definição das ações de curto, médio e longo prazo. (Portaria Nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html)

desenvolvimento. Tais instâncias devem ser integradas por gestores de saúde municipais e estaduais, gestores de educação municipais e estaduais, trabalhadores do SUS e/ou entidades representativas, instituições de ensino com cursos na área da saúde e movimentos sociais ligados a políticas públicas de saúde e do controle social do SUS.

Figura 2: Fluxo da CIES segundo Ministério da Saúde e segundo a CIB



(Elaboração própria)

A abrangência territorial destas comissões também segue a lógica regionalizada das regiões de saúde. São atribuições das CIES:

- a) Prestar apoio ao COGERE, na elaboração do PAREPS e ao traçar plano de atividades em consonância ao que for estabelecido nele;
- b) Formular, conduzir e promover o desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde;
- c) Induzir mudanças de método de educação, de capacitações e treinamentos pontuais para ensino-serviço permanente;
- d) Construir projetos e estratégias de intervenção no âmbito da formação dos trabalhadores da saúde e que estejam de acordo com o PAREPS – e que sejam, ainda, coerentes aos problemas dos processos de trabalho no contexto da região de saúde, bem como, coerentes aos princípios do SUS e à legislação vigente – para que sejam validados pelo COGERE, caso contrário, retorna às CIES para adequações.

A Comissão Intergestores Bipartite, segundo a Portaria SES/RS nº 09/1993 que a institui, é um espaço de negociação acerca dos aspectos de operacionalização do Sistema Único de Saúde e é composta por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão de representação estadual dos Secretários Municipais de Saúde. Suas atribuições, no que se refere à Política Nacional de Educação Permanente, são:

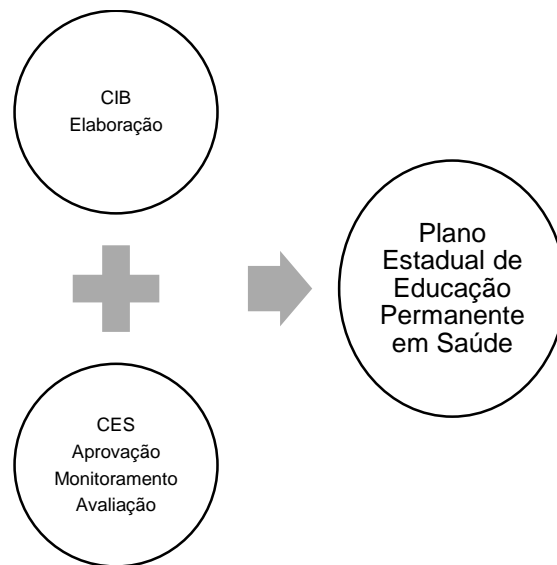
- a) Homologar o PAREPS;
- b) Estabelecer os critérios de distribuição, alocação e fluxo dos recursos financeiros no âmbito estadual;
- c) Elaborar e pactuar o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS);
- d) Definir o número e a abrangência das CIES;
- e) Acompanhar e avaliar os Termos de Compromisso de Gestão estadual e municipais, no que se refere às responsabilidades em educação na saúde.

Existem algumas atribuições que são conjuntas às CIES e à CIB. É atribuição das CIES prestar apoio à CIB no que tange à promoção de Educação Permanente e à elaboração de uma Política Estadual de Educação Permanente em Saúde. É, também, atribuição de ambas agirem em conjunto para a integração das propostas de Educação Permanente de âmbito estadual, bem como, monitorarem e avaliarem a implementação das ações de educação em saúde previstas no Plano Estadual de Saúde.

O Conselho Estadual de Saúde, um espaço colegiado e deliberativo de controle da execução da política de saúde em âmbito estadual, é formado por representantes do gestor estadual de saúde; dos profissionais de saúde; dos prestadores de serviços e dos usuários. Suas atribuições em relação à PNEPS são:

- a) Definir as diretrizes da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde;
- b) Aprovar a Política e o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde;
- c) Acompanhar o monitoramento e a avaliação do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde.

Figura 3: Fluxo do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde segundo Ministério da Saúde e segundo a CIB



(Elaboração própria)

À Secretaria Estadual de Saúde cabe a obtenção de informações sobre a execução da implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, para disponibilizá-los aos órgãos de fiscalização e controle quando solicitados. Em conjunção de esforços com o Ministério da Saúde, à SES caberá:

- a) Cooperar e prestar auxílio técnico para a organização de um Sistema Nacional com os dados acerca da formação técnica, graduação e especialização;
- b) Elaborar o PAREPS;
- c) Promover a qualificação técnica dos COGERES e CIB para a gestão da PNEPS;
- d) Criar mecanismos de monitoramento e avaliação institucional participativa.

Existem, ainda, atribuições conjuntas da SES, MS e Secretarias Municipais de Saúde, a saber: planejar a educação permanente de trabalhadores do SUS, contando com a colaboração das CIES; estimular e regular a inserção das atividades curriculares de cursos técnicos, de graduação e pós-graduação no âmbito dos serviços de saúde; e, junto às instituições de ensino técnico, de graduação e pós-

graduação, realizar adaptações necessárias nos cursos na área da saúde ofertados por estas, para suprir as necessidades do SUS.

E, por fim, à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde⁵ cabe a proposição anual de novos indicadores para o acompanhamento da Política Nacional de Educação Permanente. Esta é uma secretaria vinculada ao Ministério da Saúde e que executa um papel, em nível federal, de controle de informações referentes à execução da PNEPS.

4.2 Segundo a Comissão Intergestores Bipartite do Rio Grande do Sul

A Resolução nº 170/70 da Comissão Intergestores Bipartite do Rio Grande do Sul determina as atribuições de cada uma das instâncias no âmbito da Educação Permanente em Saúde, no estado do Rio Grande do Sul. Considerando as diretrizes do Pacto pela Vida e de Gestão e a Portaria nº 1.996 de 2007 do Ministério da Saúde, que determina as diretrizes para implementação da PNEPS, essa resolução da CIB/RS determina quais as responsabilidades do Colegiado de Gestão Regional (COGERE), das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), da própria Comissão Intergestores Bipartite (CIB), do Conselho Estadual de Saúde (CES), bem como as atribuições conjuntas entre CIES e CIB. Além disso, a resolução define os critérios para alocação dos recursos financeiros federais da política.

Ao COGERE cabe:

- a) Construir o Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) para a região de sua abrangência, respeitando as orientações federais, estaduais e municipais para a educação em saúde, bem como o que foi acordado na CIB/RS e as demandas de formação para os trabalhadores da saúde;
- b) Submeter o Plano à homologação da CIB/RS.

⁵ A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), vinculada ao Ministério da Saúde, desenvolve ações para o fomento de políticas para a formação, educação permanente, valorização dos trabalhadores e democratização das relações de trabalho no SUS. Composta pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde a quem compete, entre outras funções, a de participar da proposição e do acompanhamento da educação dos profissionais de saúde, da Política Nacional de Educação Permanente no SUS e no Ministério da Saúde. (Portal da Saúde – SUS. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/234-sgtes-p/sgtes/9032-competencias-da-secretaria>)

- c) Acordar a quem caberá a gestão dos recursos financeiros desta região, podendo ficar a cargo do estado, de algum ou alguns dos municípios da região de abrangência do COGERE;
- d) Incentivar e promover a participação dos indivíduos e das instituições que compõem as CIES;
- e) Monitorar e avaliar as ações de educação em saúde da sua área de abrangência;
- f) Avaliar as CIES, no que tange à sua composição e seu trabalho, para sugerir modificações no que for necessário.

Às CIES, caberia:

- a) Elaborar o PAREPS em conjunto com os COGEREs;
- b) Promover a articulação de instituições que possam pensar em estratégias, coerentes ao que se propõe a Educação Permanente em Saúde e também o PAREPS, para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde;
- c) Monitorar e avaliar todas as estratégias implementadas no âmbito da Educação Permanente em Saúde;
- d) Fomentar os princípios da Educação Permanente em Saúde nas instituições de ensino que formam trabalhadores da saúde;
- e) Incentivar a discussão acerca da Educação Permanente em Saúde junto aos gestores, para aprimoramento do campo e desenvolvimento de estratégias para o cumprimento dos compromissos pactuados nos Termos de Compromisso de Gestão.

Ainda com relação às CIES, a resolução determina que deve haver uma secretaria executiva dessas Comissões para dar conta dos encaminhamentos referentes às questões administrativas da execução da política em nível regional.

Quanto à própria CIB/RS:

- a) Homologar os PAREPS;
- b) Elaborar o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde;
- c) Definir o número de CIES, definir qual sua abrangência e avaliar sua composição e o seu trabalho, propondo modificações caso necessário;
- d) Pactuar acerca da distribuição e utilização dos recursos financeiros no âmbito estadual;

- e) Avaliar os Termos de Compromisso de Gestão, no âmbito estadual e municipal, no que tange à educação na saúde.

