

Entenda por que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – instituída em 2004 e revista em 2007 –, se propõe a mudar a realidade dos serviços de saúde e onde ainda é preciso avançar

Educar para transformar a prática

capa

Maira Mathias

É partindo da realidade dos serviços, vivenciada pelos trabalhadores, gestores e usuários, que o Sistema Único de Saúde (SUS) será transformado. Este é o ponto de partida da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Pneps), lançada pelo Ministério da Saúde (MS) em 2004. “Dentre os princípios orientadores da Política, está a promoção da integração entre o ensino e o serviço; entre a educação e o trabalho, com o objetivo de promover mudanças tanto no processo de formação quanto nas práticas de saúde no âmbito do SUS”, esclarece Ana Estela Haddad, diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (Deges/SGTES/MS).

Mas, para entender como a Pneps instrumentaliza os diversos atores da Educação e da Saúde para transformarem a realidade dos serviços, primeiro é necessário resgatar a origem do conceito de educação permanente em saúde e examinar como ele, aos poucos, se institucionalizou no Sistema brasileiro.

Origens

Foi a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) quem difundiu, na década de 1980, a ideia de que para alcançar o desenvolvimento dos sistemas de saúde da região era preciso elaborar uma estratégia capaz de promover a adesão dos trabalhadores aos processos de mudança no cotidiano de seus processos de trabalho. Isso porque era necessário propor uma alternativa capaz de responder ao esgotamento do modelo da ‘educação continuada’, caracterizado pela atualização de conhecimentos específicos por meio de capacitações pontuais para determinadas categorias profissionais.

Capacitação, como definida por Maria Cristina Davini no artigo 'Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde' publicado no 9º volume da série 'Pacto pela Saúde', é "uma estratégia para enfrentar problemas de desenvolvimento dos serviços, podendo ser traduzida como uma ou mais ações intencionais e planejadas para fortalecer conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas que a dinâmica das organizações não oferece por outros meios".

Embora a educação permanente possa abranger diversas ações de capacitação, elas serão necessariamente parte de uma estratégia maior tendo como horizonte a mudança institucional. Um bom exemplo para ajudar a delimitar a diferença entre os dois modelos pode ser dado a partir de um episódio recente: a Gripe A (H1N1). No auge da epidemia, com certeza não é difícil imaginar que uma equipe de enfermagem de uma maternidade precisou de uma qualificação sobre a evolução clínica do vírus em gestantes. O curso, palestra ou atualização dada a esses profissionais provavelmente os ajudou a lidar melhor com a avalanche de grávidas com complicações que chegaram à unidade. Mas, será que essa ação pontual foi capaz de fazer com que esses trabalhadores atuem melhor em equipe ou atendam às pacientes de forma mais humanizada? E será que, no limite, conseguiu mudar a instituição na qual estão inseridos?

De acordo com a lógica da educação permanente, a resposta é não, já que esse curso não redundou em aprendizagem organizacional. Na concepção de Maria Davini, para esse patamar ser alcançado, é preciso que esteja em curso um processo capaz de extrapolar as esferas individuais, em que haja compartilhamento e troca entre pessoas diferentes – inclusive em termos de hierarquia e poder. "A dificuldade é maior quando as aprendizagens têm menos relação com habilidades técnicas do que com mudanças no estilo de liderança, na tomada de decisões ou culturais. A questão é crucial quando o que se pretende mudar são modelos de atenção e participação, o que representa uma transformação nas regras do jogo das instituições", afirma em seu artigo.

Outra impossibilidade na chave da educação permanente é conseguir a aprendizagem organizacional por meio do "modelo escolar", que pressupõe a reunião dos trabalhadores em uma sala de aula, isolando-os do contexto real de trabalho. "A expectativa (e o pressuposto) é que as informações e conhecimentos adquiridos serão incorporados às práticas", expõe Maria Davini, reafirmando: "A experiência acumulada e as avaliações ao longo de décadas mostraram que a hora de passar da aplicação à prática nunca chega e que o acúmulo de

esforços e recursos não alcançam os resultados esperados". Por isso, a educação permanente tem como base a integração do ensino com o serviço.

■ EPS no Brasil

"O que hoje conhecemos como Política Nacional de Educação Permanente em Saúde percorreu um largo caminho nestes 21 anos de construção do SUS. Muitos programas foram criados com o objetivo de melhorar a formação em saúde, mas eram isolados e desarticulados", afirma a pesquisa 'Recursos Humanos e Regionalização da Saúde: programa de monitoramento e avaliação da implementação da Política Nacional de Educação Permanente', concluída em abril deste ano pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP).