A CIB/RS deverá ser apoiada por uma CIES, composta por trinta e quatro pessoas, sendo estas: um representante de cada CIES regional (quatorze pessoas), dois representantes do gestor estadual de saúde (um da Escola de Saúde Pública e outro da Escola Técnica do SUS), dois representantes dos gestores Municipais de Saúde (representados pela ASSEDISA), um representante do gestor estadual de educação, um representante dos gestores municipais de educação, quatro representantes dos trabalhadores da saúde (dois de nível médio e dois de nível superior), seis representantes de instituições de ensino formadoras de trabalhadores da saúde (três de nível técnico e três de nível superior) e quatro representantes de movimentos sociais da saúde. Cabe a essa CIES vinculada à CIB/RS auxiliar a esta na construção de uma Política Estadual de Educação Permanente em Saúde; fomentar a integração das ações estaduais em educação na saúde; auxiliar a CIB/RS no monitoramento e avaliação das ações de educação na saúde, previstas no Plano Estadual de Saúde.

Ao CES caberia:

- a) Estabelecer as diretrizes Política Estadual de Educação Permanente em Saúde
- b) Aprovar, acompanhar e avaliar o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde

A Resolução nº 170/07 da CIB/RS define que o Plano Estadual de Educação Permanente e Educação Profissional em Saúde é o instrumento de fomento da Educação Permanente em Saúde. Além disso, o plano deve servir de ferramenta das CIES, do CES e da CIB/RS, para que estes apoiem os COGEREs na execução, no monitoramento e na avaliação das propostas de ações para a formação dos trabalhadores do SUS.

A concretização desses objetivos deve se dar por meio de oficinas com os atores da Educação Permanente em Saúde já qualificados (facilitadores de educação permanente, ativadores de processos de mudanças na graduação, participantes dos processos de formação da Humanização) e oficinas com atores estratégicos da Educação Permanente e Educação Profissional em Saúde, articulando atores da

gestão, atenção, educação e controle social do SUS. Ocorre, ainda, na forma de cursos e seminários para suprir as demandas locais, e na criação e fortalecimentos de estruturas de gestão do ensino e serviço na saúde, no âmbito do estado e dos municípios. Às Secretarias Estadual e Municipais de Saúde e de Educação, às Instituições de Ensino Superior e Técnico, aos Conselhos Estadual e Municipais de Saúde e de Educação, aos trabalhadores e aos movimentos sociais de saúde, conjuntamente, cabe a realização deste Plano.

4.3 Segundo a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS

Em conversa com a assistente de coordenação da GTED sobre a PNEPS, obtive a informação de que as formações internas às equipes são orientadas também pelo documento Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS), do ano de 2003. Busquei o documento para verificar as orientações para a Educação Permanente em Saúde e, portanto, segue análise realizada.

No início do documento, são apresentados conceitos básicos que são utilizados no decorrer do documento para facilitar a compreensão dos leitores. Nesta sessão, o documento trata de educação permanente como sinônimo de educação continuada e a define como um processo permanente de aquisição de informações, que ocorre por meio de educação formal, pelo trabalhador – com a escolarização – ou por meio de vivências e experiências no ambiente de trabalho. Portanto, abarca a formação profissional e a qualificação, assim como o aperfeiçoamento e a atualização. Visa a aperfeiçoar o trabalho em saúde, de forma a contemplar as demandas do próprio trabalhador, da sua equipe de trabalho e da instituição.

O terceiro capítulo do documento define os Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS e a atribuição dos gestores municipais, estaduais e federal sobre esta. Entre as responsabilidades dos gestores municipais, é atribuída a elaboração anual de um Programa Institucional de Educação Permanente – em conjunto com os dirigentes de órgãos da estrutura gestora do SUS municipal e com gerentes de serviços de saúde –, que tenha como público alvo os trabalhadores dirigentes, os gerentes de serviços e os conselheiros municipais, distritais ou regionais e locais de saúde.

No quarto capítulo, que trata dos Princípios e Diretrizes da Política de Desenvolvimento do Trabalhador no SUS, há a definição de que o Ministério da Educação deve promover a participação das instituições de ensino nos serviços de saúde do SUS, por meio de atividades em conjunto com as Secretarias de Saúde nas áreas de ensino, dentre as quais a de educação permanente. O tópico segundo deste capítulo é dedicado, ainda, a definir as atribuições da Educação Permanente para o Processo de Trabalho no SUS.

Este segundo tópico define os Programas Institucionais de Educação Permanente como meios de garantir a realização de atividades que contemplem as demandas dos trabalhadores do SUS por formações que colaborem com a melhoria de seu processo de trabalho, bem como auxiliem no aumento da auto-estima destes trabalhadores. As temáticas das formações devem abarcar o desenvolvimento profissional do trabalhador por meio da educação para gestão do trabalho em saúde.

Ainda, determina que os gestores municipais, estaduais e o gestor federal devem produzir, com regularidade anual, este Programa Institucional de Educação Permanente para todos os níveis de atuação dos trabalhadores do SUS sob sua responsabilidade. É, também, de responsabilidade desses gestores organizar Centro de Estudo nas unidades de saúde que sejam locais para a discussão técnica sobre o desenvolvimento dos trabalhadores do SUS. E, ainda, devem determinar protocolos e rotinas para garantir o fluxo de liberação dos trabalhadores para participarem de eventos de aperfeiçoamento profissional.

5 A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO ÂMBITO DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

A partir do estágio não curricular realizado na Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento do Grupo Hospitalar Conceição (GTED), que passei a ter conhecimento da Educação Permanente como modo de produção de aprendizagem aos trabalhadores da saúde em seu ambiente de trabalho. Pela vontade de obter maior conhecimento acerca desta forma de educação na saúde, passei a realizar pesquisas documentais na própria GTED e me vali da minha observação participante para obter maiores informações da realidade da implementação desse modo de produção de ensino. Considerando o que Correia (2009) define, Observação participante como o:

“(...)contacto direto, frequente e prolongado do investigador, com os atores sociais, nos seus contextos culturais, sendo o próprio investigador instrumento de pesquisa.(...) Constitui uma técnica de investigação, que usualmente se complementa com a entrevista semi-estruturada ou livre, embora também com outras técnicas como análise documental, se bem que a mesma possa ser aplicada de modo exclusivo. (...) Os objetivos vão muito além da mera descrição dos componentes de uma situação, permitindo a identificação do sentido, a orientação e a dinâmica de cada momento. Face à intersubjetividade presente em cada momento, a observação em situação permite e facilita a apreensão do real, uma vez que estejam reunidos aspectos essenciais em campo.”

Utilizei o método de pesquisa supracitado por meio de análise documental de relatórios e documentos da instituição, bem como de análise dos fluxos relacionados à formação interna dos trabalhadores do GHC. Inicialmente realizei uma análise descritiva das interações que naquele espaço ocorrem e, posteriormente, focalizei minha observação em determinados detalhes e particularidades do meu objeto de estudo. Por fim, realizei uma seleção dos meus achados, refinando as informações e os dados úteis à análise *top down* da implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Grupo Hospitalar Conceição, que me propus a realizar.

Por meio desse amadurecimento sobre a teoria da Educação Permanente, descobri como funciona uma Política Pública do Ministério da Saúde, com portarias que a instituíam e orientavam sua implementação.

As atividades de educação são organizadas, no GHC, de forma setorial, por serem suscitadas pelas referências em Gestão do Trabalho⁶ no interior das equipes de trabalhadores por elas apoiadas. Ao acompanhar as equipes em suas reuniões de colegiado de gestão, as referências devem identificar as demandas de formação latentes àquela equipe e articular a criação de uma formação específica a esse núcleo de trabalhadores. Os próprios trabalhadores das equipes também podem identificar lacunas em seus processos de trabalho e pensar em uma formação, recorrendo, se necessário, ao apoio das referências, para suporte pedagógico, ou ao Núcleo de Atividades de Formação (NAF) para auxílio na produção do plano de atividades e projeto de formação.

Há um fluxo de sistematização das informações referentes às formações realizadas para controle institucional, trabalho realizado pelo Núcleo de Atividades de Formação (NAF). As equipes, após realizarem suas formações, enviam ao NAF um projeto de formação detalhando os objetivos da atividade de formação realizada – bem como descrevendo o desenvolvimento desta – além das listas de presenças assinadas pelos participantes. Esse projeto é analisado e, se a formação tiver temática e desenvolvimento coerentes às capacidades exigidas pela função daqueles servidores em formação, o projeto é aprovado, e os trabalhadores têm as horas registradas no SISNAF⁷ e no GHC Sistemas – sistema para registro de atividades e horas de formação. Essas horas de formação serão utilizadas como um dos itens da avaliação do trabalhador, prevista na Política de Avaliação e Desenvolvimento Institucional. Ainda há o Wokflow, que vem a ser um sistema para aprovação também de atividades de formação, mas com o diferencial de que são formações externas à instituição, realizadas por iniciativa própria do trabalhador.

Há uma orientação para as referências de Gestão do Trabalho auxiliarem as equipes a darem conta das suas demandas por formação, e para que as atividades realizadas sejam orientadas pelos princípios da Educação Permanente em Saúde. O

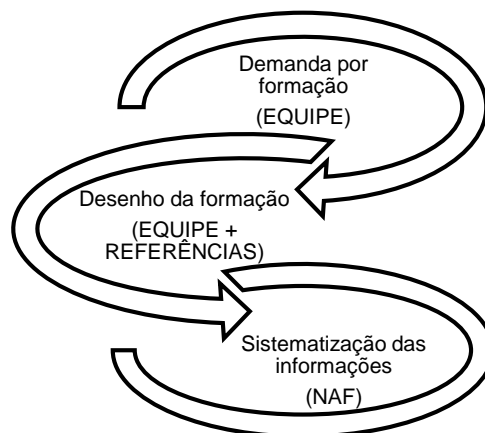
⁶ Referências em Gestão do Trabalho é um cargo de trabalhadores alocados à GTED e que tem, dentre suas atribuições, a articulação com as equipes do GHC para transformar as demandas de formação destas em atividades de formação para os trabalhadores que a compõem.

⁷ O SISNAF, que é um programa de computador elaborado por membros do NAF, juntamente a membros do Núcleo de Educação Digital Permanente (NDP) – ambos núcleos que compõe a GTED e atuam na área da formação interna dos trabalhadores, sendo o NDP responsável pelos cursos online via *Moodle*. Esse programa é uma ferramenta criada com o propósito de ser utilizada para registro das atividades de formação que ocorrem no âmbito do GHC, com o intuito de armazenar essas informações acerca das formações e conseguir mapear o que ocorre de atividades no Grupo.

controle e monitoramento dessas atividades de formação são realizados por meio dos dois sistemas supracitados

Encontrei informações acerca do que a instituição classifica como educação permanente, a partir de análise em produções próprias do GHC – que são relatórios institucionais, publicados em intervalos de um a dois anos, bem como por meio das informações contidas na página do Grupo na internet e em pastas de arquivos do sistema interno de instituição. Agreguei essas informações às minhas observações e análises do tempo em que estou inserida na instituição e em que posso acompanhar o que acontece na rotina e nos fluxos desta e, por fim, embaso as análises com a teoria encontrada a partir de revisão bibliográfica acerca da análise de implementação de políticas públicas, bem como da bibliografia que abarca a questão da Educação Permanente em Saúde. A seguir, o detalhamento dessa realidade a partir de tópicos explicativos.

Figura 4: Fluxo da formação no GHC



(Elaboração própria)

5.1 O embate da Educação Permanente em Saúde: Metodologia Pedagógica ou Política Pública?

O GHC, como instituição orientada pelas diretrizes do Sistema único de Saúde e pelo Ministério da Saúde, segue as políticas por este legitimadas. Para tanto, os profissionais de saúde têm considerável autonomia na operacionalização das políticas, o que tornam variados os tipos de processos e visões. (POSSA, 2007 apud QUADROS, 2015).

Identifico uma representação dessas visões diferentes sobre o mesmo foco, numa resistência da coordenação da Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento – e por consequência dos trabalhadores deste setor também – em perceber a Educação Permanente em Saúde como uma política pública. Por mais que institucionalmente se fale na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, setorialmente percebo a defesa desta como apenas uma metodologia pedagógica de ensino, que deve ser fomentada no interior das equipes para que elas mesmas sejam indutoras dessa prática que defende o protagonismo do trabalhador em sua própria formação, considerando suas vivências e seus conhecimentos prévios, para o aprimoramento do serviço em saúde prestado por este indivíduo. Corroborar a essa percepção um relato de uma trabalhadora da GTED, de que, em determinado momento, foi solicitada a articulação da educação permanente realizada no GHC com as instâncias de participação previstas na política, porquanto a coordenação informou não achar necessária a articulação. Essa resistência pode ter origem na cultura da horizontalidade defendida pelo Grupo Hospitalar Conceição, que pode considerar as diretrizes da implementação de uma política como uma estrutura pouco flexível e que não esteja coerente com a ótica pedagógica emancipadora da Educação Permanente. Essa é uma visão compartilhada entre a coordenação e outros trabalhadores da GTED, que enfatizam o caráter autônomo que deve ser conferido à Educação Permanente, sem rotular e controlar as atividades, justificando a inexistência de um sistema de monitoramento dessas atividades.

Com a informação que recebi na GTED, de que este setor se orienta pela NOB-RH SUS de 2003, é reforçada a ideia de que a Educação Permanente que ocorre no GHC, por meio da GTED, está mesmo distanciada da estrutura de uma política pública, tendo em vista que as orientações da NOB-RH SUS são mais abrangentes e

generalizadoras, não proporcionando determinações de fluxos com muitos atores e atribuições.

5.2 A influência de um ator externo como empreendedor de políticas públicas

A teoria da Educação Permanente foi levada ao Grupo Hospitalar Conceição por Ricardo Burg Ceccim, docente da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e que possui relação de proximidade com o Coordenador da Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento do GHC.

A UFRGS possui uma relação de contrapartidas com o GHC, tendo em vista que este oferece vagas de estágio aos alunos daquela que, por sua vez, contribui suprimindo as demandas de formação do Grupo, quando solicitada. No entanto, o acesso de Ceccim ao GHC, em especial à GTED, é realizado de forma mais corriqueira e menos formal do que o dos outros docentes que possuem relação limitada ao processo das contrapartidas. A situação relatada ocorre devido a essa relação de proximidade com o gestor e também devido à presença na GTED de alunos realizando estágio curricular e orientados por ele.

Identifico o papel de Ceccim, na implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no âmbito do GHC como o de um empreendedor de políticas públicas (SOUZA, 2006) que age na forma de influenciar para que uma demanda seja encarada como um problema, instigando que algo deva ser realizado em relação a ela. Ceccim, ao ser um dos atores que articulou a formulação da PNEPS – pois à época de seu desenho era diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, que está vinculada ao Ministério da Saúde – incluiu suas opiniões, sua linguagem e sua visão sobre o que é e como deve ser vista e trabalhada a Educação Permanente. Portanto, ao trazer para o âmbito do GHC a implementação dessa política, o faz na forma de apresentá-la como alternativa à demanda da formação dos trabalhadores em saúde, que careciam de formação que considerasse suas vivências da rotina do trabalho e que os tratasse como sujeitos da sua própria formação em saúde.

Ainda, outra característica do empreendedor de políticas públicas que verifiquei consonante ao papel de Ceccim na implementação da PNEPS no GHC, é o de criação de redes sociais (MARQUES, 2000 apud SOUZA, 2006). Ainda que haja uma relação

de cunho pessoal com o gestor da GTED, Ceccim está inserido no âmbito da instituição GHC, ao passo que essa política é implementada no Grupo como um todo. Essa é uma relação em rede, que determina inovações na instituição e que traz um ator externo para produzir essa inovação. Portanto, estabelecem-se contatos e vínculos entre indivíduos e instituição.

5.3 As referências e o seu papel no fomento da educação permanente no Grupo Hospitalar Conceição

As referências em Gestão do Trabalho para as equipes do Grupo Hospitalar Conceição são profissionais que passaram a compor o quadro de trabalhadores da GTED há seis anos, a partir da criação da Política de Avaliação e Desenvolvimento⁸, e são, em sua maioria, técnicos em educação. São doze trabalhadores ao total, divididos em cinco duplas e um trio, em que cada uma dessas seis equipes atende um hospital do grupo ou *staff*: Hospital Fêmeina; Hospital Cristo Redentor; Hospital da Criança Conceição; Hospital Nossa Senhora da Conceição; Serviço de Apoio, Diagnóstico e Terapêutica (SADT) e Holding.

Esses profissionais executam a função de assistência aos trabalhadores do Grupo desde o seu início na instituição, com o acolhimento operacionalizado por meio da integração institucional, bem como no acompanhamento desse profissional no decorrer do seu tempo na instituição, e até mesmo quando necessário um remanejamento desses trabalhadores para funções mais adequadas aos seus perfis pessoais e profissionais. Também atuam como mediadores de conflito, prestando apoio ao trabalhador e às equipes de trabalho, na busca pela resolução de problemas decorrentes das relações no cotidiano do trabalho, por meio do acolhimento e do diálogo; apoiam os gestores na implementação e valorização da Política de Avaliação e Desenvolvimento. Tais profissionais devem ser, ainda, os indutores da educação

⁸“A Política de Avaliação e Desenvolvimento tem como objetivo contribuir com o crescimento dos trabalhadores, das equipes de trabalho e da Instituição, incentivando a participação de todos nos processos de gestão para a consolidação e a qualificação dos modelos de gestão e atenção preconizados para o SUS. É uma ferramenta para qualificação da produção do fazerem saúde, que se viabiliza como um processo permanente de reflexão e de construção de novas práticas. Como Política Institucional, responde às demandas históricas dos trabalhadores da saúde por sua valorização e pela qualificação dos processos de trabalho. AGTED/GRH organiza-se em uma equipe multiprofissional de referência que desenvolve intermediação por gerência das unidades hospitalares, buscando a aproximação com as equipes e trabalhadores, auxiliando e prestando assessoria.” (Grupo Hospitalar Conceição –Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento, Relatório de Gestão 2009).

permanente, no âmbito das equipes por eles atendidas, fomentando a realização de atividades de formação que estejam orientadas pelos princípios da Educação Permanente em Saúde, promovendo o desenvolvimento das capacidades dos trabalhadores, tornando-os sujeito em sua formação.