De acordo com o estudo, até a atual formatação da Pneps, houve pelo menos outros dois modelos institucionais de integração ensino-serviço. O primeiro, criado em 1996 por edital público, foi o dos Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família, cuja tarefa era formar as equipes do então Programa de Saúde da Família – hoje, Estratégia Saúde da Família (ESF).

A criação da SGTES, em 2003, permitiu que já no ano seguinte fosse articulado um segundo modelo, mais abrangente. É no bojo da Portaria 198, que instituiu a Pneps como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, que surgem os Polos de Educação Permanente em Saúde, instâncias de articulação entre instituições formadoras, gestores, serviços e controle social. A grande 'sacada' dos Polos era justamente reunir diversos atores para debater as necessidades da região, eleger prioridades e formatar a construção pedagógica das ações.

As bases atuais da Pneps foram lançadas em 2007, quando foi editada uma nova Portaria, a 1.996, que trouxe duas grandes novidades: as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) – que já eram previstas pela Lei Orgânica de 1990 e substituíram os Polos –, e os Colegiados de Gestão Regional (CGRs), criados pela Portaria 399 que divulgou o Pacto pela Saúde 2006. Você deve estar se perguntando o que são exatamente as CIES e os CGRs e o que mudou com eles.

A diretora do Deges explica que as CIES têm um papel articulador entre os gestores do SUS e as instituições de ensino para que a Pneps possa ser planejada e implementada conjuntamente. Já de acordo com a pesquisa da USP, na perspectiva da regionalização, a grande inovação introduzida pela Portaria 399 consistiu

na criação de espaços regionais de planejamento e gestão – CGRs –, dos quais participam todos os gestores dos territórios abrangidos pelas **regiões de saúde**.

“Agora nós estamos vivendo um terceiro momento, desse terceiro modelo pensado dentro das estruturas regionalizadas. As CIES são pensadas junto com o desenho institucionalizado da regionalização que tem essa nova figura, que são os CGRs. Então agora há quase um casamento perfeito entre o desenho e as estratégias de regionalização do SUS e os modelos de integração ensino-serviço. É também uma proposta mais flexível, que pode ser tão variada quanto são variados os estágios e as fases da regionalização da saúde no Brasil”, define Ana Luiza Viana, coordenadora do estudo de monitoramento e avaliação da Pneps.

A regionalização é a chave para entender o que mudou com a 1.996. Na época dos Polos, os projetos eram encaminhados para o Conselho Gestor Estadual (CGE), dirigido pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e última instância deliberativa capaz de decidir quais deles seriam enviados para o Ministério da Saúde que, por sua vez, avaliava um a um e liberava os recursos. Com a vinculação da Pneps aos CGRs, que são instâncias de gestão municipal e estadual, isso mudou. As demandas levantadas e discutidas por esses Colegiados são reunidos em um Plano de Ação Regional da Educação Permanente em Saúde (Pareps) que é submetido à Comissão Intergestora Bipartite (CIB) para homologação.

“A sistemática de implementação da educação permanente desenvolvida a partir da Portaria 1.996 baseou-se na avaliação das dificuldades apresentadas anteriormente, bem como na necessidade de adequar esta política e integrá-la aos novos mecanismos instituídos pelo Pacto pela Saúde”, afirma Ana Estela Haddad, completando: “Tanto é assim que as CIES vinculam-se aos CGRs, devendo, portanto, atender ao processo de regionalização do SUS, e os Pareps, além de aprovados nas CIBs, devem integrar o Termo de Compromisso de Gestão de estados e municípios, integrando os Planos Estaduais e Municipais de Saúde”.

Na perspectiva da regionalização, o financiamento também foi modificado, pois os recursos para as ações são definidos no Pacto de Gestão do SUS, um dos três pilares do Pacto pela Saúde, através do Bloco de Financiamento da Gestão. “Foi um grande avanço o fato de que o MS passou a fazer repasses regulares de recursos na modalidade fundo a fundo para estados e municípios, não mais a partir da apresentação de projetos isolados de cursos e capacitações, mas a partir de um plano integrado de educação”, acredita Ana Estela. A diretora do Deges destaca ainda que o financiamento regular permite um planejamento de médio e longo prazo, sem

descontinuidade. “A partir do monitoramento e avaliação, podem ser realizados os ajustes necessários, com certo grau de autonomia. Dessa forma, a educação permanente entra na agenda da gestão do SUS”, afirma ela. Desde 2007, o montante repassado para os estados brasileiros já soma R\$ 255 milhões.