Esses são os profissionais, externos às equipes, que estão mais próximos aos trabalhadores do GHC. Tendo em vista o caráter assistencial de suas atribuições, espera-se o estabelecimento de uma relação de proximidade com os trabalhadores e gestores, orientado sob a ótica da horizontalidade. Que de fato é, de acordo com o que venho observando no meu tempo de estágio na instituição.

No que se refere às suas atribuições ligadas à indução de Educação Permanente em Saúde no interior das equipes, identifico a forte influência dos campos de formação das referências na execução desta função específica. Suas atuações junto aos Colegiados de Gestão⁹ servem para, dentre outras atribuições mais voltadas ao planejamento interno destas equipes, orientá-las acerca das demandas por formações necessárias a elas, e para que sejam norteadas pelos princípios da educação permanente

Havendo entre esses profissionais alguns que foram também alunos do Ceccim, ou que estudaram na mesma faculdade em que este ministra suas aulas, verifico que, entre estes, há muito forte a percepção da Educação Permanente em Saúde como princípios mais filosóficos e pedagógicos, do que propriamente desenhada como uma política pública.

Também há os profissionais que tiveram contato com a bibliografia de Paulo Freire, esta que trata de defender que o indivíduo deve ser sujeito de sua própria educação. Uma metodologia não de mera reposição de conteúdo, mas uma pedagogia singular, associando teoria, vivência, trabalho, pedagogia e política (MONTENEGRO, BRITO e SILVA, 2012). Esse é um autor referenciado por Ceccim¹⁰ e, sendo algumas dessas referências também a seus alunos ou alunos da instituição

9Os colegiados de gestão são espaços periódicos de discussão das equipes de trabalho para planejar,acompanhar, analisar e avaliar os processos de trabalho (modos de produzir saúde), dialogar sobre os conflitos,socializar as informações, pensar e redefinir fluxos e rotinas do setor, debater sobre infraestrutura e propor investimentos.(<http://www.ghc.com.br/portalarh/institucional.asp?idRegistro=101&idRegistroSM=83&idRegistr oML=92&idSBM=1>acesso em 21 de abril de 2015.)

¹⁰CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface – Comunic , Saúde, Educ 9(16). Porto Alegre, 2004/2005.

em que é discente, é a evidência da propagação de uma visão desse empreendedor da política pública.

Quanto a essas diferentes posições das referências em relação à educação permanente, de acordo com a teoria de abordagem cognitiva (LIMA; D'ASCENZI, 2014), que analisa o valor da dimensão simbólica na ação dos atores de uma política pública, as referências são orientadas pelas suas percepções pessoais. Segundo Lima e D'Ascenzi, há uma influência da matriz cognitiva dos atores em seu comportamento, e, por isso, sendo a implementação de uma política pública o produto das ações dos atores desta, essa matriz cognitiva particular de cada ator afeta os resultados da política.

6 ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO SOB A ÓTICA DO MODELO *TOP DOWN*

Neste capítulo realizarei uma análise da implementação da PNEPS na ótica das publicações que a normatizam e de acordo com a realidade observada no GHC da forma com que ela se articula naquela instituição, por meio da GTED. O capítulo está organizado por subcapítulos, em que o primeiro trata da realidade da região de saúde que corresponde ao município de Porto Alegre; o segundo traz a realidade do GHC como executor da implementação da PNEPS e as diferentes visões que circundam essa implementação; o terceiro analisa as publicações de portaria e resolução de regulamentação da PNEPS; o quarto trata da análise do monitoramento da PNEPS; e, por fim, o quinto trata do desvio do plano na implementação.

6.1 A realidade da PNEPS na região de saúde de Porto Alegre

No intuito de verificar a realidade da implementação da Política Nacional de Educação Permanente na Saúde na região de saúde que corresponde ao município de Porto Alegre, por ser onde está inserido o Grupo Hospitalar Conceição, entrei em contato com a 2ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), que abarca os municípios de Alvorada, Arambaré, Arroio dos Ratos, Barão do Triunfo, Barra do Ribeiro, Butiá, Cachoeirinha, Camaquã, Cerro Grande do Sul, Charqueadas, Chuvisca, Dom Feliciano, Eldorado do Sul, General Câmara, Glorinha, Gravataí, Guaíba, Mariana Pimentel, Minas do Leão, Porto Alegre, São Jerônimo, Sentinela do Sul, Sertão Santana, Tapes e Viamão. Ao ser atendida por um servidor da Coordenadoria, perguntei, primeiramente, com quem poderia conversar sobre o Plano de Ação Regional de Educação Permanente. O servidor em questão disse não saber do que se tratava. Questionei-o, então, acerca da PNEPS e se haveria naquela Coordenadoria alguém com quem eu poderia conversar sobre esta política, ao que este se mostrou confuso e me questionou se eu não deveria contatar a Secretaria Estadual de Educação. Ao informá-lo que esta era uma política do Ministério da Saúde, o funcionário continuou confuso e sugeriu que eu contatasse a Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul (ESP), justificando que lá é o lugar onde se trata de educação em saúde.

Naquele período, os servidores da ESP estavam em greve e, portanto, o contato não foi fácil de ser estabelecido. Após algumas semanas tentando ligação em um número de telefone disponível na página da ESP na internet, resolvi novamente entrar em contato com a 2ª Coordenadoria Regional de Saúde para tentar conseguir outro número de telefone. Ao retornar o contato com a 2ª CRS, conversei com outro servidor que, ao tentar me auxiliar no assunto de que eu precisava tratar com a ESP e não obtinha sucesso, mostrou desconhecer a existência da PNEPS, bem como do PAREPS, além de mostrar-se confuso ao tentar me encaminhar a um órgão que me auxiliasse. Acabou por me sugerir contatar o Departamento de Ações em Saúde da Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul (DAS).

Ao telefonar para o DAS, a servidora com quem conversei desconhecia a PNEPS e o PAREPS e me transferiu a outro ramal do próprio departamento. O servidor que me atendeu também desconhecia os assuntos e me sugeriu telefonar para a Atenção Básica em Saúde, órgão ao qual o DAS está vinculado. Lá, a servidora que me atendeu também desconhecia o assunto e sugeriu-me que entrasse em contato com a ESP. Pedi que me informasse outro número de telefone, pois não estava obtendo sucesso com o que eu possuía. De posse de outros dois números da ESP, consegui, finalmente, estabelecer contato.

A servidora da ESP com quem conversei tinha conhecimento da PNPES, mas desconhecia o PAREPS. Sugeriu-me, pois, entrar em contato com a 2ªCRS, momento em que eu a informei já ter estabelecido este contato e que foram eles mesmos que me indicaram conversar com a ESP. A servidora estranhou a sugestão da 2ªCRS e explicou que não era atribuição da ESP articular as ações do PAREPS e que, inclusive, desconhecia-o. Passou-me, então, o contato da 1ªCRS, com área de abrangência que corresponde aos municípios da região metropolitana – no entanto esta pessoa não retornou meu contato.¹¹

Outra informação que obtive, por meio da servidora da ESP, foi a de que há algum tempo, que ela acredita ser desde 2011, não há mais aos Colegiados de Gestão Regional (COGERE), agora as Comissões Intergestores Regionais (CIR) que ficaram com as atribuições dos COGERE. Pedi que me indicasse documentos em que isso

¹¹Araricá, Barão, Brochier, Cambará do Sul, Campo Bom, Canoas, Capela de Santana, Dois Irmãos, Estância Velha, Esteio, Harmonia, Igrejinha, Ivoti, Lindolfo Collor, Maratá, Montenegro, Morro Reuter, Nova Hartz, Nova Santa Rita, Novo Hamburgo, Pareci Novo, Parobé, Portão, Presidente Lucena, Riozinho, Rolante, Salvador do Sul, Santa Maria do Herval, São Francisco de Paula, São José do Hortêncio, São José do Sul, São Leopoldo, São Pedro da Serra, São Sebastião do Caí, Sapiranga, Sapucaia do Sul, Tabaí, Taquara, Três Coroas, Triunfo e Tupandi.

está estabelecido, e ela me informou desconhecer, mas que isso foi uma convecção do estado do Rio Grande do Sul. Justificou que, como há as instâncias de Comissões Intergestores Bipartites (CIB) – nível estadual – e Comissões Intergestores Tripartites (CIT) – nível nacional –convencionou-se que o nível regional deveria seguir a mesma nomenclatura.

6.2 O Grupo Hospitalar Conceição como executor da Política Nacional De Educação Permanente em Saúde

A PNEPS, em 2008, foi inserida no GHC de maneira articulada e forte, na forma de curso de formação para facilitadores da Educação Permanente em Saúde, com o intuito de que esses profissionais formados – trabalhadores selecionados a partir de mapeamento de funcionários do GHC considerados pessoas estratégicas nos seus respectivos colegiados, que poderiam definir as demandas latentes em cada um desses espaços, por meio de uma análise dos fluxos de trabalho lá realizados – viessem a fomentar a articulação em redes de atividades de formação com base nos princípios e nas diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde na instituição.

Com o incentivo do Professor da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Ricardo Ceccim, que esteve presente no processo de formulação da PNEPS, a ideia desta política chegou forte ao GHC, por meio da GTED. Pude verificar no sistema de computador da GTED pastas com os registros dos documentos dessa formação e das outras ações de disseminação do conhecimento acerca da PNEPS, e da metodologia pedagógica que a circundam – de forma não organizada – mas que serve de memória desse tempo e dessas ações. No entanto, algo que me chamou atenção, foi o fato de que todos esses documentos estão dentro de uma pasta maior intitulada “documentos antigos”, o que já prediz o que encontraremos na análise acerca do andamento, hoje, da educação permanente no GHC.

Hoje, em geral, a realidade das formações nas equipes do GHC é a de ações estruturadas na forma de capacitações. A partir do acompanhamento dos projetos de formação das atividades realizadas de janeiro a outubro de 2015 no interior das equipes (mais de 3.500 formações neste período), percebi que seguem um modelo formal e linear de formação. De certa maneira esta é uma condição imposta pela

própria instituição, por meio do NAF/GTED – que é o núcleo responsável pela sistematização das informações das atividades de formação internas às equipes – e da equipe, que registram e auxiliam no que tange à questão estrutural de uma formação, orientando o que deve constar no projeto e, inclusive, com um documento denominado “Normas Regulamentadoras de Atividades para Formação – Grupo Hospitalar Conceição”, no qual se reforça essa estrutura formal exigida das formações. Dos profissionais que compõe o NAF, apenas um é técnico em educação, os outros, com fortes influências da área da administração, ou mesmo da educação mais tradicional, reforçam a defesa por formações na forma de capacitação, o que reflete nos projetos que chegam para registro das horas de formação aos trabalhadores. Isso demonstra uma contradição ao que determina a PNEPS, no protagonismo que o trabalhador deve exercer em sua formação, na medida em que quem trata sobre as formações com o NAF e com as referências, que também tem o papel de auxiliar no desenho das formações, é o responsável pela atividade – e que, na maioria dos casos, é o coordenador da equipe.

Hoje não há mais, no âmbito do GHC, ações de formação de facilitadores da PNEPS. Enfraqueceu, também, a defesa da Educação Permanente em Saúde como metodologia pedagógica das formações orientadas pela GTED. A Educação Permanente em Saúde, como política pública, não possui força e o que hoje predomina é a ideia da metodologia pedagógica que circunda essa política.

Quanto à articulação com as instâncias previstas nas portarias do MS ou na resolução da CIB, em conversa com a assistente de coordenação da GTED que esteve de licença maternidade nos meus primeiros seis meses de estágio – portanto, apenas sendo possível eu conhecê-la e esta ficar a par de meu estudo a partir de seu retorno ao trabalho – esta me trouxe informações com relação à articulação entre o GHC, por meio da GTED, a ESP e a 1ª CRS. A assistente de coordenação me informou que houve um contato da ESP com a GTED em busca de apoio para a realização de um curso no estilo do Multiplica SUS¹² nos municípios da região metropolitana de Porto Alegre. A partir daí, portanto, o GHC passou a participar das

¹² Oficina realizada mensalmente pelo GHC e organizada pela GTED que tem por objetivo geral promover espaços de discussão acerca da história, dos princípios, das diretrizes e dos programas do SUS, visando a qualificar os modelos de gestão e atenção, a integração entre os serviços, os dispositivos de educação permanente e os mecanismos de controle social. (Fonte: <http://www.ghc.com.br/portalrh/institucional.asp?idRegistro=1920&idRegistroSM=83&idRegistroML=0&acao=D>)

reuniões da 1ª CRS para discussão e deliberações acerca da Educação Permanente em Saúde. Quando a questionei sobre o motivo pelo qual o GHC não articulava com a 2ª CRS, que tem como abrangência o município de Porto Alegre, obtive como resposta que a 1ª CRS é de responsabilidade da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul e que, pelo contato ter sido feito pela própria ESP, a articulação ocorreu com a Coordenadoria de sua alçada. Retomei a tentativa de contato com a 1ª CRS para obter mais dados, mas não obtive sucesso. Identificada, então, mais uma lacuna: a articulação do GHC com uma Coordenadoria que tem abrangência de outros municípios que não Porto Alegre e, ainda, um órgão estadual sendo responsável por uma instância regional.

6.2.1 As visões de Educação Permanente em Saúde no Grupo Hospitalar Conceição

No decorrer da minha observação participante no interior da GTED, busquei definir as visões que os atores deste local têm da Educação Permanente em Saúde. Delimitei quatro abordagens: a gerência de recursos humanos do GHC, do coordenador da GTED, das referências e dos trabalhadores. Com a gerência de recursos humanos não tive contato direto, apenas obtinha as informações por meio do que se transmite no interior da GTED e que é trazido tanto pelos trabalhadores desse setor, quanto pelo coordenador da GTED, tendo em vista que este participa de reuniões com a gerência, bem como com a diretoria do Grupo. Com o coordenador da GTED, não só conversei diretamente, mas também participei de algumas reuniões de colegiado da GTED, além de participar de reunião do NAF, da qual ele participou. Com as referências, conversei no decorrer de todo este tempo estagiando junto à GTED, questionando acerca dos seus trabalhos com as equipes no que tange ao fomento das formações. E com os trabalhadores do Grupo, detive-me aos atendimentos que eu e os trabalhadores do NAF realizamos a estes, quando entram em contato para obter informações acerca das suas formações realizadas.

6.2.1.1 A Gerência de Recursos Humanos

Em reunião do coordenador da GTED com a Gerência de Recursos Humanos foi resolvido que, a partir de 2016, com a implantação de um sistema de gestão de cursos

– elaborado pelo núcleo digital da GTED e que tem por intuito agilizar o processo de autorização e sistematização das formações, de forma que o projeto será enviado para aprovação do NAF, e somente a partir daí a formação poderá acontecer, diferente do que acontece hoje, quando o projeto vem junto à lista de presença, depois da atividade já realizada –, devem-se qualificar as formações, aceitando apenas aquelas que forem atestadas por um corpo técnico – a definir, mas com sugestão de que sejam as referências – de que esta atividade de fato é uma formação de acordo com as funções daquela equipe que está participando desta.

Uma particularidade vem a motivar que os esforços sejam cada vez mais canalizados à tecnicidade das formações. Muitos trabalhadores têm acionado o GHC na justiça, reivindicando horas extras pelo tempo que participaram dessas atividades, por serem pré-requisitos em sua avaliação, fazendo com que projetos e listas de presença das atividades sejam mandados como prova nessas ações, mas também, fazendo com que se tenha uma preocupação ainda maior em não deixar que qualquer inadequação passe despercebida nos projetos e editais de atividades de formação, que possam vir a prejudicar o Grupo depois de um tempo. Há, ainda, um desejo de aumento de oferta de atividades realizadas online – por demandas das equipes –, ou seja, que dificulta mais ainda a metodologia da EPS, tendo em vista que não há interação com o outro para a troca de experiências necessárias à aprendizagem significativa e à EPS de forma integrada, participativa e intersetorial.

6.2.1.2 O coordenador da Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento

Percebo no coordenador da GTED um conflito entre ideia e ação frente à EPS. Da mesma forma com que, ao conversar comigo, e pelo que percebi em reuniões de colegiado e de equipe, concorda com a EPS e deseja que esta tenha sequência, há o seu papel como gestor que deve dar sequência ao que determina a gerência e com o que seja mais viável à instituição. Portanto, acredito que, por isso, não haja mais um engajamento tão forte dele à educação permanente. Em sua fala, quando conversamos, disse acreditar que o papel de disseminar a educação permanente já havia sido feito com aquele curso de facilitadores e que, agora, era deixar que as equipes entre si a fomentassem.

6.2.1.3 As referências

A partir do que observei das referências, e de relatos delas próprias, há um conflito de opiniões da legitimidade e de como auxiliar as equipes na criação de suas formações sob a ótica da Educação Permanente em Saúde. Enquanto algumas referências defendem a linha de metodologia pedagógica da PNEPS, outras possuem algumas resistências quanto a esta. Obtive relatos de que houve, há um tempo, discussões acerca dessa contradição de deverem orientar as formações a partir da ótica da educação permanente, mas ao chegarem os projetos de formação para registro no SISNAF, os projetos eram questionados quanto à sua legitimidade devido ao fato de serem considerados pouco específicos e técnicos, e devido ao não enquadramento destes ao que determinam as Normas Regulamentadoras de Atividades para Formação, havendo, portanto, um empasse entre discurso e realidade.

Hoje, ainda segundo relato dessa referência, o trabalho das referências no âmbito do auxílio às equipes para criação das suas formações ocorre de forma mais independente de orientações à EPS, focando mais em articular com as equipes formações que supram suas demandas no momento.

As referências auxiliam a criar formações quando as equipes lhes apresentam a demanda, mas seguindo a linha que acham mais pertinente de realizar aquela formação – em regra, como vêm mostrando os projetos de formação, estruturados na forma de capacitações. Ainda, as equipes já seguem de forma independente, também para criação de suas formações, por vezes entrando em contato com o próprio NAF para esclarecer algumas dúvidas, redigindo seu projeto com o que orientam as Normas Regulamentadoras de Atividades para Formação e com o que a equipe já tem de modelo das atividades que já realizou.

No sentido de operacionalizar um fenômeno do conhecimento e de sentido no âmbito do setor público (SUREL, 2008 *apud* LIMA, D'ASCENZI, 2014) temos os referenciais. No caso do papel das referências e no modo como percebem a educação permanente e a defendem, ou não, constato a identificação com o referencial setorial (JOBERT; MULLER, 1987 *apud* LIMA; D'ASCENZI, 2014). Neste caso, por meio de buscar implantar a imagem dominante de uma linha de pensamento afim entre pessoas com formação na mesma instituição.

6.2.1.4 Os trabalhadores

Os trabalhadores, quando entram em contato para obter informações acerca das suas horas de formação, na maioria das vezes justificam a realização dessas atividades pelo fato destas serem um dos critérios da Política de Avaliação e Desenvolvimento, que vem a ser uma ação da instituição GHC para valorização dos trabalhadores e, também, como meio de qualificação dos processos de trabalho. Por fim, essa avaliação, quando satisfatória, traz benefícios ao trabalhador – como dias extras de férias, denominada de férias prêmio, por exemplo. Tendo essas atividades que estejam registradas no SISNAF, analiso que tais formações seguem aquela ótica linear e tradicional de formação na estrutura de capacitação, e que esses trabalhadores tendem a buscar com o intuito maior de uma boa avaliação a cada ano. Tal panorama contraria o objetivo da PNEPS e ao que ela se propõe como aprendizagem significativa no ambiente de trabalho.

Mesmo em meio à realidade apresentada do contexto da Educação Permanente em Saúde no Grupo Hospitalar Conceição, vejo que, ainda hoje, há resquícios do que essa formação para facilitadores da EPS produziu nos trabalhadores alcançados por ela. Responsáveis por atividades em determinadas equipes, segundo verifiquei nos projetos que enviam, acabam por desenhar projetos de atividade nos quais verifiquei que alguns princípios norteadores da EPS estão presentes na formulação.

Mesmo com a presença ainda frequente do *empreendedor de políticas públicas* na GTED, a PNPE, ao meu ver, tem perdido força no GHC, enquanto política pública, com todas as articulações que esta apresenta em suas portarias.

6.3 Publicações de normatização da implementação

Analisando as publicações que determinam as normas de implementação da PNEPS, bem como as atribuições de cada instituição envolvida, pude verificar uma repetição de redação entre a Portaria de nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, do Ministério da Saúde e a Resolução nº 170/70 da Comissão Intergestores Bipartite do Rio Grande do Sul, que configura uma falha na formulação da política pública. Há uma duplicidade institucional, na medida em que os dois documentos fazem as mesmas

determinações acerca das orientações para a implementação da PNEPS. A Portaria 1.996/2007 do MS, sendo uma normatização de órgão federal e a Resolução 170/2007 da CIB, sendo em nível estadual.

Há, ainda, uma duplicidade organizacional, na medida em que o Ministério da Saúde e a CIB estão tendo a mesma atribuição, ao determinar as mesmas orientações. Ao passo em que o Ministério da Saúde lança uma portaria, esta já estaria vigente a todo o sistema de saúde brasileiro, não se fazendo necessário uma nova publicação com alcance de nível estadual.

Quanto à publicação Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS) do ano de 2003, verifico um espaço pequeno dedicado a tratar da educação permanente. No documento, não se faz menção à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, apenas se utiliza o termo educação permanente e a trata como um processo de formação aos trabalhadores de todos os níveis do SUS. Ainda, verifico que o termo educação continuada é utilizado como sinônimo a educação permanente, enquanto em todas as bibliografias acerca daquele tema apresentam esses dois termos como antônimos e, inclusive, tratando a primeira como uma metodologia que considera o protagonismo do trabalhador na promoção de sua própria formação, ao passo que a segunda, é tida como apenas uma transmissão de conhecimentos técnicos, sem considerar a individualidade de cada trabalhador. É, portanto, uma discrepância da determinação da NOB-RH SUS frente às bibliografias que embasam a política pública do Ministério da Saúde.

Por conseguinte, as maiores diferenças entre a portaria do Ministério da Saúde e a da Comissão Intergestores Bipartite e a publicação que define os Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS) são que enquanto as duas primeiras definem a educação permanente como uma política pública, a última a trata como apenas um processo. Ainda, as duas primeiras abarcam além da formação para o desenvolvimento dos trabalhadores, a formação a partir dos hospitais de ensino, em que ocorre o ensino integrado à aprendizagem no trabalho (como, por exemplo, a residência em serviço de saúde, onde há uma articulação entre instituições de ensino em saúde e os hospitais do SUS definidos como hospitais de ensino). Enquanto isso, a publicação de orientações para NOB-RH SUS (2003) só faz determinações para o ensino de aperfeiçoamento dos trabalhadores do SUS.

Em comum, as três publicações apresentam uma redação que permite diferentes interpretações, tendo em vista a falta de informações mais claras e detalhadas. E, os Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS) preveem o envolvimento de um número muito reduzido de atores para articulação das ações: apenas gestores das três esferas de governo e as unidades de saúde do SUS.

6.4 Monitoramento

O monitoramento de políticas públicas, como um método de aprimoramento da implementação operacionalizado por meio de acompanhamento contínuo e periódico, da política monitorada, e que visa, com esses ajustes, que a política alcance seus objetivos desenhados no planejamento¹³, é uma etapa importante do ciclo das políticas públicas para o sucesso da implementação destas.

No GHC, essa etapa não ocorre no que se refere às ações de formação orientadas pela PNEPS; nem mesmo para identificação de que realmente haja, ainda, formações orientadas por essa política. O que há de controle de informações acerca das formações é o que está registrado no SISNAF e no Workflow, e que, de acordo com o que afirmou o coordenador da GTED, pode ser considerado como monitoramento.

Há, também, um monitoramento, que é realizado para verificação do cumprimento das metas de formação das equipes, proposto no planejamento estratégico da instituição, mas não prevê ação relacionada às atividades de formação orientadas pela PNEPS.

Há um gerenciamento de informações referentes aos estágios docentes e residências realizados nos hospitais do GHC – este que possui certificado de Hospital de Ensino –, os quais constam na redação da PNEPS como parte da articulação da ideia da Educação Permanente em Saúde. No entanto, o gerenciamento de informações, por si só, não gera mudanças e aprimoramento para uma implementação mais efetiva e eficiente. E, pelo o que percebi na pesquisa por dados,

¹³ BRASIL. MDS. CEGOV. Caderno de Estudos do Curso em Conceitos e Instrumentos para o Monitoramento de Programas- Brasília, DF: MDS, Secretaria de Avaliação e Gestão d Informação; Secretaria Nacional de Assistência Social, 2014.

referencial bibliográfico e maiores informações da operacionalização da PNEPS, também não há esse monitoramento em nível político. Nas portarias de criação e regulamentação desta política, não há previsão de processo de monitoramento, e, durante minha pesquisa não encontrei qualquer outro documento que faça referência a metodologias de monitoramento.

Os Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS) não preveem processo de monitoramento das ações de educação permanente.

6.5 Afastamento do plano

Segundo o que defende a literatura acerca da ótica *topdown* de análise de implementação de políticas públicas, o sucesso de uma política pública é medido de acordo com sua aproximação ou distanciamento do que fora previsto no plano desta política. Sendo assim, uma política obterá mais sucesso no cumprimento de seus objetivos e metas quanto mais próxima estiver do que foi previsto em seu plano (LIMA; D'ASCENZI, 2014).

As portarias de normatização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde são mal redigidas na medida em que a redação não é sequencial, exigindo do leitor que retome a leitura de parágrafos anteriores do texto para que as novas informações façam sentido. Precisei realizar um trabalho de organização da portaria por temática, tornando a leitura mais objetiva, e mais claras as atribuições de todas as instâncias previstas. Ainda, as portarias são vagas em definição da operacionalização das articulações previstas entre as estruturas de atores, na medida em que não especifica os locais físicos a se realizarem os encontros para encaminhamentos, tampouco a regularidade com que cada estrutura de atores deveria atuar.

O desconhecimento por parte de atores previstos nas portarias para articulação da PNEPS já acusa uma deficiência dessa política desde a redação de suas normatizações e diretrizes. Se uma determinada instância decisória ou de pactuação, prevista em normas, não tem ciência da existência de uma política, nem mesmo das suas atribuições para com a implementação desta, houve falha na formulação – ao não agir de maneira articulada com os atores principais da política – e na

implementação – de maneira que, com a ausência de um monitoramento das ações de implementação da política, não há *feedback* para que se possa corrigir falhas e aperfeiçoar a implementação dessa política, de forma a amenizar falhas, como essa de comunicação.

Ainda, a partir da conversa com a assistente de coordenação da GTED, ao descobrir que a articulação do GHC – por meio da GTED – com as CIES foi realizada com uma CRS que não é a responsável pelo município de Porto Alegre, mas sim pelos municípios da região metropolitana de Porto Alegre, pelo motivo de esta ser a CRS de responsabilidade da ESP e, sendo a ESP uma instância estadual, há, também, uma outra falha identificada. Temos ações sendo articuladas por meio de interesses institucionais e por facilidade de alcance. Não se respeitou a norma no momento em que órgãos não correspondentes em região de cobertura articularam ações a parte do que está previsto na PNEPS.

Ações de educação permanente em saúde, sendo realizadas sem a orientação de um PAREPS e, também, a inexistência deste na coordenadoria contatada é uma outra deficiência da implementação da PNEPS identificada. Ao se realizarem ações de educação em saúde sem ter como base um documento que contém o diagnóstico das demandas de educação em saúde existentes, bem como dos instrumentos disponíveis para a realização das ações previstas – dentre outras informações, como a delimitação do campo de abrangência do PAREPS daquela região de saúde; definição de indicadores e metas para investimentos de educação em saúde – não haverá possibilidade de se realizar ações de educação em saúde orientadas pela PNEPS, por não possuir as informações necessárias ao desenho dessas ações.

A ausência de padronização nas siglas e nomes das estruturas também é uma falha, principalmente ao se tratar de uma política nacional do Ministério da Saúde. Ao contatar a 2ªCRS, a servidora que me informou que a sigla COGERE não era mais utilizada, não soube me dizer onde isso havia sido estabelecido, sequer a data dessa mudança. Apenas soube informar o motivo, que foi o de tornar a sigla mais auto-explicativa, de maneira que as instâncias em nível nacional e estadual, que têm as atribuições correlatas, assim o são – siglas auto-explicativas. A ausência de documentos com o registro dessa mudança de nomenclatura – ou mesmo sendo desconhecimento dos servidores da ESP – são provas do caráter pouco formal com que essa política vêm sendo encarada.

Há falta de clareza na determinação dos objetivos da PNEPS. Ao passo que a literatura que embasa essa política defende a autonomia do trabalhador na determinação da sua formação, tornando-o sujeito ativo desta, também utiliza a mesma portaria para fazer determinações acerca das atividades de ensino-serviço com os residentes em saúde dos hospitais e unidades de saúde vinculadas ao SUS. Isso causa estranheza e confusão, na medida em que há excesso de determinações em uma mesma portaria. Ainda tratando-se de portaria, há duplicidade institucional, visto que a portaria da CIB reproduziu a mesma redação da portaria do Ministério da Saúde – portanto, fazendo as mesmas definições de atribuições – o que acaba por tornar redundante e desnecessária esta última no que diz respeito à inovação e indução à ação.

Tendo em vista a literatura e a definição supracitadas, o GHC, no que tange às formações orientadas pela PNEPS – esta como política pública adotada pelo Ministério da Saúde para a Educação em Saúde do SUS – e promovidas pelos e para os trabalhadores do Grupo, tem um afastamento do plano da política. O GHC, pelo que pude observar no decorrer da minha observação participante e a partir da minha pesquisa que culminou na produção deste trabalho, tem essa falha na sua implementação. O GHC, na figura da GTED, que orienta as ações de educação que envolvem os trabalhadores do Grupo, tem uma atuação particular e independente das normativas oficiais da PNEPS. No que tange aos estágios e residências – o que não foi exatamente o foco da minha pesquisa –, ocorrem no interior da instituição, mas são regidos pela Escola GHC. Estão, portanto, fora da alçada da GTED e do que me propus a analisar. Mas, no que tange à formação dos trabalhadores do Grupo, o que ocorre, em regra, e que chega para registro no NAF/GTED, são formações majoritariamente seguindo a metodologia de capacitação.

Por meio da abordagem de Berman (2007 *apud* SCHABBACH, 2013), a execução de uma política no nível local (neste caso, no GHC) – ou nível da micro-implementação – pode ser entendida como se fosse uma implementação específica. Um fenômeno que esta pode acarretar é o da mutação, que vem a ser a ocorrência de uma adaptação da proposta inicial da política à realidade da organização, por meio da ação dos prestadores de serviço direto, que produz como resultado, neste contexto do GHC, a cooptação, pois se modifica a proposta inicial da política para adequá-la à realidade institucional.

Analisando, ainda, a forma com que esta política foi desenhada, e os referenciais teóricos que a embasam, pode-se associar à sua amplitude de abrangência o fato de que sua implementação segue uma ótica ampla e aberta, contrariando a estrutura linear, formal e cíclica, que é presumível de uma política pública *top down*.

À luz da publicação dos Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS), por meio da qual a GTED orienta as articulações de educação permanente no GHC, há diferenças frente às publicações que orientam a implementação da PNEPS. Como já mencionado, as publicações do MS e da CIB tratam da educação permanente como uma política pública, enquanto que as orientações para a NOB-RH SUS a tratam como um processo de promoção de formação aos trabalhadores do SUS.

Verifiquei que a realidade do GHC, no que diz respeito à educação permanente, não segue numa totalidade, o que determina a publicação dos Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS). Não há uma articulação do Grupo com os gestores das três esferas no que diz respeito à articulação de um Programa Institucional de Educação Permanente, conquanto sejam as ações de educação realizadas de forma independente no interior da instituição. Não está claro o que essa publicação entende por Centro de Estudos para discutir tecnicamente o fomento e desenvolvimento do trabalhador no SUS. No entanto, identifico que o que há de mais próximo a isso no Grupo é a Escola GHC¹⁴, sendo setor externo à GTED, logo, fora do meu campo de estudo proposto. E a definição de protocolos para liberação dos trabalhadores para participar das formações é determinada pela GTED também, portanto, assim como as formações, ocorre de forma independente, e não vinculada às três esferas de gestão governamental, como previsto na publicação de orientações à NOB-RH SUS.

14“O Centro de Educação Tecnológica e de Pesquisa em Saúde - Escola GHC, é uma das unidades que compõem a rede de serviços do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Tendo como eixos norteadores os princípios e diretrizes do SUS, busca desenvolver políticas e ações de ensino, pesquisa e extensão. Suas ações visam fortalecer a cooperação técnico-científica, produção e divulgação de informação científica e de inovação no campo da saúde. O objetivo é qualificar a atenção, a gestão, a formação e a participação social no sistema de saúde e ampliar as possibilidades de inclusão e desenvolvimento social e econômico.” (Disponível em: <http://escola.ghc.com.br/index.php/escolaghc>).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este trabalho me propus a realizar uma análise sob a perspectiva *top down* da implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no contexto do Grupo Hospitalar Conceição, sendo este, na figura da Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento, um executor dessa política. Por meio das análises realizadas em documentos do Ministério da Saúde que orientam a implementação desta; bem como de documentos da Comissão Intergestores Bipartite do Rio Grande do Sul, que também faz essas determinações; ainda, por meio da publicação dos Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS) que faz determinações acerca da educação permanente; e a partir da observação-participante que realizei no meu estágio na GTED, pude identificar lacunas e discrepâncias entre as normas e a realidade da implementação.

Verifiquei falhas nos documentos redigidos pelo MS e pela CIB, a partir do momento em que este replica as determinações daquele e, ainda, nas lacunas explicativas que aquele deixa na redação de seus documentos. Muitas foram as dúvidas que ficaram após a leitura das portarias do MS, o que fez necessário que eu buscasse complemento de informações em textos de apoio.

Ainda, ao entrar em contato com as instâncias de articulação previstas nos documentos, foi notória a diferença entre o que estes documentos determinaram – na formulação – e o que de fato ocorre – na implementação – na realidade da PNEPS. Há desconhecimento da existência da política por alguns servidores das instituições. Há, também, independência para articulação das ações da PNEPS na ESP do estado do Rio Grande do Sul, que age de forma autônoma na articulação dos atores e ações.

Quanto à realidade do GHC, verifico uma forte percepção da Educação Permanente em Saúde como uma metodologia pedagógica e não como a política pública estatal que de fato é. Há, portanto, também, uma autonomia na execução das atividades de educação em saúde na instituição – no que diz respeito à formação interna dos trabalhadores do Grupo, aquela realizada intra-equipes – o que distancia o GHC das normativas que orientam a PNEPS e sua implementação. Credito essa realidade à ausência de um plano completo e claro da política, o que abre precedentes para que esta, ao ser implementada, possibilite que os implementadores ajam com

discricionariedade, o que contraria o ideal de implementação o modelo de análise *top down*, que é o que preza pela obediência ao plano.

Atribuo o distanciamento do plano na implementação da PNEPS a alguns fatores. O primeiro deles, a amplitude de objetivos que a política visa atingir. Sua redação é ampla e, por vezes, subjetiva, o que deixa espaço para variadas interpretações que resultarão em diferentes modos de implementação. Em segundo lugar, acredito que a falta da previsão e da realização de um monitoramento das ações da política tornaram inviável o diagnóstico dessas falhas para que fosse possível corrigi-las, que seria o meio de tornar a implementação mais próxima à desenhada no plano. Um terceiro ponto é a influência da subjetividade da visão dos atores na execução das ações, que dá possibilidade de uma deslegitimação da política como política pública, fato identificado como o que está ocorrendo tanto no município de Porto Alegre – verificado por meio da 2ª Coordenadoria Regional de Saúde – como no GHC. E como quarto fator, verifico que a GTED, por se orientar também pela publicação Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS), pode atribuir sua não percepção da educação permanente como política pública ao fato desta publicação também não o fazer, pois trata da educação permanente como um processo de formação aos trabalhadores do SUS. Ainda, contraria o que as bibliografias definem como educação permanente e educação continuada – enquanto as bibliografias que embasam as portarias fazem uma oposição na definição destas, as orientações para a NOB-RH SUS a tratam como sinônimos.

Portanto, vejo que a PNEPS na 2ª Coordenadoria Regional de Saúde e no GHC está deslegitimada enquanto política pública formulada pelo Ministério da Saúde. Mas, no Grupo Hospitalar Conceição, ainda resiste sua teoria por meio da fala e da ação de alguns profissionais da GTED que a defendem e a legitimam como método de formação interna às equipes de trabalhadores do GHC. No entanto, o processo de registro das atividades realizadas que possui um caráter limitado de aceitação de metodologias mais abertas, como a permanente, ocorrendo de muitas atividades serem indeferidas pela temática ou metodologia a partir da qual se desenvolveu, é uma contradição ao que se propõe a educação permanente. E, ainda que o GHC justifique se orientar pelos Princípios e Diretrizes para NOB/RH-SUS, mesmo quando analisado à luz desta publicação, por mais que se aproxime mais às determinações dela, ainda assim não são seguidas todas as suas determinações, reforçando o

caráter independente e particular das ações do GHC, por meio da GTED, no que diz respeito à Educação Permanente em Saúde.

Reforço que este estudo focou no caráter das formações internas dos trabalhadores do Grupo Hospitalar Conceição, que é um dos eixos de trabalho da Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento, e não estudei a questão do ensino-serviço – como, por exemplo, os graduados que realizam residência em saúde no âmbito do Grupo – que é um outro eixo tratado pela PNEPS, tendo em vista que é uma de minhas críticas a amplitude de determinações díspares, em minha opinião, em uma mesma portaria de instituição de uma política pública.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei n.º 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. Portal da Legislação Governo Federal. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em 05 de junho de 2015.

BRASIL. Lei n.º 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. Portal da Legislação Governo Federal. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em 05 de junho de 2015.

BRASIL.. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer / Ministérios da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política de formação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pol_formacao_desenv.pdf>. Acesso em 27 de maio de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e Diretrizes para NOB/RH-SUS / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 2. ed., rev. e atual., 2ª reimpressão – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/principios_diretrizes_NOB_2003.pdf> Acesso em 05 de novembro de 2015.

BRASIL. MDS. CEGOV. Caderno de Estudos do Curso em Conceitos e Instrumentos para o Monitoramento de Programas- Brasília, DF: MDS, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação; Secretaria Nacional de Assistência Social, 2014.

BRASIL. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS, de 06 de novembro de 1996. Portal da Legislação Governo Federal. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm#6>>. Acesso em 05 de junho de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde . Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Brasília, v. 141, n. 32, 2004. Seção 1, p.37-41. Disponível em <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>>. Acesso em 05 de junho de 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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf>. Acesso em 05 de maio de 2015.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v.9, n.16, p.61-177, 2005. Disponível em <<http://interface.org.br/wp-content/uploads/2015/02/16.1.pdf>>. Acesso em 25 de maio de 2015.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciência & Saúde Coletiva, vol.10, n.4, p. 975-986, outubro/dezembro, 2005.

CECCIM, Ricardo Burg.; FERLA, Alcindo Antônio. Educação permanente em saúde. 2.ed. In: Dicionário da educação profissional em saúde. Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. 2.ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. p. 478. Disponível em: <<http://www.epsiv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>>. Acesso em 20 de maio de 2015.

CORREIA, Maria da Conceição Batista. A observação participante enquanto técnica de investigação. Pensar Enfermagem Vol. 13 N.º 2 2º Semestre de 2009. Disponível em: <http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_2_30-36.pdf> Acesso em 14 de dezembro de 2015.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Análise da Política de Educação Permanente em Saúde: um estudo exploratório de projetos aprovados pelo Ministério da Saúde. Relatório Final. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/EPSJV-FIOCRUZ/Analise_politica_edu_permanente.pdf>. Acesso em 27 de maio de 2015.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Acesso à informação. Disponível em: <<http://plone.ghc.com.br/acessoainformacao/acesso-a-informacao/institucional>>. Acesso em 01 de junho de 2015.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Insitucional, Quem Somos. Disponível em: <<http://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=institucional>>. Acesso em 01 de junho de 2015.

HOWLETT, Michael; RAMESH, M., PERL, Anthony. Política Pública: seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integradora. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

LIMA, Luciana Leite ; D'ASCENZI, Luciano. Estrutura Normativa e Implementação de Políticas Públicas. In: MADEIRA, Ligia (Org.). Avaliação de Políticas Públicas. Porto Alegre: UFRGS/CEGOV, 2014. p. 50-64. (06.10.2005)

LIMA, Luciana Leite ; D'ASCENZI, Luciano. Implementação de Políticas Públicas: perspectivas analíticas. *Revistas de Sociologia e Política*, v. 21, n. 48, p. 101 – 110, 2013. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rsocp/v21n48/a06v21n48.pdf>>. Acesso em 03 de junho de 2015.

MARQUES, Eduardo Cesar. Redes sociais, poder e intermediação de interesses nas políticas públicas brasileiras. XXVIII Encontro da Anpocs - Seminário Temático Processo decisório e implementação de políticas públicas no Brasil: novos tempos, novas perspectivas de análise. Disponível em: <http://www.anpocs.org/portal/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=4074&Itemid=319>. Acesso em 19 de setembro de 2015.

MASINI, Elcie Aparecida Fortes Salzano; MOREIRA, Marco Antonio. *Aprendizagem significativa: a teoria de David Ausubel*. São Paulo: Moraes, 1982.

MONTENEGRO, Livia Cozer; BRITO, Carlos Gabriel Neves Santana; SILVA, Neiva Caldeira. Metodologia de Paulo Freire no desenvolvimento da educação permanente do enfermeiro intensivista. *Enfermagem Revista*, Belo Horizonte, v. 15, n. 3, p. 317-326, abr. 2013. ISSN 2238-7218. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/5182>>. Acesso em 14 de setembro de 2015.

POSSA, Lisiane Bôer. *Mecanismos de participação e atores sociais em instituições hospitalares: o caso do Grupo Hospitalar Conceição – RS*. Porto Alegre, 2007. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2007.

QUADROS, Fabricio Felipe. *Análise das Formações Coletivas Ofertadas aos Trabalhadores de um Hospital Público: O caso do Grupo Hospitalar Conceição*. Porto Alegre, 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Práticas Pedagógicas em Serviços de Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2015.

ROVERE, Mário. Comentários estimulados pela leitura do artigo “Educação PERMANENTE em Saúde: desafio ambicioso necessário Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v.9, n.16, p. 169-171, 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832005000100014&script=sci_arttext>. Acesso em 30 de maio de 2015.

SCHABBACH, Leticia Maria. *Novas políticas de segurança pública, relações intergovernamentais e prevenção da violência em nível local*. In: Congresso Brasileiro de Sociologia (16. : 2013, set. 10-13 : Salvador, BA). *A sociologia como artesanato intelectual*, Salvador : SBS, 2013. 34 f.

SECCHI, Leonardo. *Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos*. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

SECRETARIA ESTADUAL DO RIO GRANDE DO SUL. Institucional, Comissão Intergestores Bipartite – CIB. Disponível em: <[http://www.saude.rs.gov.br/lista/248/Comis%C3%A3o Intergestores Bipartite %28 CIB%29](http://www.saude.rs.gov.br/lista/248/Comis%C3%A3o_Intergestores_Bipartite_%28CIB%29)>. Acesso em: 30 de agosto de 2015.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. Sociologias, Porto Alegre, ano 8, nº16, 20-45, jul/dez 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16> >. Acesso em 19 de setembro de 2015.

RIO GRANDE DO SUL. Resolução nº 170/07 – CIB/RS. Disponível em <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1340744755_cibr170_07.pdf> Acesso em 15 de maio de 2015.