Regiões de Saúde

São recortes territoriais de um espaço geográfico contínuo, identificados pelos gestores municipais e estaduais tendo como base identidades culturais, econômicas e sociais, assim como as redes instaladas de comunicação e infraestrutura de transporte. Nessas regiões, os gestores de saúde organizam uma rede regionalizada de ações e serviços capaz de prestar atendimento a toda a população local. As regiões de saúde podem ter diferentes desenhos, em função da diversidade do território nacional e podem ser intramunicipais – organizadas dentro de um mesmo município de grande extensão territorial e densidade populacional, como ocorre com algumas capitais –, intraestaduais – compostas por municípios territorialmente contíguos e pertencentes a um mesmo estado – e fronteiriças, compostas por municípios territorialmente contíguos pertencentes a um ou mais estados e a países vizinhos.

Fonte: *‘Dicionário SUS de A a Z’ - Ministério da Saúde*

Regionalização

Para explicar como a regionalização entrou na pauta do SUS, os pesquisadores da USP identificaram dois momentos distintos de um processo mais amplo, de descentralização dos serviços de saúde. Foi no fim de 1980 e durante toda a década de 1990 que ocorreu a descentralização com municipalização, por meio de atos como a Lei 8.142, que estabelece que pelo menos 70% dos recursos da União sejam destinados aos municípios ou das Normas Operacionais Básicas (NOBs), com destaque para as de 1993 e 1996 (a primeira cria a CIB e a CIT, Comissão Intergestores Tripartite). Ou seja, a implementação do SUS privilegiou a incorporação, pelos municípios, da responsabilidade pela provisão de serviços em seus territórios e pela organização de sistemas municipais de saúde.

Somente com o aprofundamento do processo de descentralização e após a edição das Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) 2001 e 2002 é que se inicia uma nova fase caracterizada pela diretriz da regionalização, que sofre uma aceleração a partir da segunda metade da década, com o Pacto pela Saúde. “A noção de sistema supõe uma operação em rede que extrapola as fronteiras de cada município requerendo compromissos (pactos) intermunicipais e este é o principal desafio da regionalização”, diz o texto.

Por isso, em um CGR, todas as ações de educação permanente devem ser pensadas de forma regionalizada. “Não é cada município que vai dizer quais são as suas necessidades, as atividades, os cursos e o CGR vai fazer um somatório disso e entregar tudo para o estado. Agora é diferente: os CGRS devem pensar as necessidades regionais e, segundo elas, traçar um elenco de atividades e ações para a educação permanente”, explica Ana Luiza Viana.

Foi nesse sentido que a pesquisa da USP concluiu que a Pneps se articula com o processo de regionalização do SUS, por meio dos CGRs, que ainda estão em processo de constituição. Por isso, os processos se tornam interdependentes e o avanço de um condiciona o do outro. (Veja o quadro de estados agrupados segundo os níveis de regionalização e institucionalização da educação permanente na página 17).

■ ETSUS e Pneps

E qual é o papel das Escolas Técnicas do SUS nesse processo? “Nós somos facilitadores. Ajudamos os municípios a levantarem os seus problemas, debatemos o perfil epidemiológico municipal para ajudar a levantar as demandas de formação de educação permanente”, acredita Márcia Siqueira, diretora pedagógica da Escola Técnica de Saúde do Tocantins Drº Gismar Gomes. Ela explica que a ETSUS TO além de ter assento na CIES estadual – única do estado – também participa ativamente de todos os 15 CGRS: “A partir deste ano, passamos a prestar contas para os Colegiados de quais projetos estão em execução, quais têm recursos, quais estão na fase final. Dessa forma, eles têm condições de desenhar suas necessidades de forma a não solicitarem ações para as quais nós já temos recursos”.

A questão da liberação dos servidores também é discutida pela ETSUS TO na CIES para evitar que os gestores demandem e na hora ‘H’ não cumpram com suas contrapartidas. “A gente colocou que, antes de mais nada, as necessidades de formação devem ser discutidas com os serviços. Só assim é possível saber se vai ha-

ver realmente a liberação”, afirma Márcia, contando que, no início da Pneps, ainda na época dos Polos, nem os municípios estavam preparados para identificar suas demandas, nem a Escola estava pronta para enfrentar esse tipo de negociação. “Com o amadurecimento da Política, sentimos que os municípios estão mais empoderados.

Nas reuniões da CIES, há muitos Colegiados -

dos que já querem falar sobre a formação, têm conhecimento e querem trabalhar com a metodologia da problematização”, afirma.

No Acre, a Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha também apresenta saldo positivo quando o assunto é educação permanente. “Considero a experiência da Escola na CIES extremamente produtiva. Temos vaga



na CIES estadual e nas três regionais, assim, toda política de educação permanente do estado é discutida com a participação da Escola”, afirma a diretora, Anna Abreu.

Até o momento, os dois projetos apresentados pela ETSUS AC foram aprovados. O primeiro engloba quatro cursos técnicos e dois de formação inicial e continuada, pelo Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps) e contabiliza 200 vagas. O outro será feito com recursos da própria Pneps, também para quatro cursos técnicos e outros de formação inicial e continuada, totalizando 500 vagas.

Para a diretora do Deges, as CIES devem buscar, no âmbito regional e estadual, a articulação das diversas estratégias que compõem a política de educação na saúde – como o Pró-Saúde, o PET Saúde, a Unasus, o Telessaúde, o Pró-Residências, o Pró-Ensino e, no caso específico da educação profissional de nível médio, o Profaps – com a educação permanente. “Temos estados em que essa articulação apresenta-se em estágio bastante avançado e outros em que ainda há um caminho mais longo a percorrer”, prevê Ana Estela.

Também em terras cearenses Pneps e Profaps estão articulados. A Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE), que tem assento nas CIES estadual e da macrorregião de Fortaleza, pactuou a realização dos cursos técnicos de Radiologia, Hemoterapia, Citologia e Vigilância em Saúde em 2011. “Além disso, a gente vai abrir 50 turmas para a formação de 1.300 ACS. Após o curso, Fortaleza terá 70% de cobertura desses agentes”, conta Maria Ivanilia Timbó, coordenadora da Educação Profissional da instituição.

Um outro aspecto da articulação da Pneps pode ser observado a partir da experiência de Pernambuco que, a exemplo do que representou a SGTES para o MS, criou, em 2008, dentro da estrutura da SES, uma Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. A Política começou a ser implantada pela Diretoria Geral de Educação em Saúde, por meio da Escola de Saúde Pública de Pernambuco, tendo como marco inicial a divulgação e a apresentação da Portaria 1.996 em todos os CGRs.

A formação das CIES e a efetivação dos planos de ação regionais também aconteceram em um contexto de troca e comunicação, a partir de uma série de seminários, que continuam sendo realizados nas regiões de saúde. “Esses seminários tornaram-se um espaço de discussão onde todos os atores envolvidos têm oportunidade de conhecer as diretrizes estabelecidas pela Portaria e, acima de tudo, são um momento oportuno para a reflexão e análise do desenvolvimento da Pneps nas regionais de saúde, observando eixos estruturantes, como cogestão; estudo-reflexão-debate-construção; apoio mútuo; mapeamento e mobilização dos atores”, avalia Irenilda Magalhães, gerente de Educação Profis-

sional da ESP-PE, para quem a estratégia do apoio institucional, adotada pela Escola, acaba movimentando a discussão da educação permanente.

A Escola Técnica de Saúde de Blumenau destaca que, com a Pneps, a ETSUS teve chances de articular outras ações de formação: “A formação saiu um pouco da questão dos cursos técnicos e passou a trabalhar também as atualizações, os aperfeiçoamentos e, inclusive, as especializações pós-técnicas, que até então não fazíamos. Já tivemos formação em Políticas Públicas, em Metodologia da ESF, em Sistemas de Informação, trabalhando a questão de elaboração de diagnósticos”, enumera Terezinha Nogueira, docente da Escola.

O mais novo projeto da Escola nessa seara é a formação de mediadores municipais para a Política de Humanização da Assistência à Saúde. “A gente fala em humanização, mas falta um profissional que faça essa articulação nos serviços, nos municípios. Com esse projeto, vamos trabalhar junto com o Comitê Regional de Humanização, que vai incluir os alunos nas discussões”, explica Terezinha. A necessidade do curso foi levantada em 2008, durante as discussões para o fechamento do Pareps na CIES Blumenau. Depois de pronto, o projeto foi apresentado na CIES e aprovado no CGR. Esse processo aconteceu no decorrer de 2010 e o curso tem previsão de início em novembro, com continuidade no ano que vem.

Para a pesquisadora Ana Luiza Viana, a contribuição das ETSUS na institucionalização da educação permanente é muito grande e todas as estruturas do Sistema Único voltadas para a educação podem, agora, ter um grande protagonismo nesse processo. Já Ana Estela lembra que aproximadamente 60% da força de trabalho do SUS é formada por trabalhadores de nível médio. “A educação profissional tem um papel fundamental na qualificação e resolutividade da atenção à saúde e é a Rede de Escolas Técnicas do SUS que responde pela formação e educação permanente destes profissionais”, completa.

Desafios da Pneps

“Os desafios ainda presentes referem-se, em primeiro lugar, à necessidade de aperfeiçoamento e revisão dos processos administrativos e marcos legais de estados e municípios de modo a permitir a contratação e execução das ações de educação permanente”, diagnostica a diretora do Deges. Para ela, por se tratar de uma agenda relativamente nova, de uma ação estruturante e com reflexos de longo prazo, muitas vezes as situações emergenciais da assistência são priorizadas em relação às ações de educação.

Ana Luíza Viana lembra que a pesquisa da USP mostrou que os instrumentos de gestão na educação permanente ainda são frágeis: “Esbarram em uma série de problemas jurídicos da administração pública brasileira e isso tem que ser superado. Não se consegue passar recursos porque as SES têm experiência em fazer licitação, em contratar obra, mas ainda têm muita dificuldade em gastar recursos com outras atividades que não aquelas clássicas da administração pública e, muitas vezes, não sabem como fazer isso sem ferir as regras e os controles públicos”.

Para a pesquisadora, o desafio é fortalecer as pessoas envolvidas nesses processos. “É preciso pensar em formas, em instrumentos que agilizem e viabilizem tanto o financiamento quanto os gastos da educação permanente. Naturalmente, as pessoas que estão nas instâncias de EPS não têm noção da administração e precisam ser habilitadas para isso. Elas pensam em modelos pedagógicos, mas não têm habilidades técnicas de gerir, gastar, fazer convênios, etc.”, completa.

Um primeiro passo nesse sentido foi dado pela Coordenação de Ações Técnicas do Deges, que está organizando uma videoconferência sobre execução financeira para ETSUS, procuradorias, setores de RH e de licitação das SES, dentre outros, com realização prevista para este ano.

Para Rose Maria Fava, secretária executiva da CIES do Mato Grosso, que funciona na Escola de Saúde Pública, ainda é preciso avançar na identificação das demandas. “Atualmente, consultamos a SES que nos indica qual a

necessidade de profissionais para que implementemos cursos de formação. O ideal seria que a CIES realizasse uma pesquisa nos municípios, para que conseguíssemos um diagnóstico das carências de cada região, de maneira mais específica possível para que pudéssemos atender a essa demanda real”, acredita. Atualmente, o estado conta com 16 CIES Regionais vinculadas aos CGRs e uma estadual vinculada à CIB.

No Tocantins, o próximo passo identificado por Robson da Silva, diretor da Educação na Saúde da SES, é justamente a descentralização da CIES. “Hoje nós temos uma CIES estadual, mas precisamos ter, no mínimo, mais duas, no norte e no sul. Como o estado tem uma grande extensão territorial, existe a questão da distância e do tempo de deslocamento. Deslocar os atores do extremo norte e do extremo sul para discussões bimensais é complicado. Agora, se você consegue deslocar essas pessoas para outros pontos mais próximos, a gente vai conseguir mobilizar ainda mais e, ao longo do ano, fazer mais reuniões da CIES”, opina.

Rose Fava também acha que a criação de instrumentos de monitoramento e avaliação da Política são de extrema importância e sugere a criação de uma Comissão Nacional que se dedique à tarefa. A esse respeito, a Escola Técnica de Saúde de Blumenau tem experiências a compartilhar. Terezinha Nogueira conta que em julho deste ano foi realizado um seminário estadual dedicado à avaliação. “Agora a avaliação vai ser discutida nas CIES regionais. Mas a Escola vai começar a implantar um instrumento com perguntas quali-quantitativas que, embora não seja capaz de medir exatamente o impacto das ações de educação permanente nos serviços, vai nos dar mais informações sobre a questão metodológica – como foi realizado o curso –, e também dados sobre o tempo de duração, o perfil dos participantes e o custo do projeto”, detalha. ■

Estágios de regionalização da saúde e institucionalidade da Pneps

Regionalização	Institucionalidade da Educação Permanente		
	Baixa	Média	Alta
Incipiente	AM, AP, PA, RR	AC, MA	
Intermediária	RJ	AL, DF, ES, MT, PB, PE, RN, RO, TO	BA
Avançada		MS	CE, MG, SP, PR, SC, RS

Fonte: Pesquisa ‘Recursos Humanos e Regionalização da Saúde: programa de monitoramento e avaliação da implementação da Política Nacional de Educação Permanente’ - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo