

POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

monitoramento e avaliação

**ISABELA CARDOSO DE MATOS PINTO
MONIQUE AZEVEDO ESPERIDIÃO**
ORGANIZADORAS



**POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO
PERMANENTE EM SAÚDE
MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Reitor

Paulo Cesar Miguez de Oliveira

Vice-reitor

Penildon Silva Filho



EDITORIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Diretora

Susane Santos Barros

Conselho Editorial

Alberto Brum Novaes

Angelo Szaniecki Perret Serpa

Caiuby Alves da Costa

Charbel Niño El-Hani

Cleise Furtado Mendes

Evelina de Carvalho Sá Hoisel

Maria do Carmo Soares de Freitas

Maria Vidal de Negreiros Camargo



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



ISABELA CARDOSO DE MATOS PINTO
MONIQUE AZEVEDO ESPERIDIÃO
Organizadoras

**POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO
PERMANENTE EM SAÚDE
MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

Salvador
Edufba
2022

2022, autores.

Direitos dessa edição cedidos à Edufba. Feito o Depósito Legal.
Grafia atualizada conforme o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990,
em vigor no Brasil desde 2009.

Analista editorial *Mariana Rios*

Coordenação gráfica *Edson Sales*

Coordenação de produção *Gabriela Nascimento*

Capa, Projeto Gráfico e diagramação *Vânia Vidal*

Imagen de Capa *Freepik.com*

Revisão *Equipe Edufba*

Normalização *Maíra de Souza Lima*

Sistema Universitário de Bibliotecas – SIBI/UFBA

P769 Política nacional de educação permanente em saúde : monitoramento e avaliação / Isabela Cardoso Matos Pinto, Monique Azevedo Esperidião, organizadoras. - Salvador : EDUFBA, 2022.
208 p. : il. (algumas color.).

ISBN: 978-65-5630-417-5

1. Política de educação médica. 2. Medicina – Estudo e ensino.
3. Educação permanente. 4. Política de saúde (Brasil). 5. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Pinto, Isabela Cardoso Matos. II. Esperidião, Monique Azevedo. III. Título.

CDU: 37: 616-051(81)

Elaborada por Geovana Soares Lira CRB-5: BA-001975/O

Editora afiliada à



Editora da UFBA

Rua Barão de Jeremoabo, s/n – Campus de Ondina
40170-115 – Salvador – Bahia
Tel.: +55 71 3283-6164
www.edufba.ufba.br / edufba@ufba.br

SUMÁRIO

- 9 **Prefácio**
Tânia Celeste Matos Nunes
- 13 **Apresentação**
Isabela Cardoso de Matos Pinto
Monique Azevedo Esperidião
- 17 **A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e a trajetória histórica do Sistema Único de Saúde brasileiro**
Maria Aparecida Timo Brito
Musa Denaise de Sousa Morais
Ivalda Silva Rodrigues
Adriana Fortaleza Rocha da Silva
Josefa Maria de Jesus
Jetro Williams Silva Júnior
- 33 **Contexto de surgimento do projeto de elaboração da proposta teórico-metodológica para o monitoramento e avaliação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**
Isabela Cardoso de Matos Pinto
Carmen Fontes Teixeira
- 55 **Avaliação e Educação Permanente em Saúde: bases teórico-conceituais e aproximações entre as áreas**
Liliana Santos
Isabela Cardoso de Matos Pinto
Monique Azevedo Esperidião
Cláudia Fell Amado
Célia Regina Rodrigues Gil
Lígia Maria Vieira-da-Silva

85 **Caminhos metodológicos para o Monitoramento e Avaliação da Educação Permanente em Saúde: modelo lógico, matriz de medidas e instrumentos**

Monique Azevedo Esperidião
Isabela Cardoso de Matos Pinto
Catharina Matos Soares
Célia Regina Rodrigues Gil
Silvana Lima Vieira
Thadeu Borges Souza Santos

127 **Experienciando a matriz em suas dimensões: reflexões sobre os estudos-piloto**

Cláudia Fell Amado
Liliana Santos
Monique Esperidião
Ednir Assis
Milene Moura
Valeria Mariana
Caique Costa

147 **Construção do Painel de Indicadores para Monitoramento e Avaliação das Políticas de Saúde: o caso da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**

Catharina Leite Matos Soares
Célia Regina Rodrigues Gil
Silvana Lima Vieira
Thadeu Borges
Alcione Brasileiro Oliveira
Sonia Cristina de Lima Chaves

173 **Nas trilhas da Educação Permanente em Saúde: o território como bússola**

Laíse Rezende de Andrade
Bruno Guimarães de Almeida
Liliana Santos

191 **Quando o sonho não cabe em uma carta: o inédito viável de esperançar pela Educação Permanente em Saúde**

Bruno Guimarães Almeida

Laíse Rezende de Andrade

Isabela Cardoso de Matos Pinto

203 **Sobre os(as) autores(as)**

Prefácio

A Política de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi criada em 2004 pelo Ministério da Saúde, constituindo-se desde então em um vasto campo de possibilidades de práticas pedagógicas e de processos de intervenção na gestão do sistema de saúde e uma das maiores inovações no campo da Educação em Saúde no Brasil, desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Antecedem a essa Política inúmeros programas e projetos de formação de profissionais de saúde, fertilizando um campo que passou a ser referido como “Recursos Humanos” e posteriormente “Trabalho e Educação”. Esses projetos tomaram as categorias de profissionais como referência nas ofertas educativas, atingindo o nível médio e superior em sucessivas ações expansivas, que visavam instituir e capilarizar processos de profissionalização, no interior do sistema, com grande êxito dentro desses objetivos.

O aprofundamento do processo de implantação do SUS, com a crescente estruturação das universidades, escolas de saúde pública, escolas técnicas de saúde e de outros centros de formação em saúde, e a criação em da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação do Ministério da Saúde, propiciou o surgimento de condições objetivas para amparar um processo mais complexo e em 2004 foi criada a Política Nacional de Educação Permanente do Ministério da Saúde.

Muitos foram os ciclos de expansão e problematização dessa política, com envolvimento de gestores, profissionais de saúde e especialistas em educação, passando a requerer um processo avaliativo coerente com o desenho da política e com os princípios que norteiam o SUS na atualidade, entre os quais a capilaridade e a inclusão, mas também a busca pela qualidade das

ações formativas, produzidas em suas escolas, centros formadores e universidades dedicadas a esse tema.

Este livro recupera e expõe de forma sólida, crítica, criativa e formativa um projeto de monitoramento e avaliação que foi construído em ciclos sucessivos de atividades coordenadas pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), em consonância com as diretrizes formuladas pelo Ministério da Saúde e em parceria com o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMs) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), com ações colegiadas na condução e participativas na execução, envolvendo atores de todos os estados da federação, como gestores, trabalhadores de saúde, pesquisadores, instituições de ensino e do controle social do SUS.

As oficinas aportaram contribuições do ponto de vista conceitual e das práticas, o que oportunizou a escolha de ferramentas pertinentes ao monitoramento e avaliação no âmbito da Educação Permanente em Saúde (EPS).

Os primeiros esforços de recuperação da história, revisão de literatura e identificação de problemas se constituíram em insumos para a construção de um caminho virtuoso, abrindo espaço para o desenho de um modelo lógico para a construção de uma matriz avaliativa e para a eleição de instrumentos pertinentes, culminando com a sua validação pelo Método Delphi.

Vale destacar que o movimento de recuperação de dados, problematização em ação participativa e de construção de indicadores pertinentes foi embasado por dados científicos e técnicos e favoreceu a aproximação teoria/prática permitindo construir com solidez, um modelo confiável de monitoramento e avaliação das ações de EPS, capaz de dialogar com as diferentes realidades de aplicação, no interior do SUS.

A produção desse modelo, no formato adotado pelos “atores em ação”, permitiu uma perfeita aproximação entre os campos da educação permanente e da avaliação em saúde, iluminando questões teórico-conceituais, metodológicas e práticas que fundamentam o modelo construído e conferindo confiabilidade à proposta.

Finalmente, vale a pena destacar a importância dessa obra para os tempos atuais. São enormes os desafios do SUS e já conhecemos a potência da EPS para a gestão do sistema em suas diferentes instâncias, no que concerne ao

crescimento dos profissionais, ao trabalho interdisciplinar e interprofissional, às instituições dedicadas à educação na saúde e ao controle social como elemento essencial aos processos educativos.

Celebremos o produto deste trabalho que teve uma parcela enorme de dedicação e engajamento dos profissionais de saúde e educação e gestores de todas as regiões do Brasil que representaram diferentes segmentos do SUS. Celebremos o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e as parcerias com o Ministério da Saúde através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), a OPAS, o CONASS e o CONASEMs.

Aos autores, o enorme reconhecimento desta contribuição à produção científica, às práticas de saúde e à gestão da educação e do Sistema Único de Saúde brasileiro.

Tânia Celeste Matos Nunes¹

1 Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP-Fiocruz, 1998); professora aposentada da Fiocruz onde desempenhou atividades de organização e gestão de Redes de Ensino no plano nacional e internacional; exerceu a vice-presidência de Ensino e Recursos Humanos, a direção da Escola Politécnica de Saúde e da Escola de Governo da ENSP. Secretária de Recursos Humanos do Ministério da Saúde (1986).

Apresentação

O livro *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: monitoramento e avaliação* é fruto de uma cooperação técnica realizada entre o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde com o Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) voltada para o desenvolvimento de uma abordagem conceitual e metodológica para avaliação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), considerando a implantação da política nos estados ao longo dos últimos 15 anos.

A avaliação das experiências de Educação Permanente em Saúde (EPS) constitui-se em importante lacuna a ser preenchida pela produção acadêmica e pela prática da pesquisa em serviços de saúde. Por muitos anos, os projetos educativos implantados pelos serviços de saúde não utilizaram critérios sistemáticos de avaliação, o que impediu a formulação de juízos, conclusões e ensinamentos (ROSCHEK, 2006) e, tampouco, de evidências de experiências exitosas que pudessem contribuir efetivamente para a disseminação de tais práticas.

Nesse sentido, a partir de uma rica e participativa experiência nacional que envolveu distintos atores dos estados brasileiros – gestores, trabalhadores de saúde, pesquisadores, instituições de ensino e controle social do Sistema Único de Saúde (SUS) – têm-se registrado em um livro as contribuições para a aproximação entre os campo da educação permanente em saúde e avaliação em saúde e o desenvolvimento de questões teórico-conceituais, metodológicas e práticas, ofertando ao leitor um conjunto de ferramentas para o monitoramento e avaliação no âmbito da EPS.

Valoriza-se uma perspectiva avaliativa participativa cuja confecção de instrumentos de medida seja capaz de gerar informações úteis para a tomada de decisão e aperfeiçoamento das práticas em saúde. Longe de estarem “prontos para usar” (*prêt-a-porter*), os instrumentos são ajustados “sob medida” (*sûr-mesure*) para cada contexto, ação educativa e público-alvo, favorecendo a negociação do foco e definição de perguntas avaliativas conforme interesse dos agentes envolvidos, de aplicação multinível e multidimensional.

O primeiro capítulo “A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e a trajetória histórica do Sistema Único de Saúde brasileiro” descreve o processo de desenvolvimento histórico da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) no Sistema Único de Saúde (SUS).

O segundo capítulo “Contexto de surgimento do projeto de elaboração da proposta teórico-metodológica para o monitoramento e avaliação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde” recupera as razões para investimento na proposta teórico-metodológica de monitoramento e avaliação da PNEPS. A implementação da política foi objeto de análise nos estados e municípios e os resultados aprovaram a necessidade de desenvolvimento da proposta teórico-metodológica. Destaca-se neste capítulo os problemas identificados no processo de implementação que subsidiaram o projeto de monitoramento e avaliação.

O terceiro capítulo “Avaliação e Educação Permanente em Saúde: bases teórico-conceituais e aproximações entre as áreas” apresenta fundamentos teóricos e abordagens metodológicas que aproximam as áreas de Avaliação em Saúde e Educação Permanente em Saúde. O capítulo apresenta o estado da arte da avaliação e monitoramento de processos educativos em saúde, por meio de revisão internacional em bases de dados selecionadas. Diante de intervenções com elevado grau de implantação, as avaliações de efeito podem então ser realizadas. Algumas perguntas avaliativas destacam-se como norteadoras, tais como: quais os objetivos educacionais específicos da intervenção? Quais os objetivos relacionados com as mudanças nos processos de trabalho? As tendências recentes da avaliação de programas têm trazido propostas para dar conta dessas questões da pesquisa avaliativa diante das limitações dos desenhos experimentais na avaliação de intervenções complexas. A maioria dessas abordagens buscam incorporar a teoria, a história

e flexibilizar os desenhos da pesquisa visando dar conta da complexidade do social. (VIEIRA-DA-SILVA; FURTADO, 2020)

O quarto capítulo “Caminhos metodológicos para o monitoramento e avaliação da Educação Permanente em Saúde: modelo lógico, matriz de medidas e instrumentos” descreve a construção e desenvolvimento da abordagem e ferramentas para monitoramento e avaliação da PNEPS, desde a modelização da intervenção, suas dimensões e a construção da matriz avaliativa com validação realizada pelo método Delphi.

Conforme indicado em capítulos anteriores, a elaboração da abordagem avaliativa, suas estratégias metodológicas e instrumentos, decorreu da realização de oficinas, nacional e regionais, reunindo diversos atores envolvidos com a implementação da política, assim como mobilizou especialistas da saúde coletiva, das áreas de avaliação em saúde e de trabalho e educação em saúde, na preparação e validação dos instrumentos, especialmente a construção do modelo lógico e da matriz avaliativa. O capítulo apresenta o conjunto de estratégias, instrumentos e medidas para avaliação da gestão, dos processos educativos e dos resultados da política e ações educativas no âmbito do SUS como forma de contribuir com a institucionalização dos processos de monitoramento e avaliação da PNEPS no Brasil.

O quinto capítulo “Experienciando a matriz em suas dimensões: reflexões sobre os estudos-piloto” visa discutir a realização dos estudos pilotos, a forma como foram pensados e realizados, suas etapas, sua metodologia e os resultados obtidos por meio da aplicação das matrizes, ilustrando seus usos, possibilidades e limites e contextualizando toda a experiência em meio a pandemia de covid-19. O foco deste capítulo é problematizar a aplicação efetiva dos instrumentos elaborados para monitoramento e avaliação da PNEPS e verificação da sua potencialidade na captação das informações acerca do desenvolvimento da política nos estados.

O sexto capítulo “Construção do Painel de Indicadores para Monitoramento e Avaliação das Políticas de Saúde: o caso da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde” descreve o processo de construção participativa do painel de indicadores para o acompanhamento da PNEPS, destacando o seu possível uso para a gestão desta política em diferentes âmbitos: nacional, estadual e municipal.

O sétimo capítulo “Nas trilhas da educação permanente em saúde: o território como bússola” faz uma discussão rica quanto as distintas configurações das ações de EPS apresentadas durante os estudos-piloto, destacando suas abordagens teórico-metodológicas.

Finalmente, o oitavo capítulo “Quando o sonho não cabe em uma carta: o inédito viável de esperançar pela Educação Permanente em Saúde” resgata os desafios históricos identificados pelos estados para fortalecimento e defesa da PNEPS, ressaltando perspectivas num contexto de crise política e sanitária, mas que poderá apresentar-se como promissor para o desenvolvimento de políticas participativas e emancipadoras como a PNEPS.

O livro ora apresentado cumpre um importante papel de fomentar a interação entre a produção teórica e prática no campo; auxiliar na seleção e balizamento de métodos e estratégias de monitoramento e avaliação numa área marcada por dimensões políticas e conceituais específicas e pela profusão de abordagens metodológicas; incentivando a adoção do rigor ético e científico nas práticas avaliativas no campo da Educação Permanente em Saúde.

Isabela Cardoso de Matos Pinto
Monique Azevedo Esperidião
Organizadoras

Referências

- ROSCHEKE, M. A. *Evaluación en procesos de educación permanente y capacitación en salud*. Experiencias y lecciones. Washington D.C.: OPS-OMS, 2006.
- VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; FURTADO, J. P. A avaliação de programas de saúde. In: PAIM, J. S. (org.) *SUS: Sistema Único de Saúde*. Tudo o que você precisa saber. Rio de Janeiro: Atheneu, 2019. Cap. 12, p. 235-251.

A política nacional de educação permanente em saúde e a trajetória histórica do Sistema Único de Saúde brasileiro

*MARIA APARECIDA TIMO BRITO • MUSA DENAISE DE SOUSA MORAIS •
IVALDA SILVA RODRIGUES • ADRIANA FORTALEZA ROCHA DA SILVA •
JOSEFA MARIA DE JESUS • JETRO WILLIAMS SILVA JÚNIOR*

Introdução

O presente texto explora sucintamente o processo de desenvolvimento histórico da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual se configura como um dos maiores sistemas públicos de saúde¹ do mundo em termos de cobertura e número de beneficiários. (BRASIL, 2022) O exame desse desenvolvimento histórico é importante porque o relativo sucesso do SUS está diretamente atrelado aos esforços dos profissionais de saúde e da gestão federal, estadual e municipal do SUS em estabelecer e fortalecer ações de formação, capacitação e aperfeiçoamento dos trabalhadores do setor.

Nesse contexto, desenvolver políticas e programas para aperfeiçoar os processos formativos e investir incentivos técnicos e financeiros para qualificar e manter atualizados os profissionais da área da saúde,

1 Para os fins de texto, “saúde” compreende tanto um “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades” (conforme a Constituição da Organização Mundial de Saúde – OMS, promulgada pelo Brasil no Decreto nº 26.042, de 17 de dezembro de 1948) quanto um “direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”, de acordo com o art. 2º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), a qual institucionaliza o Sistema Único de Saúde (SUS).

especialmente aqueles que trabalham no SUS, têm sido uma importante pauta do Ministério da Saúde (MS), notadamente nos últimos anos. Entretanto, essa luta é histórica e acontecia mesmo antes dessa grande conquista, que não é só a criação, mas a permanente construção do SUS, como veremos em seguida.

Breve resgate histórico

O século XX foi marcado por movimentos que buscavam inserir a saúde do povo brasileiro na pauta governamental. Entre eles, citamos a IV Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1967, pioneira em mencionar uma política permanente de recursos humanos na saúde, por meio da qual se propôs a discussão sobre o perfil do profissional de saúde, à época, de nível básico e médio, além das Campanhas de Saúde Pública que aconteciam a cada evento pandêmico. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1967) Outro movimento importante, o Movimento da Reforma Sanitária, que se iniciou no final da década de 1970 e preconizou um novo modelo de saúde para o povo brasileiro, defendia que “a saúde era um direito de todos e dever do Estado”, assim a atenção à saúde deveria ser universal e integral. Ainda nessa década, foi criado pelo Ministério da Saúde o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal da Saúde (Preps), responsável por preparar trabalhadores visando a um processo de extensão de cobertura adequado às necessidades regionais. (BRASIL, 1976)

Esses movimentos culminaram com a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, a qual deu destaque para a insuficiência da formação profissional, contribuindo com os movimentos de reforma sanitária na reivindicação de medidas mais objetivas para a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde. Seu relatório final serviu de base para o capítulo sobre saúde na Constituição Federal de 1988, o que resultou na criação do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 1988)

Conforme o inciso III do art. 200 do texto constitucional, compete ao SUS ordenar a formação de recursos humanos para a área da saúde. Esse dispositivo constitucional foi regulamentado pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, por meio de seu art. 5º, inciso III. (BRASIL, 1990) Ainda no final dessa década, ocorreram importantes eventos relacionados à educação na

saúde, com a criação das escolas técnicas de saúde/dos centros formadores do SUS e também com a implementação do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae).

Já no início do século XXI, mais precisamente em 2003, o Ministério da Saúde institucionalizou a educação em saúde e a regulação do trabalho em saúde com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), tornando-a responsável por formular políticas públicas orientadoras da formação e do desenvolvimento dos trabalhadores, da gestão, da provisão, da negociação e da regulação do trabalho na área da saúde no Brasil, além de promover a integração dos setores de saúde e educação para fortalecer as instituições formadoras de profissionais para a saúde, bem como integrar e aperfeiçoar a relação entre as gestões federal, estadual e municipal do SUS. (MAGNAGO, 2017)

Um resultado importante da atuação da SGTES foi a instituição da PNEPS. Buscando o aperfeiçoamento e a atualização dessa Política, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), da SGTES, realiza projetos muitas vezes em parceria com universidades, como é o caso do Projeto de Monitoramento e Avaliação da PNEPS, realizado com o Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)

A PNEPS é uma política nacional instituída pela SGTES, do Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores do setor saúde. (BRASIL, 2004) É uma estratégia que visa a contribuir para a transformação e qualificação das práticas em saúde, para a organização das ações e dos serviços de saúde, com os processos formativos e com as práticas pedagógicas na formação e no desenvolvimento dos trabalhadores do SUS. Fundamenta-se no conceito pedagógico de educação permanente (EP), que privilegia o processo de trabalho como eixo central da aprendizagem, enfatiza a capacidade humana de criar conhecimentos novos a partir da discussão e análise dos problemas do cotidiano do trabalho, suas causas e as implicações que as alternativas e soluções trazem. A Educação Permanente em Saúde (EPS) busca a

transformação das práticas em saúde, com vistas a propiciar a melhoria da gestão, da atenção e da assistência em saúde, especialmente no SUS.

Inicialmente estabeleceu-se que a condução locorregional da Pneps seria efetivada pelos polos de educação permanente em saúde para o SUS – instâncias interinstitucionais e locorregionais/rodas de gestão – com as funções de identificar necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, construir estratégias e processos que qualificassem a atenção e a gestão em saúde e fortalecessem o controle social para o setor, na perspectiva de produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva.

Em 2007, foi editada a Portaria do Gabinete do Ministro/ Ministério da Saúde (GM/MS) nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre novas diretrizes para a implementação da PNEPS, visando à adequação ao Pacto pela Saúde,

[...] é um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuadas entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema. (BRASIL, 2006)

Essa portaria elencou as diretrizes de implementação da política, manteve as instâncias dos espaços de articulação intrainstitucional e intersetorial e estabeleceu critérios específicos para a alocação de recursos financeiros para a Pneps. As instâncias de articulação foram denominadas de Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) em substituição aos polos. Além disso, definiram-se recursos orçamentários/financeiros para a PNEPS, com base em critérios estabelecidos na referida portaria, para serem repassados aos estados e ao Distrito Federal na modalidade fundo a fundo. Ademais, a gestão da PNEPS passou a ser descentralizada e regionalizada, feita pelas secretarias estaduais de saúde, pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) no nível central e pelas Comissões Intergestores Regionais (CIRs), nas regiões, com a participação das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) tanto no nível central como no regional. (BRASIL, 2007)

De 2007 a 2011, os repasses de incentivos financeiros aconteceram de forma regular, mediante a apresentação do planejamento estadual, consolidado como Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS).

Em 2012, após a realização de um levantamento dos saldos existentes nos fundos estaduais e no Distrito Federal no âmbito da PNEPS, constatou-se que em 20 dos 26 estados e no Distrito Federal, existiam saldos remanescentes dos repasses financeiros destinados ao desenvolvimento da política. Em vista disso, os repasses de recursos financeiros foram suspensos, porém os estados e o Distrito Federal continuaram a realizar ações educativas financiadas com esses saldos.

Já em 2017, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 3.194, de 28 de novembro de 2017, a qual instituiu o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde (PRO EPS-SUS). (BRASIL, 2017) Esse programa destinou incentivos financeiros para municípios – para fins de realização de ações de educação permanente em saúde – e para estados e o Distrito Federal – a fim de elaborarem os Planos Estaduais de Educação Permanente em Saúde. A norma estabeleceu, ainda, um prazo de 300 dias para a elaboração e entrega dos planos ao DEGES, sob o entendimento de que levaria tempo para a planificação das ações educativas à luz da premissa intitulada “lógica operacional ascendente”. De acordo com essa premissa, todas as representações locais – tais como gestores, trabalhadores dos serviços, instituições de ensino e controle social do setor da saúde – devem ser ouvidas e devem participar efetivamente da identificação das necessidades educativas nos territórios.

No início de 2019, todos os estados e o Distrito Federal submeteram, à apreciação do Ministério da Saúde, Planos de Educação Permanente em Saúde. Tais documentos foram diligentemente analisados e resultaram na elaboração de 27 resumos executivos referentes a 26 planos estaduais e um plano distrital.

Posteriormente, foram realizadas reuniões virtuais com os gestores da PNEPS nos estados e no Distrito Federal com os seguintes objetivos: fornecer um retorno (*feedback*) sobre a análise dos PEEPS; dialogar sobre a gestão da PNEPS nos estados; dialogar sobre a execução das ações educativas constantes do PEEPS; identificar fatores que potencializam e que dificultam o desenvolvimento da política e realizar levantamento de demandas de ações educativas para o atendimento das condições pós-covid. Essas reuniões representaram momentos importantes de escuta e diálogo com os gestores e técnicos que trabalham com a política, em âmbito local, tendo sido, ainda,

uma oportunidade de fortalecimento da relação com os parceiros estaduais e o parceiro distrital.

Logo após a análise técnica dos planos e a realização das reuniões com os gestores e técnicos, foi realizada uma pesquisa exploratória de caráter qualitativo, por meio de análise documental (BARDIN, 1997), considerando-se o levantamento e a análise de documentos previamente escolhidos, com o objetivo de entenderem-se detalhes da matéria e de teorizarem-se questões de interesse. (MENDES, 2017)

Conforme a metodologia proposta por Bardin (1997) e Franco (2008), a análise foi dividida em três etapas: a) pré-análise; b) exploração do material; e c) tratamento dos resultados. Após a seleção dos documentos, procedeu-se a uma leitura integral do conteúdo coletado. Em seguida, a exploração do material foi realizada a partir da contraposição dos registros. Os resultados foram classificados por elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação, e, seguidamente, por reagrupamento segundo os critérios previamente definidos na modelagem de Bardin (1997). A categorização dos temas a seguir foi essencial para estabelecer-se a ligação entre os objetos da pesquisa, o que culminou na ratificação das premissas inferidas.

Na análise² realizada, foram identificadas tipologias inter-relacionadas, conforme descrito no modelo de Franco (2008). Palavras, temas etc., foram categorizados no Quadro 1.

Outros projetos desenvolvidos no âmbito da PNEPS

Com o propósito de fortalecer a implementação da política, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde desenvolveu projetos em parceria com universidades federais, por meio de transferências voluntárias, conforme descrito a seguir.

2 OBS: a análise dos dados documentais foi realizada com uso de estatística descritiva para a devida organização e preparação dos dados, para proceder-se à análise e a sua interpretação.

Quadro 1 – Resultados sistematizados com base nas questões mais prevalentes apontadas pelos representantes dos estados

QUESTÕES COLOCADAS PELOS ESTADOS	RS	TO	ES	AL	MT	BA	CE	MA	MG	PB	PI	RN	SE
Insuficiência de trabalhadores da saúde qualificados para desencadear movimentos de EPS		X						X		X			
Desconhecimento ou pouca compreensão da EPS em sua dimensão técnica operativa e baixa adesão/recusa dos trabalhadores nos processos de EPS			X										
Dificuldades de implementação das ações do PEEPS devido à pandemia de covid-19	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Mudança na estrutura da gestão da PNEPS no estado			X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Utilização dos princípios da PNNSP nos processos formativos (metodologias ativas, reflexão sobre o processo de trabalho, aprendizagem significativa, lógica ascendente)			X										
Mantenção na estrutura da gestão da política no estado				X									
Necessidade de aporte financeiro federal para executar atividades de EPS					X								
Elaboração de DPI da ESP						X		X					
Necessidade de apoio técnico por parte do Ministério da Saúde		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Dificuldade de execução financeira por parte dos municípios do estado/Existência de saldo remanescente dos repasses feitos através da PNEPS				X									
Necessidade de equipamentos para as instituições internas (EPS, CIES, NEPS)					X								
Necessidade de recomposição da CIES/NEPS ou CIES estadual/regional desativada						X	X			X	X		
Estratégias para realização de ações educativas EAD	X	X											X
Necessidade de reestruturação do PEEPS							X						
Articulação com o núcleo de TeleSaúde do estado			X				X		X				
Expectativa/menção à matriz de avaliação da PNEPS elaborada pelo DEGES e ISC/UFBA									X				
Dificuldades de alinhamento dos conceitos de EPS										X			
Menção/implantação do COAPES									X	X			

continua...

QUESTÕES COLOCADAS PELOS ESTADOS	SP	PE	AM	AC	AP	SC	DF	GO	MS	PA	PR	RJ	RO
Insuficiência de trabalhadores da saúde qualificados para desencadear movimentos de EPS				X		X		X				X	
Desconhecimento ou pouca compreensão da EPS em sua dimensão técnica operativa e baixa adesão/recusa dos trabalhadores nos processos de EPS								X					
Dificuldades de implementação das ações do PEEPS devido à pandemia de covid-19	X			X	X	X							
Mudança na estrutura da gestão da PNEPS no estado													
Utilização dos princípios da PNNSP nos processos formativos (metodologias ativas, reflexão sobre o processo de trabalho, aprendizagem significativa, lógica ascendente)													
Mantenção na estrutura da gestão da política no estado				X							X		
Necessidade de aporte financeiro federal para executar atividades de EPS				X	X	X			X			X	
Elaboração de DPI da ESP													
Necessidade de apoio técnico por parte do Ministério da Saúde	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	
Dificuldade de execução financeira por parte dos municípios do estado/Existência de saldo remanescente dos repasses feitos através da PNEPS					X							X	
Necessidade de equipamentos para as instituições internas (EPS, CIES, NEPS)													
Necessidade de recomposição da CIES/NEPS ou CIES estadual/regional desativada	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Estratégias para realização de ações educativas EAD			X										
Necessidade de reestruturação do PEEPS			X		X	X		X	X	X	X	X	
Articulação com o núcleo de Telessaúde do estado													
Expectativa/menção à matriz de avaliação da PNEPS elaborada pelo DEGES e ISC/UFBA													
Dificuldades de alinhamento dos conceitos de EPS									X		X	X	
Menção/implantação do COAPES									X				

Fonte: elaborado pelos autores.

Projeto de Avaliação da Implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

- Incentivo à implementação dos processos de integração ensino-serviço-comunidade, por meio dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (Coapes);
- Lançamento do Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS, com o objetivo de estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área, visando à transformação das práticas de saúde, em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho;
- Lançamento do 1º Laboratório de Inovação em Educação na Saúde, cuja edição tem como tema a educação permanente em saúde, na expectativa de fortalecerem-se práticas e experiências inovadoras de educação na saúde e de realizar-se um mapeamento das experiências de EPS no território brasileiro. O Laboratório de Inovação, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS no Brasil) instituem o Laboratório de Inovações (LI) em Educação na Saúde com ênfase na educação permanente. Trata-se de uma iniciativa orientada à realização de um mapeamento das experiências de educação permanente, inclusive aquelas de tipo experimental ou piloto que aportam elementos de inovação nesse campo. O laboratório busca captar e documentar no Brasil os conhecimentos considerados mais exitosos, inovadores e relevantes, dando prioridade aos projetos já implementados, que tenham como base evidências sobre a formação e qualificação dos trabalhadores e profissionais da saúde.³
- Discussão sobre educação interprofissional em saúde (EIP) na agenda da SGTES, como dispositivo para a reorientação dos processos de formação de profissionais de saúde.

3 Os links de acesso são os seguintes: www.apsredes.org e www.saude.gov.br/sgtes.

Projeto Apoio Institucional às Escolas de Saúde Pública sob a tríade de ensino-pesquisa-extensão

Em 2018, com a finalidade de fortalecer a atuação das Escolas de Saúde Pública do País, o DEGES, em parceria com o Centro de Estudos, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico em Saúde Coletiva (CEPESC), do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), desenvolveu o Projeto Apoio Institucional às Escolas de Saúde Pública sob a tríade ensino-pesquisa-extensão, com vistas a estruturar uma possível proposta de apoio institucional.

O objetivo geral do projeto, viabilizado por meio de uma carta acordo, era realizar um conjunto de ações fundamentadas nos pressupostos do apoio institucional em saúde, para o fortalecimento da atuação das ESP do País, ancoradas na tríade ensino-pesquisa-extensão, com a finalidade de alcançar-se uma formação em saúde mais coerente e adequada aos complexos desafios e às necessidades atualmente exigidas pelo Sistema Único de Saúde. Para atingirem-se os objetivos, foram planejadas diferentes atividades, entre as quais a realização de visitas técnicas às ESPs. Para tanto, uma agenda de visitas foi pactuada com os dirigentes e/ou representantes das ESPs durante o II Encontro Nacional, denominado de “Alinhamento conceitual sobre as Escolas de Saúde Pública”, no bojo do Ciclo de Encontros de Apoio Institucional às ESPs.

Há um documento que apresenta a sistematização e a análise do conjunto das visitas técnicas realizadas às escolas estaduais e municipais integrantes do projeto. Ao final, foi elaborada uma publicação sobre os seus resultados, intitulada “Caminhos para o fortalecimento das escolas de saúde pública do SUS”.

Projeto de Monitoramento e Avaliação da PNEPS

O Projeto de Monitoramento e Avaliação da PNEPS, cujo objetivo consistiu na elaboração de uma proposta teórico-metodológica para o monitoramento e a avaliação da Política Nacional de Educação Permanente nos vários estados do Brasil, foi desenvolvido em parceria com o ISC da UFBA por meio do Termo de Execução Descentralizada (TED) 150/2017.

O projeto foi desenvolvido de forma participativa, por intermédio de reuniões regionais com os técnicos e gestores estaduais da política. Posteriormente,

ocorreu a implantação de projeto-piloto em regiões geográficas do País para teste da metodologia. O projeto foi concluído em dezembro de 2021, quando aconteceu a oficina nacional em Brasília, a fim de que fossem divulgados e discutidos os resultados do referido projeto.

Considerações finais

Ao rever-se a história da construção do SUS, observa-se que a sua criação foi, de fato e concretamente, produto da luta dos profissionais de saúde, apoiados por importantes segmentos da sociedade brasileira. Neste texto, ao se apresentarem alguns fragmentos históricos dessa construção, buscou-se destacar movimentos e iniciativas consideradas fundamentais para a conformação do SUS, tais como o movimento da Reforma Sanitária, que merece destaque pela sua importância para as conquistas na área da saúde, culminando com a VIII Conferência Nacional de Saúde, marco fundamental para o entendimento da saúde como direito de todos e dever do Estado e, ainda, contribuição definitiva para a institucionalização do SUS brasileiro. Ao longo desses 19 anos da criação da SGTES e 18 anos da institucionalização da PNEPS, podemos afirmar que foram realizados importantes esforços para a consolidação do SUS como um sistema potente, capaz de ofertar aos seus usuários uma assistência de qualidade, por meio de profissionais competentes e comprometidos. Evidentemente sabe-se que o SUS, pela sua abrangência e complexidade, tem ainda muito a conquistar em termos de aperfeiçoamento das suas atividades, porém não podemos negar que a criação de um órgão da dimensão da SGTES, no Ministério da Saúde, encarregado de fazer a gestão da educação e do trabalho em saúde, representa, sem dúvida, um marco importante para a consolidação dos princípios fundamentais do SUS.

Especificamente em relação à PNEPS, muitos foram os avanços, porém as descontinuidades observadas no decorrer de sua implementação, assim como outras dificuldades apresentadas pelos gestores estaduais, não permitiram que esses avanços se concretizassem de forma mais sustentável. Ao longo desse tempo, o DEGES realizou vários movimentos que tiveram como objetivo levantar informações para qualificar as potencialidades, as dificuldades, os aspectos jurídicos administrativos, entre outros, relacionados à implementação da Política. Nesse sentido, destacam-se dois movimentos

ocorridos em 2014 que contribuíram para o entendimento dos diversos cenários em que se desenvolveu e se desenvolve a PNEPS. Um deles foi a Oficina de EPS, intitulada “Dialogando sobre a Política”, que aconteceu em dezembro daquele ano e que reuniu em Brasília representantes de áreas técnicas do Ministério da Saúde, gestores e técnicos de municípios e dos estados, além de trabalhadores da área da saúde de outras instituições. O outro foi o levantamento realizado em junho de 2014, por meio da aplicação de um questionário e de entrevistas com os gestores da PNEPS nos estados, com o intuito de dar voz a esses importantes atores da política. Nos dois momentos, os participantes levantaram aspectos importantes que impactam o desenvolvimento da PNEPS. Ademais, esses movimentos permitiram identificar potencialidades e dificuldades observadas no desenvolvimento da política no território nacional.

Foram pontuadas como potencialidades a contribuição da PNEPS para a formação crítica e transformadora das práticas no serviço, podendo ser um dos pilares para a melhoria da qualidade da atenção e assistência na saúde; sua importante contribuição com a organização e o planejamento das demandas no território, possibilitando a descentralização das ações educativas e a discussão dos problemas *in loco* de acordo com o planejamento ascendente; o protagonismo dos trabalhadores da saúde no cotidiano do trabalho; o fortalecimento das parcerias entre os diferentes níveis de gestão e, principalmente, a gestão regionalizada da saúde; e o estreitamento da relação entre o serviço e a academia e a discussão da pauta da EPS nos espaços de formação. Em conclusão, os gestores consideraram que a política é um importante instrumento na democratização das relações entre trabalhadores, gestores, usuários, instituições de ensino e também na relação interfederativa.

Em relação às dificuldades, ressalta-se que 74% dos estados encontraram dificuldades – que representaram verdadeiros nós críticos – na execução das ações educativas planejadas, tais como: dificuldade na execução dos recursos financeiros repassados pela SGTES para o desenvolvimento da Política em função de normas estaduais e municipais, que, muitas vezes, impedem a aplicação do recurso; problemas com a apropriação dos conceitos de EPS e dos papéis das instâncias gestoras do SUS – Comissão Intergestores Regional (CIR) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB) – e principalmente a descontinuidade na implementação da Política.

De toda sorte, pode-se afirmar com segurança que a criação da SGTES e a subsequente implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde representam um grande avanço no aperfeiçoamento da formação e da qualificação dos trabalhadores da área da saúde. A atenção à formação e à permanente qualificação dos trabalhadores do SUS constituem um importante desafio, que dispõe de raízes históricas e tem permeado toda a trajetória de construção do sistema, tal como descrito de forma suscinta anteriormente.

Referências

- BARDIN. L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 148, n. 123, p. 1-3, 29 jun. 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 15 jul. 2022.
- BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 128, n. 182, p. 18055-18059, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 15 jul. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Pactos pela Saúde*. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/webpacto/index.htm#:~:text=O%20Pacto%20pela%20Sa%C3%A3de%20%C3%A9>. Acesso em: 15 jul. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004*. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. [Brasília, DF], 2004.

Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/13150.html>. Acesso em: 15 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007*. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. [Brasília, DF], 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em: 15 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.194/GM/MS, de 30 de novembro de 2017. Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 154, n. 229, p. 141-143, 30 nov. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3194_30_11_2017.html. Acesso em: 15 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de Preparação Estratégica de Pessoal da Saúde*. Brasília, DF, 1976. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ppreps.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema Único de Saúde (SUS)*: estrutura, princípios e como funciona. [Brasília, DF], 11 maio 2022. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus-estrutura-principios-e-como-funciona#:~:text=O%20Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%A3de%20\(SUS\)%20%C3%A9%20um%20dos%20maiores,toda%20a%C3%A9%20popula%C3%A7%C3%A3o%20do%20pa%C3%ADs](https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus-estrutura-principios-e-como-funciona#:~:text=O%20Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%A3de%20(SUS)%20%C3%A9%20um%20dos%20maiores,toda%20a%C3%A9%20popula%C3%A7%C3%A3o%20do%20pa%C3%ADs). Acesso em: 15 jul. 2022.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 4., 1967, Rio de Janeiro. *Anais* [...]. Rio de Janeiro: Serviço Gráfico da Fundação IBGE, 1967. Tema: Recursos Humanos para as Atividades de Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anais_4_conferencia_nacional_saude.pdf. Acesso em: 15 jul. 2022.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, [Brasília, DF]. *Relatório final* [...]. Brasília, DF, 1986. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 15 jul. 2022.

FRANCO, M. L. P. B. *Análise de conteúdo*. 3. ed. Brasília, DF: Líber Livro, 2008.

MAGNAGO, C. et al. Política de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde: a experiência do ProgeSUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1521-1530, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/xMTDTk93M9jbbGjMwLnG6yw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 jul. 2022.

MENDES, R. M.; MISKULIN, R. G. S. A análise de conteúdo como uma metodologia. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, v. 47, n. 165, p. 1044-1066, jul./set. 2017.

Contexto de surgimento do projeto de elaboração da proposta teórico-metodológica para o monitoramento e avaliação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

ISABELA CARDOSO DE MATOS PINTO • CARMEN FONTES TEIXEIRA

Introdução

A gestão do trabalho e da educação na saúde é um dos desafios enfrentados cotidianamente no processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), demandando contínua reflexão sobre a articulação entre a reorganização das práticas de atenção à saúde nos vários níveis do sistema e as mudanças/trans formações necessárias nos processos de formação e capacitação de pessoal.

Várias iniciativas têm sido desenvolvidas pelas instituições gestoras do SUS visando a formulação e implementação de políticas de formação de pessoal. Nesse sentido, pode-se elencar os esforços para a constituição de redes descentralizadas de instituições responsáveis por cursos de formação profissional em saúde, inclusive com ênfase na conformação de equipes multiprofissionais (PEDUZZI et al., 2013), ampliação de cenários de práticas através da implementação de estratégicas de integração ensino-serviço (BREHMER; RAMOS, 2014; KUABARA et al., 2014), reorientação dos processos de educação permanente dos trabalhadores da saúde, implantação de novos cursos de graduação e de pós-graduação, reorientação dos currículos dos cursos existentes, e incorporação de novas tecnologias ao processo educacional.

Nesse contexto, evidenciam-se os desafios quanto às formas e modos de se organizar e gerir o trabalho em equipe (PEDDUZI, 2003), tanto no âmbito da atenção básica, quanto na atenção especializada e hospitalar,

tendo em vista a construção de um modelo de atenção à saúde (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014), orientado pela garantia da integralidade, equidade, melhoria da qualidade e humanização da atenção à saúde da população. Paralelamente, coloca-se o desafio de se promover a capacitação das equipes gerenciais inseridas nos diversos níveis organizacionais do sistema, de modo a consolidar a gestão descentralizada e participativa do SUS, tal como preconizado na legislação constitucional e infraconstitucional. (PINTO et al., 2019; VIANA et al., 2019)

Esses desafios se inserem no âmbito de profundas e rápidas mudanças que atravessam o mundo do trabalho na contemporaneidade, a partir da acelerada incorporação tecnológica, concomitante à flexibilização das relações de trabalho e perda dos direitos trabalhistas em função de reformas nas políticas públicas na área. (ANTUNES, 2013; MARQUES, 2013) Esse processo tem provocado significativa reestruturação do processo de produção de ações e serviços de saúde ao nível internacional e nacional, evidenciando-se uma tendência à precarização do trabalho que afeta a qualidade das ações e serviços de saúde prestados à população (MACHADO et al., 2018; PEDUZZI, 2003, 2013), o que gera enormes desafios para a formação profissional e para a educação permanente em saúde.

Nessa perspectiva, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde (MS) formulou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) compreendida como “[...] *uma proposta de ação capaz de contribuir para a necessária transformação dos processos formativos e das práticas pedagógicas e de saúde, abarcando também a organização dos serviços*”, constituída “[...] *num trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas esferas de gestão, e as instituições formadoras, com vistas à identificação de problemas cotidianos e à construção de soluções*”. (BRASIL, 2009, grifo nosso)

Essa política foi lançada em 2003, tendo sido institucionalizada com a publicação da Portaria do Gabinete do Ministro/ Ministério da Saúde (GM/ MS) nº 198, (BRASIL, 2004), que estabeleceu diretrizes para sua implementação fomentando a condução regional da política, participação interinstitucional e intersetorial. Posteriormente, foi publicada a Portaria GM/MS nº 1.996/07 (BRASIL, 2007), a qual propôs novas diretrizes para a PNEPS. Em 2017, o Ministério da Saúde publicou a Portaria de Consolidação da

Base Normativa do SUS que inclui dentre outros documentos a PNEPS. (BRASIL, 2017)

A implementação dessa política nos estados e municípios, foi objeto de análise em alguns estudos que apontam evidências importantes sobre este processo e a existência de dificuldades relatadas por gestores (FERRAZ; VENDRUSCOLO; MARMETT, 2014; FRANÇA et al., 2016; MACÊDO; ALBUQUERQUE; MEDEIROS, 2014; NICOLETTTO et al., 2013) tais como dificuldades relativas à articulação entre gestores, trabalhadores, controle social e Integração Ensino-Serviço (IES); reduzida implantação de Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES) regionais; participação incipiente dos gestores municipais, indefinição de parâmetros para construção dos projetos, ausência de avaliação acerca dos projetos desenvolvidos no que tange a suas desejadas mudanças nas práticas de formação, gestão e atenção na saúde, dificuldades na utilização dos recursos financeiros, dentre outras.

Diante disso, o MS, através da SGTES/MS, por meio do DEGES, em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), Conselho Nacional de Saúde (CNS), Rede de Escolas Técnicas do SUS (RETSUS), Escolas de Saúde Pública (ESP), Instituições de Ensino Superior (IES), e demais secretarias do MS, deu início ao processo de discussão sobre a PNEPS desencadeando, em 2017, a realização de um conjunto de oficinas regionais envolvendo estados e municípios para avaliação do processo de implementação da política nos estados, como ponto de partida para a elaboração de propostas de atualização e/ou redefinição dos objetivos, metas e estratégias a serem adotadas.

Assim, foram realizadas oficinas regionais, das quais participaram docentes, pesquisadores, gestores e técnicos das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) de todos os estados da federação, representantes do CONASS e CONASEMS, processo que viabilizou o mapeamento dos problemas e a elaboração de um conjunto de propostas para o aperfeiçoamento da implementação da PNEPS. Dentre as propostas, destacou-se, em todos os relatórios das oficinas regionais, a constatação da fragilidade dos mecanismos de acompanhamento e avaliação das atividades promovidas no âmbito da implementação da política, o que fomentou a elaboração de propostas visando o desenvolvimento de um sistema de monitoramento e avaliação da EPS.

De fato, a construção pactuada de indicadores para o acompanhamento e avaliação das ações de EPS é de fundamental importância para o fortalecimento da política, podendo ser um elemento dinamizador da Gestão do Trabalho em Saúde no âmbito do SUS, na medida em que contribua para a identificação dos problemas e necessidades de aperfeiçoamento da qualificação profissional, visando atenuar os efeitos mais negativos das limitações no financiamento e gestão do SUS no âmbito estadual e local

Neste capítulo tratamos de descrever o processo de análise da implementação da política com destaque para a necessidade de investimento na proposta teórico-metodológica de monitoramento e avaliação da PNEPS.

Análise do processo de implementação da PNEPS

A análise do processo de implementação da PNEPS nos estados/regiões (GONÇALVES et al., 2019) constatou uma grande heterogeneidade em termos do grau de avanço da política de Educação Permanente em Saúde (EPS), podendo-se identificar, de um lado, Estados que se encontravam em um estágio incipiente de implementação da Política, e no outro extremo, Estados que avançaram bastante, apesar das dificuldades. A maioria dos estados, entretanto, situava-se em um nível intermediário de implementação, desenvolvendo ações de EPS, muitas vezes de forma fragmentada, sem um planejamento integrado que orientasse uma ação contínua dirigida ao aperfeiçoamento dos processos de trabalho nos vários níveis do sistema.

A síntese das informações processadas após a análise dos dados obtidos com a realização das oficinas regionais permitiu uma caracterização geral da situação existente em cada estado, tomando como indicadores o grau de desenvolvimento do processo de implementação da PNEPS, as características do planejamento das ações de EPS e a forma de participação dos diversos atores no processo de condução da política.

Dentre os problemas identificados no processo de implementação da PNEPS, apesar da heterogeneidade constatada em termos do grau de desenvolvimento da gestão, planejamento, programação e execução das ações de EPS, pode-se identificar “áreas- problema”, que se apresentam, em maior ou menor grau em todos os estados. São elas:

- **Gestão da Política de EPS:** constatou-se a complexidade do processo de gestão da implementação da PNEPS, devido à uma série de fatores, entre os quais se destaca a falta de compreensão, por parte da maioria dos gestores, da importância das ações de EPS para a qualificação da gestão e da melhoria da atenção à saúde no SUS.
- **Subfinanciamento:** todos os estados apontam a descontinuidade dos repasses financeiros do Ministério da Saúde, (desde 2011) e apontam também problemas na gestão dos recursos, assim como da utilização dos recursos em função das restrições existentes na legislação pública nesta área. Apesar do recuo do MS com relação ao financiamento das ações de EPS, vários estados apontam que as SES têm buscado alternativas para garantir o financiamento destas ações.
- **Modelo de formação/educação permanente implementado:** de um modo geral os relatórios das oficinas apontaram a permanência de um modelo de capacitação tradicional, caracterizado pela reprodução de cursos e atividades voltadas à categorias profissionais isoladas, em detrimento da implantação de um modelo inovador, que leve em conta o trabalho em equipe, a integralidade da atenção – qualificação para ações de promoção da saúde, vigilâncias epidemiológicas e sanitárias, melhoria e humanização da assistência, dentre outros. Nos Estados em que se observou um maior avanço no grau de implementação das ações de EPS, destaca-se a introdução de inovações pedagógicas, a exemplo de oficinas voltadas à formação de equipes multiprofissionais e também a programação de atividades de educação à distância com uso de Tecnologias de Informação Comunicação (TICs).
- **Infraestrutura:** neste item foi apontado, por alguns estados, as deficiências de espaço físico, apoio logístico para garantir o funcionamento das CIES, além da falta de estrutura física e de recursos (transporte, diárias etc.) para a realização das ações de EPS. Outra queixa frequente é a falta de servidores. Também foi referido a inexistência de escolas estaduais de saúde pública em alguns estados.
- **Monitoramento e avaliação das atividades de EPS:** praticamente todos os estados apontaram dificuldades em monitorar e avaliar as

ações de EP, comentando da ausência de indicadores que superem a mera quantificação dos cursos e outras atividades realizadas. Outra questão colocada foi a inexistência de um Sistema Nacional de Gestão da PNEPS que alimentasse um banco de informações sobre as ações desenvolvidas nos estados e municípios.

Elaboração da proposta de monitoramento e avaliação

A identificação das fragilidades referentes ao processo de monitoramento e avaliação das atividades de implementação da política fomentou a elaboração de um projeto encaminhado pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) para o DEGES visando o desenvolvimento de uma proposta teórico metodológica para o monitoramento e avaliação da PNEPS. Para isso, tomou-se como pressuposto que a construção pactuada de indicadores para o acompanhamento da PNEPS é de fundamental importância para o fortalecimento da Política e definição de estratégias para o desenvolvimento da educação permanente nos estados.

Visto ser o monitoramento e avaliação uma questão complexa, que implica definir critérios e indicadores, quantificáveis e não quantificáveis, a fim de se “julgar” a realidade da forma fidedigna e isenta de distorções, o processo de discussão com os estados levou em consideração os desafios postos no processo de implementação da política.

Considerou-se, ademais, que os processos de gestão e os processos formativos / educativos se imbricam no desenvolvimento de políticas, estratégias e procedimentos para o enfrentamento, reorientação, ajuste, inovação e/ou transformação do cotidiano do trabalho no setor saúde. Assim, estes processos podem estimular e apoiar novas formas de relacionamentos e parcerias entre profissionais, instituições e usuários dos serviços de saúde, fortalecendo seus vínculos e compromissos com as mudanças que se fazem necessárias na construção do SUS.

A participação dos agentes estratégicos envolvidos com a política, portanto, foi fundamental para a discussão sobre “o quê” e “como” monitorar e avaliar a PNEPS, o que demandou a utilização de metodologias participativas na construção da proposta. Assim, o primeiro movimento da equipe de condução do projeto foi iniciar a discussão com a realização de uma oficina de

trabalho envolvendo especialistas convidados, que apresentassem as bases conceituais e metodológicas do processo de avaliação de políticas de saúde, bem como aportasse contribuições à análise do processo de formulação e implementação da PNEPS.

Nessa perspectiva, um dos pontos ressaltados no evento foi a importância nacional e internacional da PNEPS, chamando-se a atenção para que nenhum país tem uma política tão explícita de EPS, coerente com o processo de descentralização e regionalização do SUS, e que contém, ademais, elementos democratizantes, a exemplo da participação intersetorial e interinstitucional na gestão da política e a participação dos trabalhadores no processo de implementação e avaliação.

Sobre a implementação desta política nos estados, todavia, um elemento relevante, mencionado pelos representantes das secretarias estaduais de saúde, foi a falta de apoio técnico do Ministério da Saúde, aspecto que contribuiu, inclusive, para a não utilização dos recursos repassados entre 2007 e 2011. Destacou-se que, no período compreendido entre 2012-2016, a Política de Educação Permanente “caiu no esquecimento” do MS, sendo recolocada na agenda em 2017 pelo DEGES, enfatizando-se, especificamente, o processo de acompanhamento da implementação desta política, realizado pelo MS através de oficinas regionais.

Considerando a extensão continental do país, e a complexidade da situação de saúde e da organização do SUS nas diversas regiões e estados, enfatizou-se a necessidade de se produzir informações sobre os efeitos da política, isto é, dos resultados que a prática pedagógica, de formação e educação permanente dos profissionais e trabalhadores de saúde, tem tido sobre o desempenho do sistema de saúde, reforçando, assim, a importância de se avançar com a elaboração e implementação de propostas de monitoramento e avaliação.

Coerentemente com esse propósito, os participantes da oficina discutiram conceitos, métodos e técnicas de avaliação em saúde (HARTZ; SILVA, 2005) com o intuito de subsidiar a elaboração da proposta metodológica a ser utilizada pelos órgãos responsáveis pela condução da PNEPS no âmbito das Secretarias Estaduais de Saúde. Além disso, ainda no primeiro momento da oficina, foram apresentadas experiências de monitoramento e avaliação de ações de formação de pessoal, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) especialmente do Programa Mais Médicos (BRASIL, 2013; RIOS; TEIXEIRA,

2018), o qual teve como um dos seus eixos a expansão e aperfeiçoamento do processo de formação e capacitação de pessoal para atuar na rede de APS, especialmente nos pequenos municípios, em áreas remotas e nas periferias das grandes cidades e regiões metropolitanas.

Esses debates aportaram elementos para a sistematização das bases conceituais e metodológicas do processo de avaliação da PNEPS, subsidiando o trabalho de grupo que se desenvolveu a seguir com os participantes da oficina, o qual foi voltado à definição de padrões de referência, critérios e indicadores de monitoramento e avaliação das ações de EPS no âmbito estadual do SUS.

A seguir apresentamos uma síntese dos elementos conceituais e metodológicos e, em seguida, a sistematização da proposta construída no grupo de trabalho, que detalha e aperfeiçoa a matriz preliminar distribuída aos participantes. O resultado contempla as propostas elaboradas com vistas à definição dos indicadores e variáveis que compõem a metodologia de monitoramento e avaliação da implementação da PNEPS nos estados, constituindo um primeiro instrumento, que toma como objeto de avaliação o processo de elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS).

Definição dos elementos conceituais para o monitoramento e avaliação do planejamento e execução das ações de EPS nas SES

O ponto de partida para a definição do referencial teórico-metodológico para o processo de Avaliação dos Planos Estaduais de EPS levou em conta três aspectos, quais sejam: a) o contexto institucional da avaliação; b) os sujeitos da avaliação; c) os conceitos e métodos a serem acionados na avaliação.

Acerca do contexto institucional, cabe destacar a pouca incorporação da avaliação no cotidiano da gestão e das práticas no âmbito do SUS e dos serviços de saúde em geral, o que, segundo os estudos feitos nesta área constituem aspectos que dificultam a institucionalização da avaliação, constatando-se a ausência de uma burocracia weberiana no âmbito da administração pública brasileira, de modo que a cada mudança de gestão o processo é retomado (PINTO, 2004; PINTO et al., 2019), e a própria

dificuldades dos gestores de políticas, programas e serviços incorporarem julgamentos feitos por outros.

Entretanto, essa mesma literatura aponta aspectos facilitadores que podem ser potencializados na perspectiva da institucionalização da avaliação, como o investimento e comprometimento do gestor, a disponibilidade de recursos, a existência de cursos e atividades de formação para avaliação, e a disposição para o desenvolvimento de uma “perspectiva mista” no processo de avaliação, que inclua gestores, pesquisadores, trabalhadores de saúde e usuários dos serviços.

Nesse sentido, destaca-se a importância de se considerar não apenas a racionalidade teórica exposta em textos sobre o tema, mas a posição dos autores que elaboram os conceitos, desde que a perspectiva ou ponto de vista do avaliador interfere nos processos e métodos selecionados, avançando-se, assim, para a reflexão em torno dos sujeitos do processo de avaliação dos planos estaduais de EPS.

Considerando que é diferente o olhar do pesquisador que elabora um julgamento sobre o fenômeno estudado, do olhar de um consultor que busca informações para aperfeiçoamento de uma política ou um programa e do gestor que busca identificar e superar uma lacuna da política ou do programa, enfatizou a necessidade de se definir se o avaliador está imerso no processo, (“autoavaliação”) ou se o avaliador é externo ao fenômeno avaliado, comentando que cada uma destas perspectivas tem vantagens e desvantagens, sendo que um avaliador externo pode ajudar a ver coisas (efeito de estranhamento) que quem está imerso não percebe.

A perspectiva mista da avaliação, por sua vez, permite que se conjugue diversos olhares, envolvendo atores com diferentes pontos de vista, articulando o polo da pesquisa como o polo da gestão. Essa é exatamente a perspectiva adotada para a avaliação do processo de elaboração dos planos estaduais de EPS, na medida em que estão envolvidos neste processo diversos atores institucionais, que desempenham funções diferentes na implementação da política, contemplando diversos níveis de Gestão do SUS – DEGES/SGTES/MS; Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde –, bem como as instituições de ensino-pesquisa, a exemplo de Universidades e Escolas Técnicas do SUS.

Finalmente, com relação aos conceitos e métodos que podem ser acionados na avaliação da PNEPS, o primeiro passo deve ser a delimitação do “foco”, ou seja, do objeto que se pretende avaliar. Considerando que políticas, programas e projetos recortam a complexidade do sistema de saúde em diferentes níveis, destaca-se a multiplicidade de objetos possíveis de avaliação. Tomando, entretanto, como referencial a proposta de Avedis Donabedian (1980) que contempla a distinção entre estruturas, processos e resultados, considerou-se a possibilidade de aplicação dessas dimensões ao processo de definição dos múltiplos objetos que podem ser recortados no processo de avaliação do planejamento e execução dos planos estaduais de EPS, o que inspirou a elaboração do Quadro 1.

Quadro 1 – Dimensões, objetos, variáveis e critérios de avaliação da PNEPS

Dimensão	Objetos de avaliação	Variáveis e critérios de avaliação
ESTRUTURA	Financiamento	Volume de recursos; Formas de distribuição; Padrão de gasto.
	Pessoal (RH)	Disponibilidade e distribuição de pessoal responsável pela EPS.
	Infraestrutura física e material	Espaço físico/virtual; tecnologias de informação e comunicação (TICs).
PROCESSOS	Gestão da PNEPS	Modelo de gestão adotado para a PNEPSPNEPS/ articulação interfederativa.
	Processo educativo	Modelos de formação adotado para a EPS (perspectivas pedagógicas).
RESULTADOS	Planos de ação (PEEPS)	Processo de elaboração do plano; Grau de implantação do plano; Cobertura alcançada.
	Práticas educativas propriamente ditas	Eficácia; Eficiência; Efetividade; Qualidade técnico-científica; Satisfação dos participantes.
	Experiências de mudanças a partir das ações de EPS	Impacto (efeito nas práticas de saúde).

Fonte: elaborado pelas autoras.

Em cada uma das dimensões – estrutura, processo e resultados – pode-se identificar a existência de diversos objetos de avaliação, quais sejam:

- a) **Estrutura:** recursos (financeiros, humanos, físicos e materiais), alocados (em volume e formas de distribuição e utilização), para a implementação da PNEPS;
- b) **Processos**, especialmente a avaliação do processo de gestão da política e o processo de implementação da política, e a avaliação do “processo educativo”, aqui entendido como a avaliação do(s) modelo(s) de formação adotada na PNEPS;
- c) **Resultados** alcançados durante o processo de implementação da Política, que contempla três “momentos”,¹ quais sejam a elaboração do Plano Estadual/Municipal de EPS, a programação e execução das ações de EPS propostas no Peeps.

Desse modo, a avaliação dos Resultados pode levar em conta produtos parciais do processo de planejamento e execução dos PPEPS, contemplando, assim, três objetos: a) o plano de EPS enquanto produto do processo de planejamento; b) as práticas educativas (cursos, oficinas etc.) programadas e executadas no âmbito do SUS; c) o impacto dessas práticas educativas nas práticas de saúde realizadas pelos diversos profissionais e trabalhador es que participaram das ações de EPS.²

A compreensão acerca da multiplicidade possível de dimensões e objetos de avaliação confluí para a definição do objeto de avaliação a ser privilegiado

1 Adotamos aqui o conceito de “momento” segundo o enfoque estratégico-situacional (MATUS, 1993; TEIXEIRA, 2010), distinto de etapas, o que significa que o planejamento (elaboração do PEEPS), operacionalização (execução das ações propostas no PEEPS e avaliação do impacto das ações de EPS sobre as práticas de saúde – gerenciais, promocionais, preventivas ou assistenciais –, podem acontecer de forma sequencial ou simultânea, a depender da dinâmica institucional de cada Secretaria Estadual e Municipal.

2 Cabe registrar, inclusive, que se problematizou até que ponto práticas de EPS podem contribuir para a mudança e/ou transformação das práticas de saúde, pressuposto que, todavia, constitui um princípio básico da EPS, na medida em que se supõe que a qualificação técnica, através da apropriação de atualização de conhecimentos e atualização de habilidades dos profissionais de trabalhadores de saúde incidem sobre a qualidade técnico-científica das práticas de saúde.

no momento atual de implementação da PNEPS, qual seja, o produto do processo de planejamento das ações de EPS no âmbito estadual, isto é, o Plano Estadual de EPS que foi solicitado pelo DEGES a todas as secretarias estaduais de saúde, com base nas orientações (BRASIL, 2018a) metodológicas encaminhadas.

O prazo que foi estipulado para a elaboração deste plano foi dezembro de 2018, o que significa que as SES devem encaminhar para o DEGES estes documentos nos próximos meses. A leitura e apreciação crítica desses documentos, evidentemente vão levar em conta as características do desenvolvimento institucional de cada secretaria estadual, especificamente do setor responsável pela gestão da educação e trabalho na SES.

Além disso, considerou-se importante levar em conta o grau de desenvolvimento do processo de regionalização em cada estado, o nível de articulação do “quadrilátero” (CECCIM; FUERWERKER, 2004) da EPS, ou seja, a articulação entre as SES, instituições de ensino-serviço, profissionais de saúde e usuários, e também o estágio de desenvolvimento do sistema de informação em saúde, especialmente a produção e análise de informações sobre a força de trabalho em saúde em cada estado e no SUS estadual em particular.

Isso porque questionou-se a “quem” devem ser dirigidas as ações de EPS, considerando-se a diversidade de vínculos empregatícios que caracterizam o mercado de trabalho no setor atualmente, e a coexistência de vínculos formais e precários no âmbito da rede de serviços públicos de saúde vinculados direta ou indiretamente às SES.

De todo modo, apesar da heterogeneidade que se sabe existir no SUS quando se compara regiões e estados do país, heterogeneidade que se evidenciou, inclusive, durante as oficinas regionais da PNEPS realizadas em 2017. (BRASIL, 2018b) Os participantes da oficina de avaliação consideraram necessário avançar na definição de um instrumento que oriente e facilite a avaliação dos Planos Estaduais de EPS.

Nesse sentido, passou-se a trabalhar coletivamente na elaboração de uma matriz de análise que levou em conta as atribuições e competências dos níveis federal e estadual com relação ao processo de planejamento, monitoramento e avaliação dos planos, contemplando os indicadores, variáveis e critérios de avaliação a serem utilizados no processo.

Proposta metodológica para o monitoramento e avaliação do processo de planejamento das ações de EPS nos estados

Para a elaboração da proposta metodológica de avaliação dos planos de EPS nos estados, tomou-se como ponto de partida uma matriz preliminar elaborada com base nas orientações metodológicas para o planejamento das ações de EPS no SUS (BRASIL, 2018a), manual técnico que foi encaminhado a todos aos órgãos das secretarias estaduais de saúde responsáveis pela gestão da PNEPS, como subsídio para o desenvolvimento do processo de elaboração do Plano Estadual de EPS, nos estados.

A matriz construída a partir dos debates na oficina de avaliação (Apêndice 1), constitui, assim, uma proposta de instrumento que pode ser aplicado para avaliar os planos estaduais de EPS (PEEPS). Dessa matriz consta dois níveis de avaliação, o primeiro sob responsabilidade do gestor federal (DEGES), que deve avaliar três documentos a serem encaminhados pelos estados, quais seja: a) o Plano Estadual de EPS; b) a programação anual das ações de EPS em cada Estado; c) o Relatório anual das ações de EPS executadas nos estados.

Como em 2018, foi desencadeado o processo de elaboração dos Planos Estaduais de EPS, considerou-se que este seria o objeto privilegiado de avaliação por parte do DEGES, em articulação com o próprio órgão responsável pelo plano em cada estado.

Para isso, os participantes da oficina trataram de detalhar os indicadores a serem utilizados e os critérios de avaliação de cada um. Assim, a leitura crítica do PEEPS de cada estado poderá ser feita com aplicação dessa matriz particularmente tratando-se de conferir a explicitação de cada uma das variáveis definidas para a avaliação de cada Indicador, entendido aqui como categoria de análise do PEEPS.

Assim, por exemplo, para a avaliação do “Grau de participação e contribuição dos atores estratégicos na elaboração do PEEPS”, deverá se checar: a) Mapear esses atores nas etapas destinadas à elaboração do plano; b) Se o plano contém as necessidades de EPS identificadas, levando em conta a situação de saúde da população do estado e as políticas e programas prioritários da SES para o enfrentamento dos problemas e atendimento das necessidades de saúde dos diversos grupos populacionais; c) Especificação do público-alvo das ações de EPS, isto é, os profissionais e trabalhadores de saúde que serão

convidados a participar de ações de EPS, em número (quantidade) e tipo (categorias profissionais contempladas); d) Propostas apresentadas, ou seja, as atividades de EPS propostas pelos atores estratégicos (representantes do quadrilátero da EPS), de modo que se possa avaliar, indiretamente, o grau de participação e comprometimento de cada ator.

Seguindo a mesma lógica, foram definidas as variáveis a serem observadas na avaliação da estrutura de apoio para a formulação do plano (PEEPS), contemplando a) a existência de setor específico responsável pela elaboração no PEEPS no organograma nas SES; b) a definição de equipe técnica para elaboração do PEEPS; c) disponibilidade de apoio logístico para a elaboração e execução do plano; d) disponibilização de informações sobre a força de trabalho, levando em consideração os distintos tipos de vínculo.

A seguir, a matriz contempla a avaliação da metodologia utilizada para a formulação do plano, categoria que foi desagregada em cinco subcategorias que dizem respeito aos momentos do processo de elaboração do plano, qual seja a “Análise da situação”, a “Definição dos objetivos e metas”, “Análise de viabilidade das ações propostas”, “Programação das ações de EPS” e inclusão de “Mecanismos de acompanhamento e avaliação das ações de EPS” conforme estabelecido, inclusive nas orientações metodológicas já citadas. (BRASIL, 2018a) Além disso, foi incluído mais um indicador (categoria de análise), que contempla a apresentação e aprovação do PEEPS nas instâncias gestoras do SUS estadual (CIB e CES), momento que corresponde à formalização política do plano, expressando o compromisso da gestão com sua execução.

Como se pode constatar, para cada uma dessas categorias e subcategorias foram especificadas as variáveis a serem observadas, constituindo um conjunto de 34 aspectos a serem conferidos no documento plano e, se necessário, junto à própria coordenação do processo de elaboração do PEEPS. A aplicação dos critérios de avaliação de cada variável e indicador, conforme consta da matriz, constitui um *check-list* cuja pontuação final deverá servir para se aferir a qualidade técnica do plano e a adequação de suas propostas às necessidades e demandas de EPS do SUS em cada estado, bem como servirá para a identificação de lacunas e dificuldades enfrentadas pelas SES para implementar a PNEPS.

Considerações finais

O resgate da PNEPS à agenda governamental produziu um movimento nacional de defesa e reafirmação da sua pertinência e importância para a melhoria da qualidade do trabalho no âmbito do SUS. A análise do processo de implementação da política em todas as regiões do Brasil, mostrou o grau de heterogeneidade dos estados e os diferentes níveis de implementação da política de EPS, identificados pelos relatórios das oficinas regionais realizadas em 2017.

Dentre os desafios postos para a implementação da política destaca-se, por unanimidade nos estados, a importância da institucionalização do planejamento das ações de EPS, e da implementação de um sistema de monitoramento e avaliação da PNEPS com definições claras das responsabilidades de cada nível de governo, garantindo a autonomia dos espaços descentralizados, a interlocução entre diferentes níveis, com a participação dos diversos atores e a articulação com as instâncias gestoras do SUS.

O processo de formulação dos planos de EPS, portanto, pode ser considerado como uma grande oportunidade para se avançar com a implementação da política imprimindo uma racionalidade estratégica de gestão e avaliação, ao tempo em que qualifica e apoia tecnicamente as equipes responsáveis por acompanhar e fazer a gestão da EPS nos estados. Ademais, a institucionalização de um processo de monitoramento e avaliação do planejamento e execução dos planos estaduais de EPS certamente pode contribuir para o desenvolvimento institucional dessa área no âmbito das SES, e consequentemente, para a melhoria da gestão do SUS.

Referências

- ANTUNES, R. *Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo, 2013.
- BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 150, n. 206, p. 1-4, 23 out. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004*. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como

estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. [Brasília, DF], 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007*. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. [Brasília, DF], 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Planejamento das Ações de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde: orientações*. Brasília, DF: MS, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília, DF: MS, 2009. (Série Pactos Pela Saúde 2006, 9). Disponível em: <http://portalsauda.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/319-sgtes-p/gestao-da-educacao-raiz/gestao-da-educacao/9619-PNEPS>. Acesso em: 20 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria de Consolidação nº 3 GM/MS, de 28 de setembro de 2017*. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório final: análise do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)*. [Brasília, DF]: MS, 2018b.

BREHMER, L. C. F.; RAMOS, F. R. S. Experiências de integração ensino-serviço no processo de formação profissional em saúde: revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 16, n. 1, p. 228-237, jan./mar. 2014.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da formação para área da Saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

DONABEDIAN, A. *The definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980. (Explorations in Quality Assessment and Monitoring, 1).

FERRAZ, L.; VENDRUSCOLO, C.; MARMETT, S. Educação Permanente na Enfermagem: uma revisão integrativa. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v. 28, n. 2, p. 196-207, maio/ago. 2014.

FRANÇA, T. et al. A capilaridade da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. *Congresso Ibero-Americano de Investigação Qualitativa*, [s. l.], v. 2, p. 66-75, 2016. Atas: *Investigação Qualitativa em Saúde*.

GONÇALVES, C. B. *et al.* A retomada do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. Especial 1, p. 12-23, ago. 2019.

HARTZ, Z.; SILVA, L. M. V. da. (org.). *Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

KUABARA, C. T. M. *et al.* Integração ensino e serviços de saúde: uma revisão integrativa da literatura. *REME: Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 195-201, jan./mar. 2014.

MACÊDO, N. B.; ALBUQUERQUE, P. C.; MEDEIROS, K. R. O desafio da implementação da educação permanente na gestão da educação na saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 379-401, maio/ago. 2014.

MACHADO, M. H.; XIMENES NETO, F. R. G. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1971-1980, 2018.

MARQUES, A. P. P. Reestruturação produtiva e recomposição do trabalho e emprego: um périplo pelas “ovas” formas de desigualdade social. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1545-1554, 2013.

MATUS, C. *Política, planejamento e governo*. Brasília, DF: IPEA, 1993. 2 vol.

NICOLETTTO, S. C. S. *et al.* Desafios na implantação, desenvolvimento e sustentabilidade da Política de Educação Permanente em Saúde no Paraná, Brasil. *Saúde e Socioedade*, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1094-1105, 2013.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 75-91, 2003.

PEDUZZI, M. *et al.* Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013.

PINTO, I. C. M. P. *Ascensão e queda de uma questão na agenda governamental: o caso das organizações sociais da saúde na Bahia*. 2004. Tese (Doutorado em Administração) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004.

PINTO, I. C. M. P. *et al.* Gestão do Sistema Único de Saúde. In: PAIM, J. S. (org.). *SUS: tudo o que você precisa saber*. São Paulo: Atheneu, 2019. p. 151-170.

PORTELA, M. C. Avaliação da qualidade em saúde. In: ROZENFELD, S. (org.). *Fundamentos da vigilância sanitária*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 259-269.

RIOS, D. R. S.; TEIXEIRA, C. Mapeamento da produção científica sobre o Programa Mais Médicos. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 794-808, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170887>. Acesso em: 22 fev. 2022.

TEIXEIRA, C. F. *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: Edufba, 2010.

TEIXEIRA, C. F.; VILASBÔAS, A. L. Q. Modelos de atenção à saúde no SUS: transformação, mudança ou conservação? In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (org.). *Saúde Coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 287-301.

VIANA, A. L. et al. Organização do Sistema Único de Saúde. In: PAIM, J. S. (org.). *SUS: tudo o que você precisa saber*. São Paulo: Atheneu, 2019. p. 109-131.

Apêndice 1 - Matriz de monitoramento e avaliação do processo de planejamento das ações de EPS nos estados

Níveis de gestão	Responsabilidades	Órgão gestor	Indicadores	Variável	Periodicidade	Critério de avaliação/Escala
Federal	Acompanhar e monitorar a elaboração e execução do Plano Estadual de EPS nos estados.	SEGTES/ DEGES	piano Estadual de EPS elaborado.	Coerência interna do PEEPS, Coerência externa do PEEPS.	Anual	Coerente, Pouco coerente, Incoerente.
		Idem	Programação anual das ações de EPS elaborada	Coerência interna da programação anual das ações de EPS. Coerência externa da programação anual das ações de EPS.	Trimestral/ semestral	idem
		Idem	Relatório anual de ações de EPS executadas os estados.	Grau de cumprimento de metas (atividades programadas).	Anual	Em %
Estadual	Acompanhar, monitorar e avaliar o planejamento e execução das ações de educação permanente em saúde implementadas no âmbito estadual.	Lócus institucional do planejamento estadual de EPS.	Grau de participação e contribuição dos atores estratégicos na elaboração do PEEPS.	1. Frequência nas reuniões/oficinas; 2. Necessidades identificadas; 3. Público-alvo das ações de EPS; 4. Propostas apresentadas;		
			Estrutura de apoio para a formulação do plano (PEEPS).	5. Existência de setor específico responsável pela elaboração no PEEPS no organograma nas SES; 6. Definição de equipe técnica para elaboração do PEEPS; 7. Apoio logístico para a elaboração e execução do plano; 8. Disponibilização de informações sobre a força de trabalho, levando em consideração os distintos tipos de vínculo.	Incipiente (e), Parcial (e + f), Semi-plena (e + f+ g), Plena (e + f+ g+ h).	

continua...

Níveis de gestão	Responsabilidades	Órgão gestor	Indicadores	Variável	Periodicidade	Critério de avaliação/Escala
Estadual Acompanhar, monitorar e avaliar o planejamento e execução das ações de educação permanente em saúde implementadas no âmbito estadual;	Lócus institucional do planejamento estadual de EPS.	Metodologia utilizada para a formulação do plano.	9. Registro sumário da metodologia e da organização do processo de elaboração do plano no documento final (PEEPS); 10. Descrição das etapas realizadas para a elaboração do plano, evidenciando tempo decorrido e participantes. 11. Descrição das técnicas utilizadas e referenciais que fundamentaram a elaboração do plano; 12. Descrição da realização de oficinas regionais para a elaboração do plano (PEEPS);	9. Registro sumário da metodologia e da organização do processo de elaboração do plano no documento final (PEEPS); 10. Descrição das etapas realizadas para a elaboração do plano, evidenciando tempo decorrido e participantes. 11. Descrição das técnicas utilizadas e referenciais que fundamentaram a elaboração do plano; 12. Descrição da realização de oficinas regionais para a elaboração do plano (PEEPS);	Anual	Incipiente; Parcial; Semiplena; Pleno.

continua...

Níveis de gestão	Responsabilidades	Órgão gestor	Indicadores	Variável	Periodicidade	Critério de avaliação/Escala
Estadual	Acompanhar, monitorar e avaliar o planejamento e execução das ações de educação permanente em saúde implementadas no âmbito estadual.	Lócus institucional do planejamento estadual de EPS.	Coerência e abrangência dos objetivos e das estratégias definidas.	20. Coerência dos objetivos e atividades com os problemas e necessidades identificadas na análise de situação da FTS no SUS estadual; 21. Abrangência dos objetivos em função da diversidade regional no território do Estado (diversidade geográfica, epidemiológica, organizacional e gerencial do SUS); 22. Relação das ações do plano com questões macro políticas;	Incipiente Parcial Semi-plena Plena	
			Análise de viabilidade do PEEPS,	23. Disponibilidade de recursos financeiros para execução das ações propostas; 24. Disponibilidade de pessoal e recursos materiais para execução das ações propostas; 25. Capacidade de gestão operativa das ações propostas; 26. Capacidade de articulação interinstitucional para garantir a execução das ações propostas;		
			Definição e coerência da programação.	27. Relação entre as ações de EPS propostas e as políticas e prioridades do SUS ao nível federal e estadual; 28. Relação entre ações de EPS propostas e os objetivos e estratégias do Plano Estadual de Saúde; 29. Inclusão de atividades voltadas para as dimensões sistêmica, dos serviços e das práticas; 30. Identificação de responsáveis por atividades; recursos disponíveis, cronograma/prazo de execução e indicadores;		
				31. Encadeamento e integração entre as ações; 32. Abrangência das ações em função da diversidade regional no território do Estado (diversidade geográfica, epidemiológica, organizacional e gerencial do SUS);		

continua..

conclusão

Níveis de gestão	Responsabilidades	Órgão gestor	Indicadores	Variável	Periodicidade	Critério de avaliação/Escala
			Mecanismos de acompanhamento E avaliação do PEEPS.	33. Indicação/descrição dos mecanismos de acompanhamento e avaliação do plano de EPS;		Sim (); Não ()
			Aprovação nas instâncias gestoras do SUS estadual (CIBE, CES).	34. Checar se houve aprovação do Plano de EPS junto às instâncias definidas pela Portaria GM/MS 1996/2007.		Sim (); Não ()

Avaliação e Educação Permanente em Saúde

bases teórico-conceituais e aproximações entre as áreas

*LILIANA SANTOS • ISABELA CARDOSO MATOS PINTO •
MONIQUE AZEVEDO ESPERIDIÃO • CLÁUDIA FELL AMADO •
CÉLIA REGINA RODRIGUES GIL • LÍGIA MARIA VIEIRA-DA-SILVA*

Introdução

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, levou o Brasil a importantes avanços institucionais nas três esferas de governo. Em que pese os aspectos jurídico-legais do SUS estarem bastante sistematizados e articulados no âmbito da gestão do sistema, ainda se constata a inadequação do financiamento do sistema e a necessidade de implementação de mecanismos voltados à qualificação dos serviços, tanto nas práticas de gestão como de prestação do cuidado em saúde à população.

Por mais de duas décadas, as reflexões em torno do planejamento estratégico como ferramenta de análise crítica para a organização e direcionalidade do trabalho, contribuíram para evidenciar a complexidade das práticas de gestão e do cuidado em saúde. Entretanto, é preciso destacar que tão importante quanto planejar, é monitorar e avaliar os avanços das políticas, programas, projetos e ações planejadas numa perspectiva de promoção de mais equidade e resolutividade na oferta do cuidado. Nesse sentido, a avaliação em saúde tem se mostrado um campo fundamental capaz de dar visibilidade aos avanços e desafios presentes no âmbito da gestão do SUS e das práticas do cuidado em saúde.

No âmbito da Política de Educação Permanente em Saúde, a perspectiva avaliativa compreende a análise crítica das abordagens pedagógicas adotadas

nas ações educativas, a sua relação com as necessidades de formação dos trabalhadores para o processo de trabalho em saúde e o seu potencial de produzir transformações nesses processos de trabalho. A despeito de existirem diversas publicações voltadas para a avaliação da educação permanente em saúde (FELICIANO et al., 2008; RAMOS et al., 2022; SMEKE; OLIVEIRA, 2009), as diversas abordagens da avaliação em saúde possibilitam também variadas maneiras de desenvolver estudos avaliativos sobre essa temática. Por essa razão, existem lacunas relacionadas com a sistematização das alternativas para a avaliação da Educação Permanente em Saúde (EPS).

Da mesma forma, a organização de um sistema de informação voltado para a educação dos profissionais de saúde, bem como a proposição de indicadores para acompanhamento anual da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que tem sido posta como um dos objetivos a serem implementados pelo conjunto de atores envolvidos na sua operacionalização, desde a publicação no ano de 2004 e posteriormente em 2007, constitui-se em importante iniciativa, porém insuficiente. Não basta ter um sistema de informação. É preciso fazer perguntas avaliativas e desenhar estudos voltados para a sua resolução.

Dessa forma, um conjunto de problemas é colocado ao pensarmos a avaliação e monitoramento da EPS, incluindo aspectos que envolvem seus fundamentos e abordagens; a definição de métodos, técnicas e instrumentos; a perspectiva de distintos interessados e seus pontos de vista, bem como o uso a ser feito das informações produzidas.

Considerando que a EPS, enquanto intervenção, corresponde a um conjunto de práticas sociais que têm por objetivo a transformação de outras práticas, quais sejam, os processos de trabalho em saúde, fica evidente a relação entre as ações educativas e a transformação das práticas, o que necessariamente conecta o desenvolvimento destas ações a estratégias sistemáticas para seu monitoramento e avaliação. Não menos importante, enfatiza-se a necessária explicitação do entendimento acerca do conceito de EPS. Uma diversidade de noções e termos são encontrados para descrever a experiência da formação de trabalhadores em saúde: treinamento em serviço, capacitação, educação no trabalho, educação em serviço, educação continuada, educação permanente.

Sem ter a pretensão de ser prescritivo e, tampouco esgotar a temática em questão, este capítulo caminha pelas duas áreas – da avaliação e da educação permanente em saúde – buscando potencialidades intersecções entre elas, com a finalidade de impulsionar iniciativas que as fortaleçam e que reverberem positivamente no SUS, em especial na organização dos serviços e oferta do cuidado em saúde.

Foi com base nesta aposta, do diálogo entre avaliação e educação permanente em saúde e do compromisso com o fortalecimento da PNEPS nas esferas de gestão do SUS, em especial nas secretarias estaduais, que se deu a apresentação, discussão e validação do dispositivo intitulado “Monitoramento e Avaliação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde”, com a finalidade de dar visibilidade aos avanços e desafios da EPS no âmbito do SUS.

O presente capítulo tem como objetivo apresentar fundamentos teóricos e abordagens metodológicas que aproximam as áreas de avaliação em saúde e EPS, tendo em vista subsidiar a elaboração de projetos avaliativos na perspectiva do fortalecimento da institucionalização da avaliação desta ao interior dos sistemas de saúde e no âmbito da pesquisa avaliativa.

Educação permanente em saúde: bases históricas e aspectos teórico-conceituais

A construção de teorias e conceitos precisa ser compreendida numa perspectiva sócio-histórica, uma vez que ocorre em um determinado contexto e a partir da relação entre atores e sujeitos. As aproximações teórico-conceituais aqui apresentadas, representam percepções e reflexões de um caminhar coletivo em um determinado cenário cujo tema é a educação permanente para o desenvolvimento de ações de saúde e o palco é a forma como se organiza o trabalho dos profissionais diante das necessidades de saúde da população.

A EPS pode se configurar como ferramenta de gestão, estratégia metodológica e política pública. No âmbito das práticas de saúde, contribui para a problematização acerca dos processos de trabalho integrando saberes e necessidades da população, na perspectiva do aprimoramento das ações desenvolvidas por profissionais de saúde.

A emergência dos debates acerca da educação na área da saúde se configurou diante do conjunto de reformas setoriais de muitos países, desencadeadas pela meta de Saúde para Todos no ano 2000 (BRASIL, 2002) e pelos pressupostos trazidos pela Atenção Primária à Saúde, que não se traduziram em melhores resultados para as práticas em saúde, dado que os estilos de gestão ainda vigentes, na prática, consideram tanto os usuários como os profissionais que atuam nos serviços de saúde, meros objetos e não sujeitos dos processos. (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994)

Ainda que em décadas anteriores (1960-1970) apresentassem reflexões importantes sobre educação e trabalho inspiradas, de um lado pelo debate acerca da necessidade de reordenamento das práticas de saúde de maneira participativa e de outro pelas vertentes mais emancipadoras da educação de adultos, tendo como grande inspiração Paulo Freire, cuja visão crítica confrontou a educação bancária, passiva, centrada na instrumentalização, abrindo possibilidades para a produção de uma educação humanizadora, emancipatória e desalienante do trabalho. (FREIRE, 1978)

Na saúde, é pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) que tais reflexões chegam ao contexto brasileiro, já permeado pelas ideias freireanas e por um conjunto de iniciativas que buscavam problematizar a questão do trabalho e estimular o protagonismo dos trabalhadores diante de seus cotidianos e processos de aprendizagem. Neste terreno fértil, tais ideias ganharam força, especialmente pelo Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da OPAS e da Organização Mundial da Saúde (OMS), na década de 1980.

Enquanto estratégia para o aprimoramento da gestão, a EPS se articula a um conjunto de ações destinadas ao melhoramento da qualidade do trabalho em saúde que deve se colocar como um projeto institucional à luz do planejamento estratégico. Portanto, a EPS supõe mudanças na cultura institucional nas práticas de gestão e na forma de atuação das equipes de saúde para enfrentar os problemas e garantir a qualidade das intervenções. Nesse sentido, a organização e gestão dos processos de trabalho passam a ser entendidas como processos educativos e de transformação do próprio trabalho. (QUINTANA; ROSCHKE; RIBEIRO, 1994)

Embora a Educação Permanente tenha emergido de uma vertente pedagógica da formação de trabalhadores, foi apenas na área da saúde que ganhou

um *status* de política pública, com a proposta de Educação Permanente para o Pessoal de Saúde e posterior *status* de Política Nacional, no âmbito do Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, a partir do ano de 2003, ficando nítido o investimento no enfoque estratégico do planejamento como um novo modo de se fazer a gestão na saúde. (BRASIL, 2004, 2007; CECCIM, 2005)

A institucionalização da Política de EPS deu-se pela publicação, da Portaria nº 198 do Gabinete do Ministro/ Ministério da Saúde (GM/MS) de 2004, que propôs que as ações educativas destinadas a trabalhadores da saúde partissem da análise das necessidades de saúde da população, da gestão setorial e do controle social em saúde, visando a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho e que sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho. (BRASIL, 2004)

Em um processo de revisão pactuado com gestores, representantes das universidades e conselho nacional de saúde, houve nova publicação da política, com a publicação da Portaria GM/MS nº 1996, em 2007. Dessa forma, a PNEPS passou a se vincular ao Pacto pela Saúde e os gestores municipais e estaduais, por meio dos colegiados de gestão, passaram a ser os principais responsáveis pela condução da PNEPS. (BRASIL, 2006) Essa portaria instituiu as Comissões de Integração Ensino Serviço (CIES), compostas por representantes gestores do SUS e da educação, trabalhadores do SUS e representantes de instituições de ensino com cursos na área da saúde, já anunciadas na Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB-RH/SUS). (BRASIL, 2005b)

Passadas quase duas décadas desde sua instituição enquanto política, a EPS continua presente na gestão do SUS, com os avanços e desafios de ações comprometidas com a qualidade do cuidado aos usuários e com o modo de se fazer saúde a partir e com os trabalhadores. Nesse intervalo de tempo, algumas ações, tais como oficinas para analisar coletivamente o andamento e as proposições da PNEPS, e o repasse de financiamento para que as Secretarias Estaduais de Saúde elaborassem Planos Estaduais de EPS foram desencadeadas.

Em artigo publicado recentemente, Gonçalves e demais autores (2019) sistematizaram um conjunto de ações que deram alguma sustentação ao desenvolvimento da EPS nos cenários estaduais, dentre as quais o Programa

para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde (Pro EPS-SUS). Além disso, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) do Ministério da Saúde (MS), em parceria com a OPAS/OMS, criou o Laboratório de Inovações em Educação na Saúde com ênfase na EPS que buscou dar visibilidade e reconhecimento às ações de EPS desenvolvidas por estados e municípios.

Para subsidiar tecnicamente o processo de planejamento e programação das ações de EPS nos estados, foi elaborado um manual, intitulado *Orientações para o planejamento das ações de Educação Permanente em Saúde no SUS*, encaminhado a todas as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS). (GONÇALVES et al., 2019) Mais recentemente, e como consequência desse conjunto de ações mencionados anteriormente, foi desenvolvida uma série de oficinas de consenso, visando a elaboração de referências para o monitoramento e avaliação das políticas e ações de EPS no território brasileiro, reconhecendo-se o caráter estratégico destas ações, bem como a vida desta Política, sustentada pelo conjunto de trabalhadores e gestores do SUS. A sistematização dessa experiência é o objeto deste livro.

A centralidade do trabalho

Há diferentes compreensões acerca do conceito de trabalho que se modificam ao longo do desenvolvimento da civilização. Em cada sociedade, bem como nos distintos momentos históricos, são reconfigurados as práticas e os conceitos acerca do trabalho. Para compreender o trabalho em saúde é preciso vê-lo como um mundo próprio, dinâmico, diversificado e repleto de singularidades que se manifestam de acordo com as necessidades e problemas de saúde apresentados pelos usuários nos diferentes serviços. (BRASIL, 2005a)

O conceito clássico da abordagem materialista histórica comprehende o trabalho como ação humana que transforma intencionalmente a natureza, ou seja, na relação com a natureza, a humanidade produz e ressignifica a si e a sua própria existência e satisfaz as suas necessidades. Assim, o trabalho é parte da vida e, por conseguinte, categoria central quando se analisa a relação da humanidade com a natureza e sua organização em sociedade. (PEREIRA; RAMOS, 2006; RAMOS, 2007)

A emergência e sistematização do conceito de EPS contou com a importante contribuição de Mario Rovere, médico argentino cujas primeiras formulações sobre a Educação Permanente (EP) na área da saúde, já apontavam seu grande potencial de intervenção na produção de mudanças nos processos de trabalho. Segundo ele,

a Educação Permanente em Saúde é a educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho nos diferentes serviços, cuja finalidade é melhorar a saúde da população [...] quer dizer, de novas formas de fazer as coisas. Pode constituir-se em uma das principais estratégias para melhorar a qualidade dos serviços de saúde.¹ (ROVERE, 1994, p. 83, tradução nossa)

Essa concepção demarca um dos princípios mais estruturantes da EPS: a centralidade do trabalho. Partindo dessa ideia, a EPS vai se constituindo como exercício cotidiano dos profissionais de saúde que, problematizando suas práticas, trazem para centralidade de seus processos de trabalho a análise e intervenção junto às necessidades de saúde. Isso implica tomar o trabalho como princípio, processo e resultado das ações formativas, que não se encerram com a aquisição de conhecimentos técnico-científicos, mas com o estabelecimento de novos sentidos e novas formas de organizar o trabalho, ou seja, transformar a realidade, partindo da premissa freireana que indica que “[...] a prática do desvelamento da realidade constitui uma unidade dinâmica e dialética com a prática da transformação da realidade”. (FREIRE, 1992, p. 103)

A EPS se situa no contexto em que ocorre uma virada no pensamento acerca das ações educativas voltadas à formação e qualificação de profissionais da saúde e o processo de trabalho passa a ser valorizado como espaço privilegiado de aprendizagem. (RIBEIRO; MOTTA, 1996) A busca pela transformação do processo de trabalho, orientado para a melhoria da qualidade dos serviços e da equidade no cuidado é o ponto de partida dessa virada.

1 Do original: “la Educación Permanente en Salud es la educación en el trabajo, por el trabajo y para el trabajo en los diferentes servicios, cuya finalidad es mejorar la salud de la población [...] es decir, de nuevas formas de hacer las cosas. puede constituirse en una de las principales estrategias para mejorar la calidad de los servicios de salud”.

Processos de Trabalho em Saúde e EPS: aproximações e desafios

Gonçalves (1994) foi quem trouxe as primeiras reflexões sobre a composição do trabalho em saúde evidenciando duas dimensões: a material e a imaterial. A dimensão material da produção do cuidado em saúde é concreta e envolve múltiplos e diversos fatores materiais, desde a produção de tecnologias e equipamentos de apoio diagnóstico, produção e disponibilização de insumos e medicamentos, recursos de infraestrutura física e matéria, apoio logístico, transporte, tecnologia e ferramentas de informação e comunicação, normas e protocolos, entre outros. Até poucas décadas atrás, aqui também se contabilizavam os “recursos humanos” traduzidos em pessoas necessárias e disponíveis para a prestação dos serviços.

A dimensão imaterial, para o autor, descontinuou a subjetividade presente no ato da prestação do cuidado em saúde, problematizou o conceito de recursos humanos trazendo para o centro das reflexões o papel que os trabalhadores têm na produção do cuidado uma vez que não são sujeitados e, sim, sujeitos ativos no processo. E o que mudou a partir das reflexões sobre a dimensão imaterial do trabalho? Mudou a compreensão de que é nessa dimensão que se estabelecem as relações de produção do cuidado e que o cuidado é uma produção técnica e social do trabalho em saúde. Em relação aos profissionais, importa destacar que os “recursos humanos” são pessoas que possuem valores e princípios de vida, diferentes aportes de conhecimentos, expectativas e trajetórias profissionais, vivências, sonhos e projetos. São esses os sujeitos sociais que recebem as demandas, analisam as situações trazidas pelos usuários e produzem o cuidado em saúde que é singular para cada atendimento realizado.

Campos (1998) discute que a organização do trabalho em saúde herdou a lógica taylorista para a produção de suas ações, priorizando processos da divisão técnica e hierárquica e reproduzindo a fragmentação dos modos de se fazer a gestão dos serviços e de se prestar o cuidado em si. Tanto a formação em saúde, técnica e superior, como a organização dos serviços estiveram sob influência dos modelos tecnocentrados e rigidamente hierarquizados ao longo de décadas. Basta ver a excessiva verticalização, departamentalização e burocratização das organizações e serviços de saúde.

Embora muito se discuta sobre a organização do cuidado centrado no usuário, na prática, ainda que tais efeitos tenham sido minimizados após a instituição do SUS, do fortalecimento da atenção básica/atenção primária e das diretrizes curriculares nacionais dos cursos da área da saúde, ainda persistem as formas de gestão e de prestação do cuidado distantes de ter o usuário na centralidade do trabalho. Exemplo disso é o trabalho organizado e estruturado com base em rotinas e regras e com carteiras agendadas de serviços planejadas para atender as convenções dos serviços e profissionais, criando um *modus operandi* que, muitas vezes, não se adequa às necessidades e problemas de saúde dos diferentes territórios.

Nesse contexto, é possível constatar que o trabalho em saúde não se realiza de modo individual, isolado. Ao contrário, ele se dá pela interação de pessoas: aquelas que produzem equipamentos e aparelhos, as que compartilham o cuidado num mesmo serviço de saúde e as que têm interesses e necessidades a serem resolvidas.

No Brasil, o estudo do campo da saúde se deu por duas grandes vertentes temáticas que foram as políticas de organização dos serviços e o mercado de trabalho em saúde. Para Peduzzi e Schraiber (2009), foi na década de 1960, os estudos sobre a profissão médica realizados por Donnangelo (1975, 1976), trouxeram os primeiros aportes sobre as relações entre saúde e sociedade e a medicina como prática social do trabalho modificando as concepções vigentes naquele período.

Ainda, para Peduzzi e Schraiber (2009), ao recuperar as concepções de trabalho vivo e trabalho morto apresentados por Marx (1994), Merhy nos remete à definição de que o trabalho morto “[...] são todos os produtos-meio que estão envolvidos no processo de trabalho e que são resultado de um trabalho anteriormente realizado”. (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009) Pode-se exemplificar o trabalho morto como aquele que se expressa por meio dos equipamentos e instrumentos produzidos, normas e protocolos estabelecidos, entre outros.

Por sua vez, o trabalho vivo carrega em si a potencialidade transformadora do trabalho e é, portanto, instituinte, ou seja, pode abrir linhas de fuga no já instituído e, assim, produzir mudanças nos processos de trabalhos e nos modos como se faz o cuidado em saúde. A produção do cuidado, a depender de como é realizado, pode utilizar predominantemente uma ou

outra tecnologia. (MERHY, 2002; MERHY; FRANCO, 2009) Dessa forma, se o modo do cuidar estiver calcado na lógica instrumental, normativa, haverá predominância da tecnologia dura, se houver maior ênfase nos processos relacionais, com mais flexibilidade e liberdade, a tecnologia leve estará mais presente. Mas cabe destacar que, no ato do cuidar, sempre haverá inter-relação entre as diferentes tecnologias. O que a EPS almeja, é um investimento, uma aposta cada vez maior na predominância das tecnologias leves no ato do cuidado em saúde.

É importante compreender que o trabalhador em saúde tem um grau de autonomia na produção do cuidado e na própria gestão do seu trabalho. O mundo não pode ser apreendido em sua totalidade pelas normas e protocolos, pois pode haver situações inesperadas nas quais o trabalhador precisa encontrar sua rota de fuga para realizar o cuidado. Em um atendimento que em tese poderia ser tranquilo, o trabalhador pode ser surpreendido por uma queixa inesperada, por exemplo, um estupro ou violência, e precisará lidar com aquilo no ato, no momento que o problema é apresentado. Assim é necessário lançar mão de sua bagagem de vida, de suas experiências e vivências para acolher a situação e à pessoa que busca cuidado.

Por fim, cabe destacar a importância da negociação e pactuação do processo de trabalho em saúde que estará definindo e sustentando a produção do cuidado em saúde. Negociar e pactuar envolve lidar com conflitos e disputas de interesses e, sobretudo, capacidade de escuta e enfrentamento de problemas, mas permite problematizar as tensões presentes no serviço e criar, de forma compartilhada, novas configurações nos modos de se produzir o cuidado, imprimir novas relações entre os trabalhadores e destes com a população.

A compreensão de que o trabalho em saúde nunca se dá de forma isolada, é sempre realizado por um trabalhador coletivo, é essencial para ressignificar a produção do cuidado e de suas configurações e viabilizações no âmbito da gestão. Apostar nas reflexões sobre o processo de trabalho clarifica a situação de que “não há trabalhador de saúde que dê conta, sozinho, do mundo das necessidades de saúde [...]”. (MERHY; FRANCO, 2009) Todos os trabalhadores têm importância e são fundamentais no setor saúde, como elos de uma corrente, um dando sentido ao trabalho do outro e todos dando sentido ao cuidar daquele que busca pelo cuidado, ou seja, o usuário.

Dessa forma, a EPS (re)afirma a premissa do cuidado em saúde centrado no usuário e em suas necessidades. Ainda, ressalta a importância do potencial criativo que envolve a produção do cuidado. Merhy (2002), Merhy e Feuerwerker (2009) e Franco e Merhy (2012) apresentam o conceito de trabalho vivo em ato compreendido como o trabalho no exato momento de sua produção, ou seja, o encontro, no ato de produção do cuidado, das tecnologias com os saberes e com as relações que se estabelecem entre o trabalhador e o usuário.

Trabalhar em saúde é trabalhar em equipe: o desafio da colaboração

Trabalho e interação humana são duas dimensões que se complementam nas equipes de saúde e forjam uma relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas produzidas por variados profissionais e a interação entre eles. Nesse bojo, a comunicação efetiva e de qualidade assume um papel central, favorecendo a cooperação entre os profissionais e a articulação das ações de cuidado em saúde. (PEDUZZI, 2001)

West e Lyubonikova (2013) discutem e apontam os principais atributos do trabalho em equipe efetivo: compartilhamento de objetivos, suporte institucional, liderança, reflexividade, corresponsabilização e acompanhamento das ações dos demais profissionais. Peduzzi e demais autores (2020) ao revisarem o conceito de trabalho em equipe, sua tipologia e seus desdobramentos no trabalho interprofissional, trouxeram um ensaio sobre as concepções de trabalho em equipe interprofissional e de outros construtos correlatos, como colaboração interprofissional e prática colaborativa interprofissional.

Nesse sentido, dada a complexidade das necessidades de saúde e do trabalho igualmente complexo necessário para o atendimento destas necessidades, a EPS configura-se como estratégia para a organização dos processos de trabalho, abrindo possibilidades de interação entre profissionais, troca de saberes e busca integrada de soluções para os desafios inerentes a este trabalho. Ações educativas tornam-se necessárias, uma vez que o conjunto de conhecimentos adquiridos nos processos de formação não responde de forma satisfatória ao conjunto de desafios que este trabalho apresenta. Sendo assim, a educação continuada, que integra práticas educativas presididas por conhecimentos científicos, direcionada a procedimentos técnicos e oferecida

em formato descendente tem validade quando conectada a estratégias de trabalho em equipe reflexivo, produtor de sentidos e transformador das condições objetivas de vida e trabalho, relacionadas à EPS.

A fim de responder à complexidade mencionada anteriormente, os processos educativos destinados a trabalhadores da saúde precisam ser desenvolvidos nas perspectivas ativas e participativas de educação, bem como resgatando saberes prévios e identificando enlaces teóricos para que novos conhecimentos sejam agregados. A aprendizagem significativa proporciona, segundo Haddad, Roschke e Davini (1994), a possibilidade de conexões entre os saberes prévios e os saberes que precisam ser produzidos diante dos desafios do trabalho. Nesse sentido, alguma necessidade vinculada aos processos de trabalho desencadeia a busca de soluções, interpretações ou conhecimentos que façam sentido para a transformação de condições objetivas e do próprio trabalho, agregando tecnologias materiais e imateriais ao desenvolvimento do trabalho, sempre realizado em equipe.

A seção seguinte busca apresentar as bases teórico-conceituais da avaliação em saúde, conectando ao desenvolvimento de ações de EPS, uma etapa significativa e pouco abordada no desenvolvimento de suas práticas: a avaliação.

Bases teórico-conceituais da avaliação e monitoramento em saúde

A avaliação em saúde pode ser considerada como um espaço social constituído por saberes, práticas, agentes e instituições. (FURTADO; VIEIRA-DA-SILVA, 2014) Corresponde a um conjunto de práticas que assumem expressões diversas, tendo sido inseridas historicamente em distintos campos sociais, com múltiplas abordagens e conceitos que variam a depender das trajetórias e posições ocupadas pelos agentes sociais nesses campos. (VIEIRA-DA-SILVA; FURTADO, 2020) Trata-se de uma concepção polissêmica que necessita de explicitação ao ser incluída em um estudo avaliativo.

Integrando duas definições polares para a avaliação em saúde, a saber, aquela centrada na utilização dos resultados da avaliação, formulada por Patton (1977) e uma outra relacionada com a pesquisa avaliativa, de Rossi, Lipsey e Freeman (2004), Contandriopoulos e demais autores (2000)

propuseram uma definição operacional segundo a qual a avaliação corresponde ao julgamento que se faz sobre uma intervenção ou sobre qualquer dos seus componentes com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões.

Tendo em vista que muito frequentemente a avaliação toma por objeto as práticas sociais e não apenas a dimensão instrumental da ação e que existem outros tipos de julgamento que não aqueles avaliativos, formulou-se, em outro trabalho, a definição de avaliação como um dos tipos possíveis de julgamento que se faz sobre as práticas sociais. (VIEIRA-DA-SILVA, 2014) Como desdobramento, a pesquisa avaliativa:

[...] corresponde ao julgamento que se faz sobre as práticas sociais a partir de uma pergunta não respondida pela literatura especializada no tema a respeito das características dessas práticas em geral ou em um contexto particular mediante o recurso à metodologia científica. A definição da pergunta que norteia a avaliação para a gestão, por sua vez, decorre do desconhecimento sobre determinados aspectos da operacionalização de um programa ou intervenção específica. [...]. (VIEIRA-DA-SILVA, 2014, p. 18)

Um conceito importante de se recuperar no estudo da avaliação é o conceito de intervenção em saúde, objeto das avaliações. Intervenções em saúde são ações organizadas para mudar uma dada realidade e podem se estruturar sob a forma de políticas, programas e projetos. (PAIM, 1993)

Constituídas pelo conjunto dos meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática. (CONTANDRIOPoulos, 2017)

As intervenções em saúde correspondem, portanto, às políticas, programas, estratégias ou ações em saúde e se constituem no principal objeto da avaliação em saúde.

Assim, no caso específico da EPS, pode-se considerar como intervenção, objeto da avaliação a política formulada pelo Ministério da Saúde, os Planos de Educação Permanente em Saúde desenhados por gestores estaduais e municipais visando a sua implementação, as ações programáticas das unidades

de saúde desenhadas com essa finalidade e as ações educativas em si: aulas, ensino tutorial, acompanhamento, entre outras atividades.

São considerados componentes de uma intervenção: a) situação problemática: situação de saúde inicial que se deseja alterar; b) objetivos: expli-cação da direcionalidade do programa e mudança pretendida; c) recursos: financeiros, humanos, materiais; d) serviços: atividades e procedimentos mobilizados para alcançar os objetivos; e) efeitos ou resultados da intervenção: aferidos na sua população alvo (curto, médio, longo, prazo); f) contexto preciso em um dado momento onde a intervenção é operacionalizada.

De modo geral, podemos dizer que, enquanto a avaliação visa subsidiar os gestores com informações mais aprofundadas e detalhadas sobre o funcionamento e os efeitos do programa, obtidas por meio de pesquisas avalia-tivas ou de avaliações para a gestão, o monitoramento permite subsidiar os gestores no acompanhamento periódico com informações mais pontuais e tempestivas sobre a operação e os efeitos do programa, resumidas em painéis ou sistemas de indicadores de monitoramento.

Para uma avaliação bem-sucedida é necessário selecionar prioridades para avaliação, ou seja, é preciso definir ou negociar o foco da avaliação. Dessa forma, deve-se levar em conta os interessados na avaliação. Esse processo se dá a partir da consulta às múltiplas fontes para elaboração do maior número possível de perguntas de avaliação, como: base de dados e literatura exis-tente, identificação de diretrizes, padrões e critérios profissionais utilizados em outros lugares e escutando a opinião de especialistas. A realização de um estudo de avaliabilidade também é indicado para a definição do foco da avaliação. Nesse processo, é importante identificar o que é relevante saber sobre uma dada intervenção, indagando a respeito dos usos que serão feitos dos resultados da avaliação e quem são os seus interessados.

As questões envolvidas no processo avaliativo têm maior possibilidade de resultarem em conhecimento a ser utilizado para o aperfeiçoamento da polí-tica ou programa, na medida em que sejam definidas conjuntamente entre o avaliador e o gestor, responsável pela implantação da intervenção. Dependem também de uma boa análise da situação. Quais os problemas das práticas de saúde que a intervenção da educação permanente visa modificar? Em que medida a intervenção educacional adotada tem potencial de modificar as práticas? A metodologia pedagógica é adequada? Foi implantada conforme

proposto? As ações educativas foram desenvolvidas conforme desenhado? Qual foi a recepção dos profissionais de saúde que participaram do processo?

A depender das perguntas da avaliação formuladas no momento exploratório e ou em estudos de avaliabilidade, o desenho e a abordagem da avaliação podem ser delineados. Essas definições vão orientar a informação a ser reunida, os critérios e padrões a serem selecionados. Esses são aspectos operacionais a serem definidos por parte de quem avalia, em diálogo e ou conjuntamente com gestores e profissionais envolvidos com a execução da política, tendo em vista o uso que poderá ser feito para a melhoria da qualidade dos processos educativos e das práticas de saúde. Tal perspectiva incorpora propósitos da avaliação focada na utilização (PATTON, 1997, 2002) e ainda procedimentos oriundos de avaliações construtivistas (FURTADO, 2001) a exemplo da denominada avaliação de quarta geração. (GUBA; LINCOLN, 1989)

A avaliação pode ser somativa ou formativa. A primeira corresponde ao tipo de avaliação realizada ao fim de uma intervenção com objetivo de prestar contas à sociedade ou agências de financiamento ou mesmo planejar futuras intervenções. Frequentemente, possui perspectiva externa. Já a avaliação formativa é realizada com finalidade de aperfeiçoar um programa, no curso da intervenção. Envolve frequentemente a participação dos gestores e executores do programa, adotando uma perspectiva externa ou mista.

Em uma avaliação formativa, que pode ser feita em diversos momentos da intervenção educacional, as perguntas são direcionadas aos profissionais participantes. Pode-se indagar sobre o conteúdo, utilidade e pedagogia do ensino ministrado ou da atividade educacional desenvolvida. O diálogo assim estabelecido permite o aperfeiçoamento dos momentos seguintes do processo educativo. Pela própria lógica da educação permanente, é desejável que as avaliações sejam formativas.

A avaliação de uma intervenção pode variar entre o julgamento de práticas cotidianas orientado pelo senso comum até a pesquisa avaliativa na qual o julgamento recorre a métodos e técnicas científicas. Entre esses dois polos do espectro da avaliação estão as avaliações para a gestão que podem aproximar-se mais de um ou de outro extremo. (VIEIRA-DA-SILVA, 2005)

Assim como outros tipos de avaliação, a avaliação de políticas e programas de educação permanente pode indagar sobre a cobertura das ações. Ou seja,

qual a proporção dos profissionais que necessitam de ações educacionais está sendo beneficiada? Essa é um tipo de avaliação frequentemente negligenciada, mas de grande importância tendo em vista que somente poderemos avaliar efeitos se a cobertura é adequada.

Também a qualidade técnico-científica das ações educacionais tem sido subestimada nas avaliações. Indagar em que medida os conteúdos relacionados com as práticas de saúde e com os processos de trabalho são atuais e adequados ao conhecimento vigente nem sempre é uma tarefa fácil. A recente pandemia da covid-19 mostrou como o conhecimento científico pode mudar rapidamente e o ajuste das práticas na ponta dos serviços de saúde requer estratégias de comunicação ágeis.

Em seguida temos as avaliações da implantação da política que requerem a criação de consensos acerca da definição da imagem-objetivo da política: em que consiste a educação permanente em saúde? Um curso pode ser considerado como parte da educação permanente? Uma oficina mensal pode ser considerada com educação permanente? Requerem um planejamento prévio para que a operacionalização da intervenção possa ser aferida. Requer a elaboração de modelos lógicos da intervenção. (MEDINA; AQUINO, 2005)

Diante de intervenções com elevado grau de implantação, as avaliações de efeito podem então ser realizadas. Quais os objetivos educacionais específicos da intervenção? Quais os objetivos relacionados com as mudanças nos processos de trabalho? As tendências recentes da avaliação de programas têm trazido propostas para dar conta dessas questões da pesquisa avaliativa diante das limitações dos desenhos experimentais na avaliação de intervenções complexas. A maioria dessas abordagens buscam incorporar a teoria, a história e flexibilizar os desenhos da pesquisa visando dar conta da complexidade do social. (VIEIRA-DA-SILVA; FURTADO, 2020)

EPS e avaliação em saúde: interfaces e aproximações

A revisão de literatura realizada para a elaboração deste capítulo identificou que grande parte do material elaborado sobre monitoramento e avaliação da EPS são documentos oficiais produzidos pelo Ministério da Saúde, OPAS e secretarias estaduais e municipais de saúde, como ao interior dos planos de EPS. A literatura científica sobre avaliação da política de educação

permanente, desenhos metodológicos, dimensões, critérios e indicadores, ainda é escassa, apesar de sua implantação no país desde 2003.

Como as ações de EPS são transversais às demais políticas, encontra-se presente como categoria do monitoramento e avaliação de tais políticas alguma descrição sobre o monitoramento da ESP, geralmente com uso e indicadores de cobertura e participação dos profissionais nos eventos formativos. Há ainda uma baixa discussão sobre os efeitos desejáveis, seja mudanças individuais como nas instituições de ensino e de saúde. Ainda é incipiente a discussão sobre a interação ensino-serviço bem como as práticas interprofissionais no sentido de identificar que modo podem ser operacionalizadas tendo em vista a construção de dimensões e indicadores para sua análise e avaliação.

Ainda assim, o presente estudo identificou um conjunto de questões que podem direcionar a construção de estratégias avaliativas e de monitoramento da EPS, evidenciando seus distintos níveis, abordagens, estratégias e desenhos, dimensões e indicadores considerados como pertinentes.

Os processos avaliativos pressupõem a delimitação do foco da avaliação o que significa dizer que se deve ter clareza diante dos objetos, níveis e atributos do que se deseja avaliar, para que se possa identificar abordagens – estrutura, processo, resultados – e estratégias para seu desenvolvimento. A explicitação do conceito e dos construtos teóricos que envolvem as estratégias de EPS é também condição necessária para a formulação de seu modelo lógico ao permitir desenhar as relações causais pertinentes a suas dimensões centrais, em particular ao interior de um quadro que situe a política e a sua dimensão político-institucional.

Nesse sentido, a revisão apontou alguns aspectos constituintes da educação permanente, quais sejam: tomar as necessidades de saúde e dos trabalhadores do serviço como objeto dos processos educativos; adotar perspectiva problematizada; adotar estratégias de articulação ensino-serviço e mais recentemente, incluir as práticas interprofissionais. O contexto da EPS e da dinâmica das instituições é também um aspecto central que deve constar do modelo, uma vez que as transformações que devem ocorrer nos serviços, não dependem apenas da atuação dos sujeitos que sofreram ações de EPS. Para a abordagem de resultados, o estudo permitiu identificar questões em múltiplas camadas, desde as mais imediatas – estudos sobre a reação

ou sondagens de opinião – e estudos sobre os impactos das ações de EPS, estes últimos, todavia, ainda a serem amadurecidos.

Níveis da avaliação das ações de EPS

Em importante e histórica contribuição à área de EPS, Haddad, Roschke e Davini (1994) discutem alguns aspectos centrais para a avaliação deste. A avaliação é tomada como uma ferramenta central para aperfeiçoar o trabalho em todas as suas etapas, envolvendo desde o enfoque institucional e metodológico para EPS; as demandas, necessidades e problemas que requerem a ação da EPS; bem como os programas as ações, selecionando as estratégias, meios e recursos disponíveis e apropriados.

Os autores distinguem ainda níveis de avaliação das ações de EPS. Os níveis da avaliação incluem desde o primeiro nível, a avaliação da reação, o mais simples – sondagem de opinião acerca da capacitação –, formulada por distintos atores. Simples e útil para aprender as múltiplas reações ao processo de capacitação.

O segundo nível compreende a avaliação da aprendizagem e está voltada ao rendimento dos sujeitos após expostos a capacitação. É o tipo de avaliação utilizada no campo educativo – provas, exercícios, questionários – cuja resposta permite inferir sobre a apropriação dos conteúdos pelo sujeito.

O terceiro nível corresponde a avaliação da transferência para a prática. Trata-se de transladar o que foi aprendido para a ação. Nesse caso, a avaliação visa aferir em que medida o aprendizado melhora a ação e desta forma, as organizações de trabalho. Essa transferência não é imediata pois pode haver dificuldades ao interior do serviço que impede a realização da ação.

O último nível da avaliação de resultados ou avaliação de produtos não é simples. Pressupõe um estudo da cadeia de efeitos em distintos contextos, dependendo do processo de capacitação.

Em relação à literatura cinzenta, foi identificado um conjunto de materiais publicados pela OPAS nas décadas de 1990 e 2000 e que subsidiaram o desenvolvimento e acompanhamento de uma série de ações de EPS realizadas em toda a América Latina. (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2006) Estes referenciais, ainda atuais, sistematizam um conjunto de experiências e citações que ainda inspiram a produção e avaliação de ações de EPS.

Haddad, Roschke e Davini (1994) distinguem também diferentes momentos do processo de avaliação:

- Avaliação de contexto: realizada depois da análise do contexto sanitário e institucional, quando já se estudou demanda, atores, operadores do sistema, análises estratégias, histórico-cultural, necessidades e problemas.
- Avaliação de entrada: ocorre quando se identifica e valora a capacidade da instituição de sustentar uma estratégia EPS, quando se opta por algumas estratégias, quando se planeja atividades e procedimentos, quando se analisou a viabilidade, aplicabilidade e economia e se realiza estudos piloto.
- Avaliação de Processo: a avaliação de processo é uma comprovação contínua do plano adotado. Seus objetivos são: proporcionar informação contínua; gerar um roteiro para modificar ou ajustar o plano; valorar a aceitação do programa e o desempenho do corpo envolvido; provocar uma visão ampla do programa em execução, comparando-o ao que se estava proposto e sobre como esse programa está sendo julgado por observadores e participantes. O foco da avaliação do processo está nas atividades e não nos objetivos do programa.
- Avaliação do produto: o propósito deste tipo de avaliação é valorar, interpretar e julgar os resultados do programa, considerando a satisfação das necessidades do grupo frente à solução dada aos problemas que deram origem ao programa. Essa avaliação inclui análises dos efeitos de médio e longo prazo das ações, sejam positivas e ou negativas.

Podendo concluir que as avaliações de contexto, entrada, processo e de produtos desempenham funções próprias, mas interdependentes.

A vantagem de disponibilizar a informação para a tomada decisões entre os distintos atores envolvidos é a de animar os grupos profissionais e os responsáveis pela condução, que passam a contar com a avaliação contínua para planejar os serviços e satisfazer as necessidades da população. Sua principal limitação reside na possível distorção de resultados, que pode ocorrer se o avaliador não controla sua relação colaborativa com quem toma decisões. (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994)

Haddad, Roschke e Davini (1994) distinguem ainda quatro condições principais para a realização de uma avaliação, independentemente de seu tipo:

- Utilidade: toda a avaliação deve ser útil e dirigida aos grupos diretamente envolvidos.
- Viabilidade: devem ser utilizados procedimentos factíveis, satisfazendo critério de custo-benefício e realistas segundo o contexto em que o projeto é desenvolvido.
- Responsabilidade ética: a avaliação deve estar baseada em compromissos explícitos, protegendo os diretos das partes implicadas e expressar com precisão os resultados.
- Precisão: as informações devem ser válidas e fidedignas, descrevendo com exatidão o processo e os produtos dentro do contexto determinado pelo projeto.

Avaliação participativa e abordagem mista combinam um conjunto de estratégias que permitem avaliar a operacionalização e o desenvolvimento de ações, programas e políticas. As ações de EPS no âmbito institucional das secretarias de saúde/escolas de saúde pública podem ser avaliadas neste tipo de abordagem.

Para avaliação dos efeitos da EPS no trabalho, Cars (2006) propõe a identificação de competências adquiridas por meio dos programas. Competências são tidas como capacidades de transferir e aplicar habilidades e conhecimentos a novas situações no âmbito laboral. Elas podem ser em nível individual, grupal ou institucional.

Como nível individual entende-se – aprender a escutar, gozar de autonomia para resolver problemas, aprender a falar em público, ser capaz de atuar frente as autoridades. O nível grupal inclui competências de trabalho em equipe – habilidades pessoais e interpessoais: facilidade de coordenar reuniões, manejo do tempo, resolver problemas, criar produtos coletivos etc. Como nível institucional, a autora destaca habilidades vinculadas ao desenvolvimento da organização – ter visão mais integradora do serviço, uso da informação para pensar sistema de atenção, compreender expectativa e necessidades dos usuários, planejar reuniões etc. E finalmente, competências

para “aprender a aprender” – desenvolver metodologia de detecção de situações problemáticas, incorporar a avaliação como ferramenta de trabalho etc.

Desenhos avaliativos, estratégias e técnicas de pesquisa

A grande maioria dos trabalhos identificados, tanto nos estudos de análise de processos como de efeitos da política e das ações de EPS, em geral, trata-se de pesquisas qualitativas com abordagem descritiva e em alguns casos, exploratória. Alguns trabalhos são apresentados como relato de casos sobre a experiência da política ou da ação de EPS, em nível municipal ou local. Encontrou-se ainda estudos denominados pesquisa-intervenção cujo objetivo era provocar uma reflexão sobre a implementação da EPS a partir das experiências identificadas. (CARDOSO et al., 2017)

As principais técnicas de coleta de dados são entrevistas semiestruturadas, incluindo também grupos focais ou ainda técnicas mistas, combinando uso de questionário *on-line* autoaplicável e entrevista semiestruturada como técnica de coleta de dados. (FRANÇA et al., 2017) Como principais informantes chave, destaca-se a priorização de representantes de cada um dos segmentos que compõem o quadrilátero: gestão, serviços de saúde, formação e controle social (NICOLETTTO et al., 2013) e também os responsáveis pela Política de EPS das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e coordenadores das CIESs das regiões do Brasil. (FRANÇA et al., 2017)

Davini, Nervi e Roschke (2002) propõem que o processo de avaliação da educação do trabalho em saúde seja desenvolvido por meio de relatórios, monitoramento e avaliação com pontuações para análise de parâmetros de desempenho. Incluem-se ainda os instrumentos de monitorização, autoavaliação e avaliação mista, avaliação por amostragem e também por consultores externos. A experiência mostrou aos autores que o uso dessas formas de avaliação permitiu identificar as áreas críticas de educação e as mudanças nas formas de produção. (DAVINI; NERVI; ROSCHKE, 2002)

Dimensões, critérios e indicadores

Conforme apresentado, o trabalho de Saupe, Cutolo e Sandri (2008), voltado para avaliação das ações de EPS na atenção básica, identificou quatro dimensões centrais: a) audiências ou população alvo; b) módulos de conteúdos

e experiências de aprendizagem; c) competências a serem desenvolvidas e d) metodologia priorizada.

Nicoletto e demais autores (2013), em estudo voltado para a implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Estado do Paraná, destacaram como dimensões de análise (exploradas no grupo ficais): a) processo de implantação dos polos de EPS; b) articulações realizadas c) local onde ocorreu e participação dos distintos segmentos (atores); d) compreensão acerca da política de EPS e) desenvolvimento das ações de EPS f) perspectivas futuras.

Na análise da percepção dos efeitos de um “curso-intervenção”, Castro e Campos (2014) consideraram como dimensões: incorporação de saberes que auxiliam os profissionais a desenvolverem: a) capacidade de trabalhar em rede b) capacidade de trabalhar em equipe e c) cogestão do trabalho em saúde.

A experiência do Laboratório de Inovação em Educação na Saúde (BRASIL, 2018) mostra-se como uma fonte proveitosa para a análise de experiências exitosas em EPS, em todo o Brasil, ao descrever as inovações desta para a qualificação dos trabalhadores e profissionais de saúde. Foram avaliadas 251 práticas com foco na EPS, das quais foram selecionados 45. Os critérios utilizados na avaliação consideraram o potencial inovador das experiências, o envolvimento de distintos parceiros, atores e instituições, os indicadores, os resultados, a priorização da necessidade do território, entre outros aspectos.

Saupe e demais autores (2008) realizaram estudo com o objetivo avaliar as competências dos profissionais de saúde comprometidos com a consolidação do SUS, por meio da Equipe de Saúde da Família (ESF). Os autores discutem competências que promovem a integração entre as políticas públicas em saúde e em educação, rompendo com a histórica dicotomia entre estes setores; competências tomadas como o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias aos profissionais em saúde para consolidação do SUS/ESF e competências que devem constar do projeto pedagógico dos cursos, das atribuições dos profissionais e dos programas de capacitação e de educação permanente. Os autores avaliaram assim as competências para educação e promoção da saúde, interdisciplinaridade e gerenciamento, usando modelo originário da University of North Carolina.

Minayo (2009) problematiza o uso de indicadores qualitativos para pesquisa avaliativa, em particular no campo da educação. Os indicadores

podem ser tomados sob duas formas: dentro da lógica quantitativa e da lógica qualitativa. Indicadores qualitativos a partir da visão quantitativa da realidade são construídos principalmente por meio de escalas. Dentro da ótica qualitativa, são elaborados a partir das representações e práticas dos sujeitos envolvidos na investigação.

Enfatizando a necessidade de produção de indicadores de mudança que levem em conta estruturas, processos, relações e a contribuição da subjetividade, discute-se que a validade interna dos indicadores pode ser alcançada quando as categorias empregadas em sua construção são fundamentadas teórica e contextualmente e possuem significados mútuos e partilhados entre os participantes. (MINAYO, 2009)

Questões consideradas pertinentes

Haddad, Roschke e Davini (1994) discutem que para que ações de EPS sejam efetivamente avaliadas é necessário contemplar seu desenvolvimento na etapa de implementação do programa, considerando aspectos previstos e não previstos do programa, seus resultados, assim como na preparação de ações futuras. A avaliação é assim definida como o processo de identificação, obtenção e comunicação de informações em diferentes etapas de modo a apoiar a tomada de decisões para o aperfeiçoamento do modelo adotado no processo de EPS. (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994)

Tanto a informação útil para a formulação de juízos quanto a descritiva são consideradas para valorar e ajudar a aperfeiçoar o programa de EPS. Os aspectos-chave incluem metas e objetivos, a programação do processo, sua realização e impacto. Cada um desses aspectos é valorado mediante a avaliação do contexto, da entrada, do processo e do produto. (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994) O critério fundamental a levar em conta inclui o valor do Programa de EPS – sua resposta às necessidades e problemas detectados – e seu mérito – sua qualidade.

Haddad, Roschke e Davini (1994) consideram que toda avaliação necessita de um plano de trabalho. Os avaliadores devem enfrentar o desafio do planejamento como um processo, e não um produto, com o plano de trabalho podendo ser remodelado quantas vezes forem necessárias. Em todos os casos, as questões centrais podem ser resumidas a decisões sobre que

tipo de informações são relevantes, incluindo a construção de indicadores, a decisões sobre como as informações serão obtidas e decisões sobre como divulgar as informações.

Em trabalho posterior, Davini (2006) atualiza um conjunto de questões sobre a avaliação da EPS. A autora destaca algumas questões estratégicas que se colocam de início ao definir o desenho da avaliação, tais como: 1) A quem se dirige a capacitação?; 2) Quem serão os autores que decidem sobre a capacitação?; 3) Em que nível irá se realizar a avaliação? e 4) Que tipo de informação resultará necessária e oportuna?

Os destinatários da capacitação e os atores que decidem podem se constituir em grupos de distintos interesses. O público destinatário da capacitação representa o grupo que se deseja alcançar para influir por meio das informações que surjam da avaliação. Os atores são os que participam de forma direta na produção das informações, como membros ativos do processo de avaliação. A elaboração de instrumentos deverá considerar o universo cultural dos atores, de modo a se apropriar adequadamente. Desta forma, os questionários, escalas de opinião, roteiros de observações utilizados nos estudos avaliativos devem empregar uma linguagem e estilo de comunicação próximo a cada grupo.

O estudo de Cars (2006) toma as ações de EPS como uma ferramenta de aprendizagem organizacional cujos efeitos ocorrem no processo de trabalho. Ela desenvolve mapas conceituais para quatro conceitos centrais que integrariam os programas de EPS: comunicação, liderança, “usuário” e trabalho em equipe.

Peduzzi (2006) faz uma distinção entre duas esferas de avaliação: avaliação de serviços de saúde da avaliação dos processos e projetos de capacitação de profissionais nos serviços de saúde. O primeiro busca conhecer e explicar a estrutura, processo e resultados da oferta de serviços de saúde na população e o segundo, conhecer e explicar os efeitos da capacitação na qualidade da oferta dos serviços. Portanto, a maior distinção radica em tomar ou não os trabalhadores em saúde, sua capacitação e situação laboral como objetos centrais da avaliação.

Os estudos e reflexões aqui apresentados subsidiaram o movimento desenvolvido para a elaboração de materiais e referências para o desenvolvimento de ações de monitoramento e avaliação das políticas e ações de

EPS junto aos territórios. Partiu-se da noção de EPS como estratégia para a análise crítica, transformação dos processos de trabalho e produção de conhecimentos no âmbito da saúde, articulada a concepções emancipadoras, criativas e participativas de avaliação em saúde, visando oferecer subsídios e caminhos, ao tempo em que se abrem caminhos e possibilidades para a inovação e construção de estratégias conectadas às realidades locais e às necessidades de cada gestão ou equipe de saúde, visando sempre a melhoria dos processos de trabalho e como objetivo a melhoria das condições de vida e saúde da população.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. *As cartas da promoção da saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. (Série B. Textos Básicos em Saúde). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 20 set. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Curso de Formação de facilitadores de educação permanente em saúde*: unidade de aprendizagem: trabalho em relações na produção do cuidado em saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Laboratório de inovação em educação na saúde com ênfase em educação permanente*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. (Série Técnica NavegadorSUS, 1).
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004*. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. [Brasília, DF], 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)*. 3. ed. rev. atual. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007*. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. [Brasília, DF], 2007.

- CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, out./dez. 1998.
- CARDOSO, M. L. M. et al. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1489-1500, 2017.
- CARS, G. C. La complejidad y la simplicidad: evaluación y seguimiento de un proceso de educación permanente. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Evaluación en procesos de educación permanente y capacitación en salud: experiencias y lecciones*. Washington, D.C.: OPS, 2006.
- CECCIM, R. B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1739-1749, 2018.
- CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-177, set. 2004/fev. 2005.
- CECILIO, L. C. O. et al. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1502-1514, jul. 2014.
- CONTANDRIOPoulos, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. p. 29-47.
- CONTANDRIOPoulos, A. P. et al. L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes. *Revue Epidémiologie et Santé Publique*, [Paris], v. 48, p. 517-539, 2000.
- DAVINI, M. C. Paradigmas y prácticas de evaluación en programas educativos para el personal de salud. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Evaluación en procesos de educación permanente y capacitación en salud: experiencias y lecciones*. Washington, D.C.: OPS, 2006.
- DAVINI, M. C.; NERVI, L.; ROSCHKE, M. A. *Capacitación del personal de los servicios de salud: proyectos relacionados con los procesos de reforma sectorial*. Quito: OPS, 2002. (Série Observatorio de Recursos Humanos de Salud, 3).
- DONNANGELO, M. C. F. *Medicina e sociedade*. São Paulo: Pioneira, 1975.

- DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.
- FELICIANO, K. V. O. et al. Avaliação continuada da educação permanente na atenção à criança na estratégia saúde da família. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 8, n. 1, p. 45-53, jan./mar. 2008.
- FRANÇA, T. et al. Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1817-1828, 2017.
- FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, DF, v. 6, n. 2, p. 151-163, 2012.
- FREIRE, P. *Educação como prática de liberdade*. Petrópolis: Vozes, 1978.
- FREIRE, P. *Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.
- FURTADO, J. P.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p. 2643-2655, dez. 2014.
- FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 165-181, 2001.
- GONÇALVES, C. B. et al. A retomada do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 1, p. 12-23, ago. 2019.
- GONÇALVES, R. B. M. *Medicina e História: raízes sociais do trabalho médico*. 1979. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.
- GONÇALVES, R. B. M. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. *Fourth generation evaluation*. Newbury Park: Sage Publications, 1989.
- HADDAD, J.; ROSCHKE, M. A. C.; DAVINI, M. C. (org.). *Educación permanente del personal de salud*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1994. (Série Desarrollo Recursos Humanos, 100).
- MACIEL, E. L. N. et al. Avaliação dos egressos do curso de especialização em Saúde da Família no Espírito Santo, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2021-2028, 2010.

MEDINA, M.G.; AQUINO, R. Avaliando o Programa de Saúde da família, 2002. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Avaliação na atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (org.). *Leituras de novas tecnologias e saúde*. Salvador: Edufba, 2009. p. 29-56.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em Saúde. In: DICIONÁRIO da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

MINAYO, M. C. S. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

MOREIRA, M. A. Al final, qué es aprendizaje significativo? *Revista Qüriculum*, San Cristóbal de La Laguna, v. 25, p. 29-56, marzo 2012.

NICOLETTTO, S. C. S. et al. Desafios na implantação, desenvolvimento e sustentabilidade da Política de Educação Permanente em Saúde no Paraná, Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1094-1105, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/sr5gFQK46ytV5tYsXgXMZGw/?format=pdf&lang=p>. Acesso em: 6 nov. 2022.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Evaluación en procesos de educación permanente y capacitación en salud: experiencias y lecciones*. Washington, D.C.: OPS, 2006.

PAIM, J. S. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: MENDES, E. V. (org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo Hucitec, 1993. p. 187-220.

PATTON, M. Q. *Qualitative research and evaluation methods*. Thousands Oaks: Sage Publications, 2002.

PATTON, M. Q. *Utilization-focused evaluation: the new century text*. Thousands Oaks: Sage Publications, 1997.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

- PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Processo de Trabalho em Saúde. In: DICIONÁRIO da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- PEDUZZI, M. et al. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, supl. 1, e0024678, 2020.
- PEREIRA, I. B.; RAMOS, M. N. *Educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. Temas em saúde coletiva.
- QUINTANA, P. B.; ROSCHKE, M. A. C.; RIBEIRO, E. C. O. Educación permanente, proceso de trabajo y calidad de servicio en salud. In: HADDAD, J.; ROSCHKE, M. A. C.; DAVINI, M.C. (org.). *Educación permanente de personal de salud*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1994. p. 33-61. (Serie Desarrollo Recursos Humanos, 100).
- RAMOS, M. N. Conceitos Básicos sobre Trabalho. In: FONSECA, A. F.; STAUFFER, A. B. (org.). *O processo histórico do trabalho em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 27-56.
- RAMOS, J. N. et al. Educação Permanente em Saúde: uma estratégia para melhorar a identificação segura do paciente. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 46, p. 153-160, 2022.
- RIBEIRO, E. C. O.; MOTTA, J. I. J. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. *Divulgação em saúde para debate*, Londrina, v. 12, p. 39-44, jul. 1996.
- ROVERE, M. R. Gestión estratégica de la Educación Permanente en Salud. In: HADDAD, Q. J.; ROSCHKE, M. A. C.; DAVINI, M. C. (org.). *Educacion permanente de personal de salud*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1994. p. 63-106. (Serie Desarrollo Recursos Humanos, 100).
- SAUPE, R.; CUTOLI, L. R. A.; SANDRI, J. V. A. Construção de descritores para o processo de educação permanente em atenção básica. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 433-452, nov. 2007/fev. 2008.
- SMEKE E. L. M.; OLIVEIRA N. L. S. Avaliação participante de práticas educativas em serviços de saúde. *Cadernos CEDES*, Campinas, v. 29, n. 79, p. 347-360, set./dez. 2009.
- VIEIRA-DA-SILVA, L. M. *Avaliação de políticas e programas de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; FURTADO, J. P. A avaliação de programas de saúde: continuidades e mudanças. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, e00237219, 2020.

WEST, M.; LYUBOVNIKOVA, J. Illusions of Team Working in Health Care. *Journal of Health Organization and Management*, [s. l.], v. 27, n. 1, p. 134-142, 2013.



Caminhos metodológicos para o Monitoramento e Avaliação da Educação Permanente em Saúde

modelo lógico, matriz de medidas e instrumentos

MONIQUE AZEVEDO ESPERIDIÃO • ISABELA CARDOSO DE MATOS PINTO •

CATHARINA MATOS SOARES • CÉLIA REGINA RODRIGUES GIL •

SILVANA LIMA VIEIRA • THADEU BORGES SOUZA SANTOS

Introdução

O presente capítulo tem por objetivo apresentar o conjunto de instrumentos construídos para avaliação e monitoramento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNPES). Conforme indicado em capítulos anteriores, a elaboração da abordagem avaliativa, suas estratégias metodológicas e instrumentos decorreu da realização de oficinas, nacional e regionais, reunindo diversos atores envolvidos com a implementação da política, assim como mobilizou especialistas da saúde coletiva, das áreas de avaliação em saúde e de trabalho e educação na saúde, na preparação e validação dos instrumentos, especialmente a construção do modelo lógico e da matriz avaliativa. O conjunto de fermentas desenvolvidas tem por objetivo contribuir para a institucionalização dos processos de monitoramento e avaliação da Educação Permanente em Saúde (EPS) no Brasil. (BRASIL, 2021)

A construção do modelo lógico

A construção de modelos lógicos vem sendo empregada no campo da avaliação em saúde como forma de representar, de uma maneira visual e sistemática, as relações entre uma dada intervenção e seu efeito, considerando muitas vezes, o contexto em que ocorrem a implantação da intervenção – política

programa, ação em saúde. Os modelos informam a racionalidade ou lógica da intervenção, explicitando os componentes constitutivos da intervenção, seu grau de articulação, incluindo os recursos necessários para operacionalizar o programa e as atividades planejadas que conduzem aos efeitos que a intervenção pretende alcançar. Trata-se assim da representação gráfica da teoria do programa ou representa como o programa como está sendo operacionalizado na prática. (VIEIRA-DA-SILVA, 2014)

Elaborou-se um modelo teórico-lógico da PNEPS, considerando o marco normativo da política (BRASIL, 2004, 2007, 2018) e um modelo previamente adaptado de pesquisas avaliativas anteriores. (VIEIRA-DA-SILVA et al., 2007) Esse modelo teve por base dimensões e critérios que envolvem a gestão e a implementação da PNEPS e corresponde a uma imagem-objetivo de referência da política.

A imagem-objetivo é um recurso utilizado no campo do planejamento e programação em saúde que permite identificar uma situação futura desejável partindo da identificação de uma situação presente insatisfatória possível de ser modificada. (TEIXEIRA; SILVEIRA, 2017) Na situação inicial ou diagnóstico de situação apresentam-se com clareza o problema objeto da intervenção e na situação futura expressa-se a situação que se deseja alcançar e que orienta a ação no processo de implantação de uma dada política ou programa. A construção do modelo lógico envolveu ainda uma revisão bibliográfica acerca da temática de monitoramento e avaliação da EPS.

O modelo lógico constitui uma representação da racionalidade ou lógica da PNEPS apresentado sob a forma de um esquema visual. Trata-se de um modelo gráfico que explicita as relações entre a política e seus efeitos ou resultados esperados. São elementos do modelo lógico: os objetivos do programa, os componentes essenciais e secundários do programa, as atividades ou práticas requeridas para execução dos seus componentes, os resultados esperados e efeitos na situação de saúde da população e organização dos serviços.

O modelo lógico da PNEPS toma como problema um conjunto de questões relativas à baixa articulação entre os atores estratégicos – gestão, ensino, serviços e comunidade – para a construção conjunta das estratégias de intervenção no campo da formação e do desenvolvimento dos trabalhadores, a existência de processos formativos isolados, fragmentados e distanciados das necessidades dos serviços de saúde e ainda uma concepção instrumental

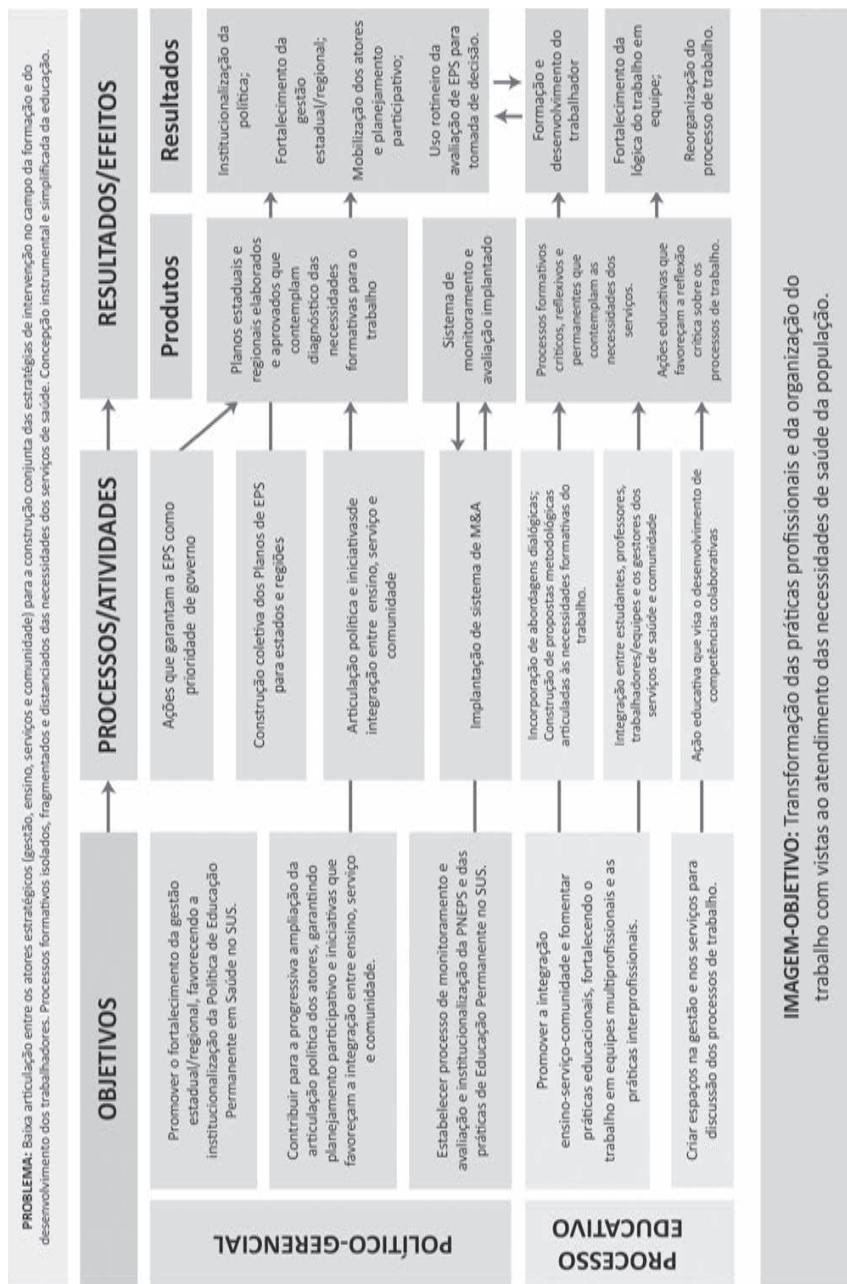
e simplificada da educação. São identificados dois componentes centrais, o político gerencial e o processo educativo que se desdobram, por sua vez, em dimensões para as quais são descritos os objetivos da política e da organização dos processos formativos – ações educativas.

Para cada objetivo são identificadas ações estratégicas necessárias para sua execução e para as quais estão previstos produtos, tais como planos estaduais e regionais elaborados e aprovados que contemplam diagnóstico das necessidades formativas para o trabalho e sistema de monitoramento e avaliação implantado, para o componente político gerencial e processos formativos críticos, reflexivos e permanentes que contemplam as necessidades dos serviços para o componente processo educativo.

Como resultados intermediários, destacam-se a institucionalização da política e o fortalecimento da gestão estadual/regional, a mobilização dos atores e o planejamento participativo e o uso rotineiro da avaliação da PNEPS para tomada de decisão. Para a implementação das ações educativas pelos estados, destacam-se a formação e o desenvolvimento do trabalhador, o fortalecimento da lógica do trabalho em equipe e a reorganização das práticas de trabalho. Como imagem-objetivo da PNEPS, ou seja, a situação ideal a ser alcançada, destaca-se a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho com vistas ao atendimento das necessidades de saúde da população.

Figura 1 – Modelo Lógico da PNEPS

PROBLEMA: Baixa artikulação entre os atores estratégicos (gestão, ensino, servidores e discentes) e comunidades das necessidades e desenhos da educação. Desenvolvimento dos trabalhadores: Processos formativos isolados, fragmentados, segmentados e desvinculados das esferas de ensino, aprendizado e desenvolvimento.



Fonte: elaborada pelos autores.

Matriz avaliativa e seu processo de validação por meio da técnica Delphi

A composição da imagem-objetivo, do modelo lógico e da matriz pressupõe a adoção de metodologias capazes de dar conta dos aspectos éticos, políticos e técnicos do problema (SOUZA; VIEIRA-DA-SILVA; HARTZ, 2005), implicando a adoção de metodologias que permitam formular um consenso inicial entre os especialistas no assunto e os atores envolvidos com a implementação da política nos estados.

Há na literatura, no campo da avaliação em saúde, uma diversidade de técnicas utilizadas para se obter o consenso, destacando-se entre elas comitê tradicional, o grupo nominal e o chamado método Delfos. (SOUZA; VIEIRA-DA-SILVA; HARTZ, 2005) Este último constitui-se na formação de um painel de especialistas constituído para que se consulte questões claramente formuladas sobre uma determinada temática. Essa técnica mostra-se relevante quando estamos diante de um objeto novo, no qual é necessário realizar adaptações às questões específicas da avaliação, envolvendo também a construção de novos indicadores.

A matriz avaliativa foi uma construção que contemplou a realização de diversas oficinas nas cinco regiões do país para apreciação e colaboração dos diversos atores envolvidos com a implementação da PNEPS. Destaque-se que uma matriz inicial foi desenvolvida com base no marco normativo da política – Portaria do Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde (GM/MS) nº 1996/2007 –, sendo apoiada ainda por uma revisão bibliográfica especializada e por um quadro teórico de referência que auxilia na explicitação de conceitos e aspectos operacionais que orientam o processo avaliativo. Em seguida, recorreu-se a um painel de especialistas, com objetivo de construir e validar as dimensões, as subdimensões e os critérios atribuídos à matriz.

O processo de validação dos critérios e indicadores, nesta fase, envolveu a apreciação do comitê de especialistas, em diferentes rodadas de pontuação, sendo realizado inicialmente em formato virtual – envio por e-mail. Durante a execução das oficinas regionais, os participantes tiveram novamente a oportunidade de modificar suas opiniões, até a formação de um consenso acerca da pertinência e importância do critério/indicador. Esse processo foi consolidado pela equipe de condução do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Elementos constitutivos da matriz avaliativa

A matriz avaliativa de monitoramento e avaliação da Política de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) está estruturado em três dimensões: dimensão político-gerencial, a dimensão processo educativo e a dimensão efeitos.

A dimensão político-gerencial tem como objetivo avaliar a implementação da Política de EPS em distintas esferas de gestão, sua formalização nos instrumentos legais e nas instâncias colegiadas do Serviço Único de Saúde (SUS), bem como aspectos que envolvem o seu planejamento e avaliação. A dimensão processo educativo visa avaliar a operacionalização e o desenvolvimento das ações de EPS no âmbito institucional das secretarias de saúde. A dimensão efeitos busca avaliar os resultados obtidos e as inovações presentes no cotidiano de trabalho dos serviços advindas da implementação da Política de EPS. Para cada dimensão, foram elencados critérios de avaliação, indicadores e bases de evidências.

Dimensão político gerencial

A dimensão político gerencial foi construída com base nas categorias que compõem o triângulo de governo de Matus (1993). Para esse autor, a implementação de uma Política ou Programa baseia-se na confluência de três elementos centrais que compõem um triângulo composto por três vértices, quais sejam: a governabilidade do sistema, capacidade de governo do dirigente e a explicitação de um projeto. Ancorado nessas categorias, construiu-se uma proposta para a implementação da Política de EPS, visando analisar o grau de implantação desta política, segundo seus propósitos e diretrizes, bem como seus nós críticos.

Nesse particular, a avaliação da dimensão político-gerencial tem como objetivo avaliar do grau de implementação da Política de EPS nas secretarias estaduais e municipais de saúde, no que se refere à dimensão do projeto de governo foi analisado conforme a sua formalização nos instrumentos legais e nas instâncias colegiadas do SUS, bem como os dispositivos logísticos e materiais para o desenvolvimento das ações de EPS propostas pela gestão.

A análise dessa dimensão está estruturada em quatro subdimensões: projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade, com base

na formulação de Carlos Matus, e incorpora elementos do planejamento e avaliação em saúde.

Subdimensão projeto de governo – refere-se às proposições apresentadas pelos dirigentes nos diferentes âmbitos de gestão do SUS – federal, estadual e municipal –, quanto à materialidade da política de educação permanente em saúde, seja por meio de uma política ou plano vinculado à PNEPS. Busca evidências da presença formal da Política de EPS nos instrumentos de planejamento e gestão do SUS e da existência de s financiamento, seja ele local e/ou estadual e/ou federal. Em síntese, avalia se a PNEPS integra a agenda da gestão e, em caso afirmativo, se há recursos financeiros alocados para seu desenvolvimento.

Subdimensão capacidade de gestão – trata dos recursos técnicos, políticos, organizacionais e cognitivos dos dirigentes e das equipes de condução da política de educação permanente em saúde. Busca evidências de saberes e experiências acumuladas na equipe para a gestão e condução da educação permanente nas diferentes instâncias e serviços; evidências da participação e articulação intrainstitucional com as diferentes áreas técnicas, interinstitucional com instituições de ensino e outras instâncias afetas ao desenvolvimento da EPS e interfederativa para o compartilhamento e alinhamento das ações de fortalecimento da PNEPS.

Subdimensão governabilidade – refere-se às condições que o gestor e equipe gestora responsável pela condução da EPS controla para desenvolver e efetivar a Política ou Plano de EPS em sua instituição. Busca evidências de oportunidades e ameaças, respostas e antecipações dos dirigentes frente às dificuldades, o grau de autonomia do gestor e equipe gestora da EPS e do efetivo apoio técnico, financeiro e político para a condução Política ou Plano de EPS.

Subdimensão planejamento e avaliação – refere-se ao processo de construção compartilhada e descentralizada das ações que integram a Política ou Plano de EPS e de análises sobre os resultados e efeitos das ações para a resolutividade do cuidado. Busca evidências de processos ascendentes, participativos, sistematizados e contínuos de planejamento e avaliação das ações propostas e centradas nos processos de trabalho, em consonância com os pressupostos da Política de EPS.

Dimensão processo educativo

Essa perspectiva avaliativa comprehende a análise crítica das abordagens pedagógicas adotadas na ação educativa, a sua relação com as necessidades de formação dos trabalhadores para o processo de trabalho em saúde e o seu potencial de produzir intervenções nos processos de trabalho em saúde. Enfoca-se também na integração ensino-serviço-comunidade, fortalecendo o trabalho em equipes multiprofissionais e as práticas interprofissionais. Dessa forma, a dimensão processo educativo prevê a incorporação de abordagem dialógica, construção de propostas metodológicas articuladas com às necessidades formativas do trabalho, integração entre estudantes professores, trabalhadores, equipes, gestores dos serviços de saúde e comunidade e por fim ações educativas que visem o desenvolvimento de competências colaborativas.

Como resultados e efeitos dessa dimensão, pretende-se como produtos processos formativos críticos, reflexivos e permanentes que contemplam às necessidades dos serviços e como resultados, a formação e desenvolvimento do trabalhador, fortalecimento da lógica do trabalho em equipe e a reorganização do processo de trabalho.

Destaca-se que essa dimensão é composta por três subdimensões com aspectos específicos. A primeira dimensão, perspectivas pedagógicas, busca evidências de práticas pedagógicas e educativas que atendam às necessidades dos usuários da PNEPS e seus respectivos processos de trabalho. A segunda dimensão, integração ensino-serviço-comunidade, busca evidências de articulação entre as instituições de ensino, os serviços de saúde e a comunidade na concepção da operacionalização das práticas de EPS. A terceira dimensão são as práticas interprofissionais as quais buscam evidências de desenvolvimento de competências colaborativas e troca de saberes entre os profissionais de saúde entre diferentes instituições e setores de saúde.

Essas subdimensões abarcam sete critérios, sendo eles: a) coerência entre a ação educativa e as necessidades de formação dos trabalhadores para o processo de trabalho em saúde; b) ação educativa como proponente de produção de intervenções nos processos de trabalho em saúde; c) ação educativa que considera o trabalho como princípio educativo; d) ação educativa contempla o uso de metodologias participativas/ativas de ensino-aprendizagem; e) ação educativa contempla práticas avaliativas; f) ação educativa

contempla a articulação e integração ensino-serviço e, g) ação educativa promove a colaboração entre sujeitos e equipes.

Verifica-se que nessa dimensão os princípios da EPS enquanto política de saúde que subsidiam a análise dos processos educativos, em geral. Nesse segmento, apresentam-se desafios que valem ser registrados neste capítulo. O primeiro reside no fato dos processos educativos em EPS terem formatos distintos que vão desde uma simples oficina até um curso de mestrado profissional, desde que, na sua proposta, fique explícita a ancoragem sobre o trabalho como princípio educativo, a necessidade como origem da demanda e os processos de trabalho como objeto de reflexão. O segundo traz à tona a dificuldade de observar os referidos princípios nas ações de EPS que não abordam um formato de curso tradicional, a exemplo das rodas de conversa, entre outros. Contudo, vale ressaltar, que o esforço em produzir indicadores para o Monitoramento e Avaliação (M&A) dos processos educativos, objetiva, ao final, analisar em que medida os processos educativos estão próximos dos princípios e diretrizes da EPS em Saúde.

Dimensão avaliação dos efeitos

A avaliação dos efeitos tem por objetivo avaliar os resultados obtidos e as inovações presentes no cotidiano de trabalho dos serviços advindas da implementação da Política de EPS. O foco da avaliação está na aferição da qualificação profissional e formação dos sujeitos por um lado e, por outro, na transformação dos processos de trabalho, oriundos das contribuições e efeitos da ação educativa. Sendo assim, duas subdimensões centrais são priorizadas:

- *Participante da ação educativa* – busca evidências da percepção dos usuários da ação educativa sobre estas, avaliação da aprendizagem;
- *Processo de trabalho* – busca evidências de mudanças no processo de trabalho, organização e inovação nas práticas decorrentes de ações; identifica também a percepção dos usuários sobre o suporte institucional para realização das mudanças.

Envolve, portanto, um conjunto de aspectos para sua mensuração, que se encontram unificados num mesmo instrumento, dirigido aos participantes da ação educativa. Destacam-se entre eles: avaliação da percepção/

Figura 2 – Matriz Avaliativa da PNEPS¹

DIMENSÃO POLÍTICO-GERENCIAL			
Subdimensões	Critérios de Avaliação	Foco da Avaliação: Política de Educação Permanente em Saúde	Bases de Evidências
		Indicadores	
	1. Existência da Política EPS nos Estados/DF formalizada, em consonância com a PNEPS.	1.1 Presença da EPS nos instrumentos de planejamento e gestão dos Estados coerente com a PNEPS; 1.2 Plano Estadual de EPS publicado.	■ Verificação no PES, PAS; ■ Diário Oficial do Estado; ■ Resolução e Deliberação CIB /CIR; ■ Resolução CES; ■ PEEPS.
	2. Existência de dotação orçamentaria específica para a política de EPS na SES.	2.1 Destinação de orçamento estadual para EPS.	■ RAG; ■ LDO e LOA; ■ PPA; PAS
	3. Financiamento das ações de EPS (recurso assegurado pela esfera federal para o desenvolvimento da Política).	3.1 Provisão de repasses anuais regulares para os Estados pelo MS; 3.2 Existência de dotação orçamentaria específica para a política EPS na SES.	■ Publicação dos Editais e portarias no DOU.
	4. Existência de instâncias gestoras da política de EPS na estrutura organizacional da SES.	4.1 Presença de espaços de gestão da EPS (nível central e estruturas descentralizadas) na estrutura organizacional da SES (CE).	■ Portaria publicada no Diário Oficial; ■ Regimento e organogramas publicados.
Projeto de Governo		Capacidade de Gestão	

¹ Matriz em 06.03.20. Realizados ajustes após Oficinas com facilitadores em dezembro de 2019 e janeiro de 2020.

	5. Existência de organismos/ instituições formadoras da SES.	5.1 Existência de Escolas de Saúde Pública; Escolas de Formação Técnica; Centros Formadores de Trabalhadores; Institutos em conformidade com o Conselho Estadual de Educação - CEE; 5.2 Existência de estrutura física para as Escolas de Saúde Pública/ Escolas Técnicas.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Leis /ou decretos; ■ Instituindo centros formadores ou escolas no âmbito estadual.
	6. Dimensionamento da equipe gestora da EPS na SES	6.1 N° trabalhadores do quadro da gestão da EPS.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Banco de dados da Instituição da SES.
	7. Qualificação da equipe gestora da EPS na SES	<p>7.1 % de profissionais do quadro da gestão especializados (especialistas, mestres e doutores;</p> <p>7.2 % de profissionais da educação na saúde especializados (especialistas, mestres e doutores) pelo total de profissionais da equipe da educação permanente no estado e município.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Banco de dados da Instituição da SES.
	8. Capacidade de Execução Financeira	8.1 % Proporção de execução financeira da dotação orçamentaria destinadas as ações de EPS na SES.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Relatório Anual da execução das ações de EPS (Relatório físico-financeiro; ■ RAG.

	<p>9. Capacidade de articulação política e iniciativas de integrar ensino, serviço e comunidade (CE).</p> <p>9.1 Nº de parcerias firmadas, convênios celebrados, cooperação técnica estabelecida, entre outros;</p> <p>9.2 CIES Estaduais e Regionais (ou Câmaras Técnicas de EPS nas CIRs) implantadas e em funcionamento;</p> <p>9.3 % de PAREPS aprovados por Regiões de Saúde ou Macrorregiões de Saúde; conforme especificidades locais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Documentação normatizada (convênios e contratos); ▪ Resolução CIB; CIR; CIES ▪ Publicação DOE e resoluções universitárias; ▪ Atas das reuniões. 	
	<p>10. Capacidade de articulação interfederativa nas ações de EPS</p>	<p>10.1 Presença de pautas e resoluções específicas de EPS na CIR ou/CIB e CIT;</p> <p>10.2 Presença de GT bipartite de EPS/Câmara técnica da CIB;</p> <p>10.3 Existência de uma agenda propositiva de EPS no CONASS, CONASEMS e COSEMS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pautas, atas e resoluções CIR, CIB, CONASS, COSEMS e CIT; ▪ Relatórios de visitas e apoios técnicos aos estados
	<p>11. Apoio técnico e político para a efetivação dos Planos de EPS</p> <p>Governabilidade</p>	<p>11.1 Existência de apoio institucional do MS para os Estados;</p> <p>11.2 Existência de Apoio financeiro/logístico para as ações de EPS com recursos próprios do estado;</p> <p>11.3 Transferência regular de recursos federais de EPS para os Estados;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Publicações de editais e portarias no DOU relacionadas a EPS; ▪ Documentos e fontes das SES.
	<p>12. Autonomia para definição das ações/viabilidade orçamentária e financeira</p>	<p>12.1 Grau de autonomia na definição de prioridades</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ RAG; ▪ LDO e LOA; ▪ PPA; PAS

13. Processo de Planejamento das ações de EPS	<p>13.1 Existência de metodologia participativa de elaboração do plano e identificação dos atores que participaram da construção;</p> <p>13.2 PAREPS aprovados e publicizados pelas instâncias gestoras do SUS Regional/CIR e Estadual.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Metodologia de elaboração explicitada no plano. 	
14. Oferta das ações educativas	<p>14.1 Diversidade (Número de) das ações planejadas por níveis da atenção, áreas técnicas e equipes de EPS da SES e SMS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - PEEPS; - Catálogo de Cursos 	
15. Cobertura das ações de EPS	<p>15.1 Número total de participantes das ações educativas/ total de trabalhadores do setor/unidade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dados das instituições de EPS do Estado; - Dados de Sistemas de Informação de Ações de Saúde; - Dados das áreas técnicas da SES 	
16. Avaliação e monitoramento	<p>16.1 Existência do componente avaliação e monitoramento nos PEEPS,</p> <p>16.2 Existência de iniciativas de monitoramento e avaliação de EPS;</p> <p>16.3 Incorporação da avaliação na rotina de EPS dos Estados;</p> <p>16.4 Disseminação/ Publicização/ discussão dos resultados da avaliação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - PEEPS; - Sistema ou mecanismo de Monitoramento e Avaliação para o PEEPS nos Estados; - Publicações, sites das escolas e secretarias. 	
Planejamento e Avaliação			

DIMENSÃO PROCESSO EDUCATIVO			
Foco da Avaliação: Ações de Educação Permanente em Saúde			
Subdimensões	Critérios de Avaliação	Indicadores	Bases de Evidências
	<p>17. Coerência entre a ação educativa e as necessidades de formação dos trabalhadores para o processo de trabalho em saúde</p> <p>18. Ação educativa propõe a produção de intervenções nos processos de trabalho em saúde</p> <p>19. Ação educativa que considera o trabalho como princípio educativo</p> <p>20. Ação educativa contempla o uso de metodologias participativas/ativas de ensino-aprendizagem</p> <p>21. Ação educativa contempla práticas de avaliativas (execução, efeitos)</p>	<p>17.1 Levantamento e análise de necessidades de ações educativas em processos participativos com gestores, trabalhadores, instituições de ensino nas regiões de saúde;</p> <p>17.2 Número de ações educativas que consideram a análise das necessidades de EPS dos trabalhadores dos serviços de saúde/nas regiões de saúde/territórios.</p> <p>18.1 Ação educativa explicita a produção de intervenções nos processos de trabalho em saúde;</p> <p>18.2 Número de ações que propõe a produção de intervenções/ total de ações.</p> <p>19.1 Concepção pedagógica da ação educativa contempla o trabalho como princípio educativo;</p> <p>19.2 Número de ações que considera o trabalho como princípio educativo/ total de ações</p> <p>20.1 Ação educativa explicita o uso de metodologias participativas/ativas de ensino-aprendizagem</p> <p>20.2 Número de ações/ total de ações</p> <p>21.1 % de ações de educação permanente que realizam avaliação da reação/percepção/satisfação</p> <p>21.2 Existência de instrumentos de avaliação de aprendizagem (Pernambuco)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Plano pedagógico da ação educativa com justificativa relacionada às necessidades levantadas; Registros das ações educativas; PAREPS; Relatórios e atas de reuniões e/ou encontros. <ul style="list-style-type: none"> Plano pedagógico da ação educativa; Registros das ações educativas; <ul style="list-style-type: none"> Plano pedagógico da ação educativa; Registros das ações educativas; <ul style="list-style-type: none"> Plano pedagógico da ação educativa; Registros das ações educativas;
perspectivas Pedagógicas			

		19.3 Diversidade dos instrumentos de avaliação da aprendizagem	
22. Ação educativa contempla a articulação e integração ensino-serviço	<p>22.1 Existência de estratégias de produção e socialização do conhecimento relacionado à ação educativa;</p> <p>22.2 Construção de atividades/ações de EPS de forma pactuada e negociada ensino-serviço;</p> <p>22.3 Número de ações educativas que contemplam a articulação e integração ensino-serviço;</p> <p>22.4 Nº de pesquisas realizadas no âmbito da SES e SMS/ano.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Plano pedagógico da ação educativa; • Registros das ações educativas; • Normatização dos processos de regulação dos campos de estágio; • Banco de dados da ETSUS e SES; COAPES. 	
23. Ação educativa promove a colaboração entre sujeitos e equipes.	<p>23.1 % de planos pedagógicos que contemplam atividades interprofissionais.</p> <p>23.2 % de ações educativas que contemplam a interprofissionalidade e a prática colaborativa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Plano pedagógico ou do programa/ ação educativa. • Relatório da ação educativa e lista de presença de equipe interprofissional 	

DIMENSÃO EFEITOS			
Foco da Avaliação: Resultados			
Subdimensões	Critérios de Avaliação	Indicadores	Bases de Evidências
Participante da ação educativa	24. Avaliação da percepção quanto àção educativa (infraestrutura; dinâmica/metodologia; conteúdo; docente/facilitador; duração)	24.1 Grau de satisfação do participante (DF)	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumento/ Formulário de avaliação da percepção/reação/satisfação (uso de escala de likert); • Instrumentos e dispositivos apoiados na abordagem da avaliação participativa, contemplando múltiplos atores envolvidos na ação educativa.
	25. Avaliação da aprendizagem	25.1 Percentual de participantes com desempenho satisfatório de acordo com os objetivos da ação educativa.	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumentos de verificação de aprendizagem; • Acervo documental dos materiais entregues (portfólio, projeto de intervenção, diário de campo, relatórios); • Instrumentos como a escala likert para mensurar a aquisição de conhecimentos, habilidades e attitudes a partir da ação educativa.
Processo de trabalho	26. Avaliação do suporte institucional para modificações no processo de trabalho	26.1 Percepção do participante quanto ao suporte (materiais/ psicosocial)	Instrumentos com escala likert para avaliação do suporte institucional

Fonte: elaborada pelos autores.

satisfação da ação educativa; avaliação da aprendizagem; avaliação do suporte institucional, como apoio oferecido pela organização ao uso das novas habilidades no trabalho; e finalmente avaliação das mudanças pretendidas pela ação educativa nos processos de trabalho em saúde. Ressalte-se que para melhor compreensão dos resultados, recomenda-se analisar os mesmos critérios antes e depois do processo formativo. A seguir encontra-se a matriz produzida com suas dimensões, subdimensões critérios, indicadores e bases de evidências.

Produção dos instrumentos de medidas e painel de indicadores

A partir da elaboração da matriz avaliativa foram construídos de um conjunto de instrumentos para produção das informações acerca da implantação da política e avaliação dos seus efeitos, tais como painel de monitoramento e avaliação da PNEPS.

Painel de monitoramento e avaliação da PNEPS

O painel tem por objetivo disponibilizar relatórios numéricos e gráficos, a partir da identificação de elenco de indicadores selecionados, de forma a facilitar o acesso às informações pelos usuários de distintas instâncias da gestão e imprimir maior agilidade à análise de dados. A análise pode ser realizada em distintos níveis de gestão, considerando a decisão descentralizada, como estratégia ágil para o monitoramento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Na definição do elenco de indicadores, considerados para cada subdimensão, explicita-se os atributos avaliados (ações) e indicador, contendo uma descrição detalhada de seu conceito; método de cálculo; tendência e parâmetro; limitações ou observações sobre o indicador.

O painel permite obter informações tempestivas para monitoramento da gestão das ações para a formação e o desenvolvimento dos profissionais e trabalhadores da área da saúde, por meio da análise das condições de possibilidade oferecidas pela gestão do SUS. A eleição de indicadores sintéticos envolveu amplo processo de construção e pactuação com todos os estados brasileiros.

Grau de implantação da Política Nacional de Educação Permanente no SUS

A aferição do grau de implantação tem por objetivo avaliar a adequação na operacionalização de uma intervenção em saúde, ou seja, avaliar a integridade da intervenção, especificando o conjunto dos fatores que influenciam os resultados obtidos. (CONTANDRIOPoulos et al., 1997) O instrumento foi resultado de uma construção coletiva envolvendo gestores, técnicos e acadêmicos da área de EPS e avaliação em saúde, em que se validaram dimensões, critérios, indicadores e padrões para avaliação da implantação do componente político-gerencial da PNEPS. O instrumento permite aferir o grau de implantação a partir de uma matriz que permite a classificação em diferentes estágios da implantação, a saber, avançado, intermediário, incipiente e inicial. Para aferição do grau de implantação, cada grau equivale a cinco pontos, em um total de 20 para todo o critério. Para a pontuação final do grau de implantação, sugere-se a seguinte pontuação:

- **Grau 1** – em desenvolvimento inicial, incipiente ou inexistente (inicial: pontuação de zero a 80 pontos).
- **Grau 2** – em desenvolvimento, porém apresentando fragilidades (incipiente: pontuação de 81 a 160 pontos).
- **Grau 3** – em desenvolvimento, com alguns indicativos coerentes com a proposta de implementação da política (intermediário: pontuação de 161 a 240 pontos).
- **Grau 4** – em desenvolvimento avançado ou pleno, coerente com a implementação da política (avançado: pontuação de 241 a 320 pontos).

Instrumentos da dimensão processo educativo

A avaliação do processo educativo implica a explicação de perguntas avaliativas que orientem o processo de reflexão crítica a ser realizado entre os atores chaves, como escolas de saúde pública, escolas técnicas equipes da gestão da política, instituições de ensino e/ou controle social. Abaixo identificamos algumas perguntas que podem orientar os processos avaliativos:

Figura 3 – Instrumento de Avaliação do Grau de Implementação

- Grau 1 – em desenvolvimento inicial, incipiente ou inexistente.
- Grau 2 – em desenvolvimento, porém apresentando fragilidades.
- Grau 3 – em desenvolvimento, com alguns indicativos coerentes com a proposta de implementação da política.
- Grau 4 – em desenvolvimento avançado ou pleno, coerente com a implementação da política.

Cada grau equivale a 5 pontos, num total de 20 para todo o critério.

Subdimensão	Critérios de Avaliação	Classificação do Grau de Implementação			Fonte da evidência
		1	2	3	
Projeto de Governo	1. Política EPS nos Estados/DF formalizada, em consonância com a PNEPS.	A Política de EPS não aparece nos documentos legais de gestão do SUS (Programa de Governo, Plano de Saúde, RAG e PPA) ou ausência do PEEPS no Estado.	Existem ações de EPS contidas em pelo menos um instrumento de planejamento e gestão.	A Política de EPS está formalizada e/ou ignora princípios da PNEPS.	Existência da Política EPS nos Estados/DF formalizada, aprovada e publicada, em consonância com a PNEPS.
	2. Dotação orçamentária específica para a política de EPS na SES.	Não há dotação orçamentária para ações de educação.	Existência de dotação orçamentária para ações de educação em saúde, pulverizadas nas áreas técnicas.	Existência de dotação orçamentária para ações de educação em saúde por projetos especiais, a ser executado pela área técnica EPS.	RAG; LDO e LOA; PPA; PAS
	3. Financiamento das ações de EPS assegurados pela esfera federal.	Não há recursos assegurados pela esfera federal para o	Há recursos assegurados pela esfera federal para o	Recurso assegurado pela esfera federal para o	Publicação dos Editais e portarias no DOU.

		desenvolvimento da Política.	desenvolvimento da Política, sem repasse regular.	desenvolvimento da Política, por demanda/projetos especiais (editais, portarias, convênios, etc).	desenvolvimento da Política, com repasse regular.
	4. Instâncias gestoras da política de EPS na estrutura organizacional da SES.	Ausência de estrutura gestora e área técnica específica para EPS no regimento da SES.	Ausência de estrutura gestora, contudo com existência de área técnica específica para EPS.	Existência de estrutura gestora/área técnica da SES, sem regimento.	Existência de estrutura gestora/área técnica da SES, no regimento
	5. Órgãos, setores ou qualquer instância formadora vinculadas à SES.	Inexistência de órgãos, setores ou qualquer instância formadora vinculadas à SES.	Existência de órgãos, setores ou qualquer instância formadora vinculadas a SES, precárias ou insuficiente.	Existência de órgãos, setores ou qualquer instância formadora vinculadas a SES, com estrutura e sem credenciamento para certificação especial no CEE e Conselho Estadual de Educação (CEE)	Existência de órgãos, setores ou qualquer instância formadora vinculadas a SES, com capacidade de certificação (certificação especial no CEE) e com estrutura física adequada.
	6. Dimensionamento da equipe gestora da EPS na SES (Inexistência de uma equipe gestora específica para a condução da política de EPS e do PEEPS na SES.	Existência de uma equipe gestora específica para a condução da política de EPS e do PEEPS na SES,	Existência de uma equipe gestora específica para a condução da política de EPS e do PEEPS na SES, entretanto é muito abaixo das necessidades de trabalho que o	Banco de dados da Instituição da SES.

Capacidade de Gestão

	órgão/setor requer. Pode-se estimar abaixo de 25% dos postos de trabalho necessários para o desenvolvimento das ações.	requer. Pode-se estimar em torno de 50% dos postos de trabalho necessários para o desenvolvimento das ações.	estimar em torno de 75% ou mais dos postos de trabalho necessários para o desenvolvimento das ações.
7. Qualificação da equipe gestora da EPS na SES	Até 25% do quadro de pessoal da equipe gestora possui grau de especialização ou até 5 anos de experiência ou no mínimo 2 anos de experiência.	Entre 25% a 50% do quadro de pessoal com grau de especialização ou até 5 anos de experiência.	Entre 50% a 75% do quadro de pessoal com grau de especialização ou até 10 anos de experiência.
8. Capacidade de Execução Financeira	Menos 25 % de execução financeira do orçamento para a EPS realizado	Entre 25 e 50 % de execução financeira do orçamento para a EPS realizado	Entre 50 a 75% de execução financeira do orçamento para a EPS realizado

	9. Capacidade de articulação política e iniciativas de integrar ensino, serviço e comunidade (CE).	Ausência de instâncias estaduais e regionais de EPS	Existência de instâncias estaduais (CIES ou estrutura similar), com funcionamento irregular.	Existência de instâncias estaduais (CIES ou estrutura similar), com funcionamento regular e CIES regionais com funcionamento irregular.	Existência de instâncias estaduais (CIES ou estrutura similar), com funcionamento regular e Desenho regional de EPS, CIES regionais com funcionamento regular.	Documentação normatizada (convênios e contratos); Resolução CIB; CIR; CIES Publicação DOE e resoluções universitárias; Atas das reuniões.
	10. Capacidade de articulação interfederativa nas ações de EPS	Existência de pautas da EPS em até 25 % nas reuniões da CIR, CIB no último ano.	Existência de pautas da EPS em até 25- 50 % nas reuniões da CIR, CIB no último ano.	Existência de pautas da EPS em até 50-75 % nas reuniões da CIR, CIB no último ano.	Existência de pautas da EPS em mais 75 % nas reuniões da CIR, CIB no último ano.	Pautas, atas e resoluções CIR, CIB, CONASS, COSEMS e CIT; Relatórios de visitas e apoios técnicos aos estados
	11. Apoio técnico e financeiro do Ministério da Saúde para a efetivação do Plano de EPS	Inexistência de apoio técnico e financeiro do MS para os estados	Existência de apoio técnico esporádico, contudo sem apoio financeiro do MS, aos estados	Existência de apoio técnico regular e apoio financeiro do MS aos estados, por meio de demandas.	Existência de apoio técnico e financeiro do MS para os estados definidos e regulares, registrados em documentos.	Publicações de editais e portarias no DOU relacionadas a EPS; Documentos e fontes das SES.
Governabilidade						

	12. Autonomia da gestão da EPS nos estados para definição das ações/viabilidade orçamentária e financeira.	Inexistência de dotação orçamentária para a definição das ações de EPS.	Existência de dotação orçamentária inespecífica para ações da área de EPS,	Existência de dotação orçamentária específica para ações da área de EPS, sem autonomia para execução do recurso.	Existência de dotação orçamentária específica para ações da área de EPS, com autonomia para execução do recurso.	RAG; LDO e LOA; PPA; PAS
	13. Processo de planejamento das ações de EPS	Ausência de documento que explique a metodologia de planejamento.	Planejamento normativo, descrito do PEEPS	Planejamento estratégico e ascendente, descrito no PEEPS.	Planejamento estratégico e ascendente, descrito no PEEPS, com referência explícita aos PAREPS.	Metodologia de elaboração explicitada no plano;
	14. Oferta das ações educativas		Oferta das ações educativas, induzida por editais de fomento ou financiamento específico.	Oferta das ações educativas por demanda espontânea	Oferta das ações educativas, baseada nas necessidades de saúde e do serviço, com registro documental.	PEEPS Catálogo de Cursos
	15. Cobertura das ações de EPS	Inexistência de ações educativas	Cobertura das ações educativas contempla algumas áreas técnicas ou abaixo de 50% dos trabalhadores	Cobertura das ações educativas contempla algumas áreas técnicas ou entre 50% e 75% dos trabalhadores	Cobertura das ações educativas contempla os diversos níveis da atenção e áreas técnicas da SES, é diversificada e regionalizada.	Dados das instituições de EPS do Estado; Dados de Sistemas de Informação de Ações de Saúde; Dados das áreas técnicas da SES

Planejamento e Avaliação

	16. Avaliação e monitoramento	Iniciativas pontuais de monitoramento e avaliação, vinculadas à oferta de ações educativas.	Iniciativas de monitoramento e avaliação, frequentes, com instrumentos de monitoramento elaborados, todavia sem disseminação e incorporação dos resultados na gestão da EPS no estado	Iniciativas de monitoramento e avaliação, com instrumentos de monitoramento elaborados e publicizados para todos os gestores da EPS no Estado, com incorporação dos resultados na gestão da EPS no estado	PEEPS; Sistema ou mecanismo de Monitoramento e Avaliação para o PEEPS nos Estados. Publicações, sites das escolas e secretarias.
--	--------------------------------------	---	---	---	--

Fonte: elaborada pelos autores.

- As escolas por meio de suas ações educativas, têm tomado o trabalho como princípio educativo, considerando as necessidades oriundas da realidade dos serviços, do cotidiano de trabalho dos profissionais envolvidos, assim como da gestão das unidades e do sistema de saúde em geral?
- A educação permanente em saúde representa uma estratégia pedagógica para valorização do trabalhador, potencializando a dimensão pedagógica dos processos de trabalho?
- As metodologias ativas são implementadas? Elas permitem que o processo de ensino-aprendizagem, estimule e opera a transformação de sujeitos críticos e reflexivos?
- Em que medida as ações educativas desenvolvidas consideram as necessidades do trabalho para a saúde?
- O perfil epidemiológico da população é utilizado como referência para organização curricular ou para definição dos conteúdos a serem trabalhados em cada ação educativa?
- Como as ações educativas potencializam o desenvolvimento de competências colaborativas e troca de saberes entre os profissionais de saúde e entre diferentes instituições e setores de saúde?

Como instrumentos para análise, serão propostos um conjunto de técnicas que contemplem análise documental e metodologias participativas envolvendo os sujeitos envolvidos na elaboração da ação educativa, disponibilizando um roteiro com tópicos essenciais de interesse.

A apreciação do componente voltado aos processos formativos inclui ainda uma extensa revisão de documentos produzidos pelas instâncias gestoras das ações educativas, tais como: plano pedagógico da ação educativa; registros das ações educativas; relatórios e atas de reuniões e/ou encontros; relatórios/registros da análise de situação de saúde; Normatização dos processos de regulação dos campos de estágio; banco de dados da Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) e Secretarias Estaduais de Saúde (SES); Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino-Saúde (COAPES); Relatório da ação educativa e lista de presença de equipe interprofissional.

Foi desenvolvido também um formulário da dimensão processo educativo tendo em vista sua discussão com o grupo de interessados, disponibilizando tópicos essenciais para debate e entendimento acerca da avaliação em foco.

Figura 4 – Instrumento de avaliação da dimensão processo educativo



**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA PNEPS NOS ESTADOS
TERMO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA ENTRE O INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA E O MINISTÉRIO DA SAÚDE/SGTES/DEGES**
FERRAMENTAS PARA ANÁLISE DA DIMENSÃO PROCESSO EDUCATIVO

PRIMEIRA ETAPA: Análise documental

CRITÉRIO CORRESPONDENTE	TÓPICOS	ANÁLISE DOCUMENTAL			OBSERVAÇÃO
		PERPECTIVA PEDAGÓGICA - COMUNIDADE	PERPECTIVA INSTITUCIONAL - ENSINO-SERVIÇO	ANÁLISE	
15	Contempla análise das necessidades de formação dos trabalhadores para o processo de trabalho	()sim	()não	()parcialmente	()não se aplica
16	Há previsão de intervenção	()sim	()não	()parcialmente	()não se aplica
17	Descreve a concepção pedagógica e a relação com o trabalho como princípio educativo	()sim	()não	()parcialmente	()não se aplica
18	Contempla metodologias participativas/ativas	()sim	()não	()parcialmente	()não se aplica
19	Descreve a concepção da avaliação	()sim	()não	()parcialmente	()não se aplica
19	Apresenta instrumentos de avaliação	()sim	()não	()parcialmente	()não se aplica
20	A ação educativa foi planejada considerando a participação de distintos atores diretamente ligados à ação (gestor, equipes, usuários, instituições de ensino – de acordo com a especificidade da ação)	()sim	()não	()parcialmente	()não se aplica
20	Contempla a integração ensino-serviço-comunidade no desenvolvimento da ação ou atividade	()sim	()não	()parcialmente	()não se aplica
20	Existe estratégia de socialização do conhecimento produzido na ação educativa	()sim	()não	()parcialmente	()não se aplica
21	Plano pedagógico contempla atividades interprofissionais	()sim	()não	()parcialmente	()não se aplica
21	Ação educativa promove práticas colaborativas entre sujeitos e equipes	()sim	()não	()parcialmente	()não se aplica

Esta análise deve ser realizada com o material disponibilizado pelo Estado previamente à visita.

Fontes: plano pedagógico da ação educativa; relatório da ação educativa; projetos de intervenção (caso tenha).

SEGUNDA ETAPA: QUESTIONÁRIO

Este questionário deve ser aplicado presencialmente. Poderá ser escolhida mais de uma alternativa para responder à questão.

CRITÉRIO	QUESTÕES	COORDENADOR DA AÇÃO EDUCATIVA	Observações
15/17	Como esta ação educativa foi diagnosticada/delineada? A) considerando oferta acadêmica B) levantando necessidades de saúde C) levantando necessidades do trabalho D) por sugestão de alguém/equipe E) editorial/indução F) outro. Qual?		Observações
16	A ação contempla intervenções em sua proposta pedagógica? A) Sim B) Não Descrever:		Observações
18	Esse processo formativo contempla metodologias ativas/participativas? A) Sim B) Não Descrever:		Observações
19	O projeto pedagógico contempla práticas avaliativas? A) Sim B) Não		Observações

		Quais?	Observações
20	Houve articulação com atores do ensino-serviço-comunidade para o delineamento dessa ação?		Observações
	A) Sim B) Não		
	Descrever:		
20	A ação educativa contempla a integração ensino-serviço-comunidade?		Observações
	A) Sim B) Não		
	Descrever:		
21	O plano pedagógico contempla a interprofissionalidade?		Observações
	A) Sim B) Não		
	De que forma?		
21	Essa ação educativa promoveu colaboração entre sujeitos e equipes?		Observações
	A) Sim B) Não		
	De que forma?		
		FACILITADOR/MEDIADOR/DOCENTE/TUTOR	
15	Esta ação educativa contempla a análise das necessidades de formação dos trabalhadores para o processo de trabalho?		Observações
	A) Sim B) Não		
	De que forma?		
16	A ação educativa propõe a produção de intervenções no processo de trabalho?		Observações
	A) Sim B) Não		
	De que forma?		

		Observações
16	De que forma você apoiou a construção das intervenções no processo de trabalho?	Observações
18	Você utilizou metodologias ativas/participativas? A) Sim B) Não Quais?	Observações
19	Que estratégias avaliativas foram utilizadas? De que forma?	Observações
20	A prática pedagógica integra ensino-serviço-comunidade no seu desenvolvimento? A) Sim B) Não De que forma?	Observações
21	A ação educativa contemplou a interprofissionalidade? A) Sim B) Não De que forma?	Observações
21	Houve colaboração entre sujeitos e equipes no decorrer da ação educativa? A) Sim B) Não Como você apoiou/facilitou?	Observações

Fonte: elaborada pelos autores.

Instrumentos da dimensão efeitos

Avaliação dos efeitos é realizada em quatro níveis, considerando desde a execução da ação de EPS até as mudanças pretendidas nos processos de trabalho. O modelo de “níveis de avaliação” é considerado uma abordagem hegemônica e tem sido aplicado concretamente na prática avaliativa e na pesquisa para apreensão dos processos e produtos dos processos formativos nas organizações. (ABBAD; GAMA; BORGES-ANDRADE, 2000; BORGES-ANDRADE, 1982; HAMBLIN, 1978; KIRKPATRICK, 1993) As perguntas avaliativas que envolvem a dimensão efeitos compreendem os seguintes aspectos abaixo relacionados:

- Qual a percepção dos trabalhadores acerca da ação educativa?
- Os trabalhadores têm a possibilidade de aproveitar as oportunidades colocar em prática o que aprendeu na ação educativa?
- O conhecimento adquirido pela ação educativa possibilitou empoderamento dos trabalhadores diante da prática de trabalho?
- As dificuldades em aplicar as novas habilidades são superadas com apoio?
- Existe suporte material (equipamentos, materiais, mobiliário e similares) necessários para aplicar no trabalho o que foi desenvolvido na ação educativa?
- Após a participação na ação educativa, os trabalhadores resolvem com mais facilidade os problemas locais?
- A ação educativa permitiu melhorar a capacidade de trabalhar em equipe e as tomadas de decisão coletivas?
- Houve mudanças no processo de trabalho, na organização e inovação nas práticas decorrentes de ações educativas?
- Qual produto foi gerado, no âmbito do trabalho, que se relacionou com a sua participação na ação educativa?

Essa dimensão envolve, portanto, instrumentos para mensuração: Instrumento de Avaliação da Percepção/ satisfação da ação educativa; Instrumento de Avaliação da Aprendizagem; Instrumento para Avaliação do Suporte Institucional, como apoio oferecido pela organização ao uso das novas habilidades

no trabalho; e finalmente instrumento para avaliação das mudanças pretendidas pela ação educativa nos processos de trabalho em saúde. Ressalte-se que para melhor compreensão dos resultados, recomenda-se analisar os mesmos critérios antes e depois do processo formativo.

1º nível - Avaliação da percepção da ação educativa: conhecida como avaliação de “reação”, é o primeiro nível no processo avaliativo com objetivo de identificar a percepção dos participantes em relação a ação educativa, considerando distintos aspectos: infraestrutura, organização do ensino-aprendizagem, metodologias, conteúdo, docentes e facilitadores, envolvimento com a ação educativa e satisfação, relevância para o desenvolvimento pessoal e profissional.

2º nível - Avaliação da aprendizagem: a avaliação da aprendizagem está voltada para aferir em que medida a ação de EPS gerou aprendizagens. São delimitados os objetivos da aprendizagem e relacionados como a aquisição de novos conhecimentos, habilidades ou a mudanças na forma como participantes percebem a realidade. A utilização do conceito de competências auxilia na explicitação de conhecimentos habilidades e valores mobilizados durante a execução de uma ação educativa.

3º nível - Avaliação do apoio oferecido pela organização ao uso das novas habilidades no trabalho: visa identificar mudanças na prática profissional a partir dos novos conhecimentos e habilidades adquiridos por meio do processo formativo, examinando as oportunidades e dificuldades em usar no trabalho as habilidades desenvolvidas na ação educativa.

4º nível - Avaliação das modificações no processo de trabalho: visa responder em que medida a ação de EPS contribuiu para a reorganização do processo de trabalho das equipes nas unidades de saúde, seja da gestão, vigilância ou assistência. Neste tópico são avaliados aspectos como desenvolvimento de competência colaborativa e melhoria da comunicação na equipe; mudanças no funcionamento da organização e incorporação de soluções inovadoras/ tecnologias que permitem o enfrentamento dos problemas.

A seguir encontra-se instrumento elaborado, no âmbito da cooperação técnica, para aferir a dimensão de efeitos, sendo um instrumento unificado e autoaplicável, a ser respondido pelo usuário da ação educativa, considerando no mínimo seis meses da ação educativa tendo sido realizada. Nele encontram-se aspectos da avaliação da percepção da ação educativa: percepção

das(os) participantes em relação a ação educativa, considerando os aspectos de infraestrutura, dinâmica/ metodologia utilizada, conteúdo, docente/ facilitador, duração, entre outros; avaliação de aprendizagem: aquisição de conhecimentos a partir da ação educativa; avaliação do suporte institucional: apoio oferecido pela organização para o uso das novas habilidades no trabalho; modificações no processo de trabalho: desempenho da(o) após a participação na ação educativa; avaliação da incorporação de inovações/ tecnologias que permitam enfrentamento dos problemas do serviço: resultados da ação educativa, considerando os aspectos de produtos gerados pela ação educativa, facilidades e dificuldades, mudanças advindas, entre outros.

Entende-se que a avaliação dos efeitos deva incluir ainda a escuta e percepção dos gestores das unidades de saúde participantes dos processos formativos a fim de aferir mudanças organizacionais derivadas da qualificação dos trabalhadores e incorporação de tecnologias e inovações no cotidiano dos serviços.

Figura 5 – Instrumento de Avaliação da Dimensão Efeitos

RESPONDENTE: Participante da ação educativa

Perfil da(o) participante	
Nome (optativo):	
Profissão:	
Cargo/função:	
Setor:	
Local de Trabalho:	<input type="checkbox"/> UBS <input type="checkbox"/> ESF <input type="checkbox"/> Centro de Saúde <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Maternidade <input type="checkbox"/> Gestão <input type="checkbox"/> Vigilância <input type="checkbox"/> Outro _____
Idade:	
Sexo:	
Tempo de atuação no SUS:	
Ação educativa:	
Turma:	

Instruções: Esta etapa da avaliação é composta por cinco blocos, sendo estes:

- Bloco nº1 "Avaliação da percepção da ação educativa" (se refere à percepção das(os) participantes em relação a ação educativa, considerando os aspectos de infraestrutura, dinâmica/metodologia utilizada, conteúdo, docente/facilitador, duração, entre outros);
- Bloco nº2 "Avaliação de aprendizagem" (se refere à aquisição de conhecimentos a partir da ação educativa);
- Bloco nº3 "Avaliação do suporte institucional" (se refere ao apoio oferecido pela organização para o uso das novas habilidades no trabalho);
- Bloco nº4 "Modificações no processo de trabalho" (se refere ao desempenho da(o) após a participação na ação educativa);
- Bloco nº5 "Avaliação da Incorporação de inovações/ tecnologias que permitam o enfrentamento dos problemas do serviço" (se refere aos resultados da ação educativa, considerando os aspectos de produtos gerados pela ação educativa, facilidades e dificuldades, mudanças advindas, entre outros).

As respostas irão subsidiar o aprimoramento das ações educativas oferecidos pela instituição. Suas respostas serão confidenciais. A qualidade dos resultados desta avaliação dependerá muito do seu empenho em preencher a escala com precisão e cuidado. Por favor, não deixe questões sem resposta.

Ao final do instrumento, é apresentada uma questão aberta para comentários e sugestões. Leia atentamente o conteúdo das afirmativas abaixo e avalie o quanto cada uma delas descreve o que você pensa a respeito da ação educativa.

Este é um estudo piloto para validação dos instrumentos a serem utilizados no processo avaliativo das ações educativas.

Bloco nº 1 - Avaliação da Percepção da Ação Educativa

Para responder cada questão, escolha o ponto da escala que melhor descreve a sua situação, conforme legenda abaixo.

LEGENDA:

5 Concordo totalmente	4 Concordo	3 Não concordo nem discordo	2 Discordo um pouco	1 Discordo totalmente	NSA Não se aplica
-----------------------------	---------------	-----------------------------------	---------------------------	-----------------------------	----------------------

	5	4	3	2	1	NSA
B1.1. Essa ação educativa atendeu as necessidades do meu processo de trabalho.						
B1.2. Existe relação entre este processo educativo e as necessidades de saúde da população com a qual trabalho.						
B1.3. A ação educativa proporcionou a elaboração de um produto/proposta de intervenção, que mudou minha visão sobre o trabalho que executo.						
B1.4. Estou satisfeito(a) quanto ao conteúdo da ação educativa.						
B1.5. Os conteúdos ministrados têm aplicabilidade no meu cotidiano.						

LEGENDA:

5 Concordo totalmente	4 Concordo	3 Não concordo nem discordo	2 Discordo um pouco	1 Discordo totalmente	NSA Não se aplica
-----------------------------	---------------	-----------------------------------	---------------------------	-----------------------------	----------------------

	5	4	3	2	1	NSA
B1.6. Existiu coerência entre o conteúdo ministrado e a proposta da ação educativa.						
B1.7. Foram utilizadas metodologias ativas/participativas.						
B1.8. O uso das dinâmicas e técnicas de trabalho na ação educativa foi adequado.						
B1.9. Houve integração entre atores do ensino-serviço no desenvolvimento dessa ação educativa.						
B1.10. A ação educativa contemplou a interprofissionalidade (interação e colaboração).						
B1.11. No decorrer da ação educativa, pude colaborar com a minha equipe de trabalho.						
B1.12. Estou satisfeito(a) com a qualidade dos recursos audiovisuais e dos materiais utilizados na ação educativa.						
B1.13. A coordenação da ação educativa teve capacidade de comunicação e resolução e/ou encaminhamento das necessidades dos participantes.						
B1.14. Houve integração e relacionamento com os demais participantes da ação educativa.						
B1.15. [Para modalidades presenciais] As condições gerais dos locais dos encontros presenciais (sala de aula, auditório, laboratório, etc) foram boas.						
B1.16. [Para modalidades EAD] As condições gerais (acesso, navegação, layout, etc) da plataforma online - ou Ambiente virtual de aprendizagem - foram boas.						
B1.17. A duração/carga horária foi adequada para proposta da ação educativa.						
B1.18. De modo geral, estou satisfeito(a) quanto à organização da ação educativa.						

Bloco nº2 - Avaliação da Aprendizagem

Para responder cada questão, escolha o ponto da escala que melhor descreve a sua situação, conforme legenda abaixo.

LEGENDA:

5 Concordo totalmente	4 Concordo	3 Não concordo nem discordo	2 Discordo um pouco	1 Discordo totalmente	NSA Não se aplica
-----------------------------	---------------	-----------------------------------	---------------------------	-----------------------------	----------------------

	5	4	3	2	1	NSA
B2.1. Identifico os objetivos pedagógicos da ação educativa que participei.						
B2.2. Recordo-me dos conteúdos abordados na ação educativa.						
B2.3. Utilizo, com frequência, em meu trabalho atual, o que foi apreendido na ação educativa.						
B2.4. Aproveito as oportunidades que tenho para colocar em prática o que aprendi na ação educativa.						
B2.5. Consigo relacionar os conteúdos da ação educativa com as necessidades do meu processo de trabalho.						
B2.6. Compreendo melhor os conteúdos relacionados a ação educativa que participei após o processo formativo.						
B2.7. O conhecimento adquirido pela ação educativa possibilitou empoderamento diante da prática de trabalho.						

Bloco nº3 - Avaliação do Suporte Institucional¹

Para responder cada questão, escolha o ponto da escala que melhor descreve a sua situação, conforme legenda abaixo.

LEGENDA:

5 Sempre	4 Frequentemente	3 Algumas vezes	2 Raramente	1 Nunca	NSA Não se aplica
-------------	---------------------	--------------------	----------------	------------	----------------------

Suporte Psicosocial	5	4	3	2	1	NSA
B3.1. Tenho tido oportunidades de usar no trabalho as habilidades que aprendi na ação educativa.						
B3.2. Tenho tempo para aplicar no trabalho o que aprendi na ação educativa.						
B3.3. Os objetivos de trabalho estabelecidos pela minha instituição me encorajam a aplicar o que aprendi na ação educativa.						
B3.4. A rotina de trabalho facilita o uso das habilidades que eu aprendi na ação educativa.						
B3.5. Tenho tido oportunidade de inovar práticas no trabalho com as habilidades recém adquiridas da ação educativa.						
B3.6. Tenho apoio do gestor para remover obstáculos identificados para aplicação das novas habilidades que adquiri.						
B3.7. Tenho sido encorajado pela minha chefia imediata a aplicar, no meu trabalho, o que aprendi na ação educativa.						
B3.8. O gestor imediato tem criado oportunidades para planejar comigo o uso de novas habilidades adquiridas/aprendidas na ação educativa.						
B3.9. Eu recebo as informações necessárias à correta aplicação das novas habilidades no meu trabalho.						
B3.10. Meus colegas de equipe apoiam as tentativas de aplicar no trabalho as novas habilidades que aprendi na ação educativa.						

¹ O presente instrumento foi adaptado de BORGES-ANDRADE (1982) e ABBAD (1999). Este instrumento deve ser utilizado para medir a capacidade de transferir conhecimentos, habilidades e atitudes aprendidos na ação educativa para prática (comportamento no trabalho). Recomenda-se aplicação após 6 meses de finalização da ação educativa (HAMBLIN, 1978; KIRKPATRICK, 1993; BORGES-ANDRADE, 1982; ABBAD, 1999).

LEGENDA:

5	4	3	2	1	NSA
Sempre	Frequentemente	Algumas vezes	Raramente	Nunca	Não se aplica

Supporte Psicossocial – Consequências associadas ao uso de novas habilidades	5	4	3	2	1	NSA
B3. 11. Em meu ambiente de trabalho, minhas sugestões, em relação ao que foi ensinado na ação educativa, são levadas em consideração.						
B3.12. Tenho recebido elogio/incentivo quando aplico no trabalho as novas habilidades que aprendi.						
B3.13. Quando tenho dificuldades em aplicar as novas habilidades, recebo apoio para superá-las.						

Suporte Material	5	4	3	2	1	NSA
B3.14. Meu setor de trabalho tem fornecido os recursos materiais (equipamentos, materiais, mobiliário e similares) necessários para aplicar o que aprendi na ação educativa.						
B3.15. Os móveis, materiais, equipamentos e similares têm estado disponíveis em quantidade suficiente à aplicação do que aprendi na ação educativa.						
B3.16 As ferramentas de trabalho (computadores, máquinas e similares) são de qualidade compatível com o uso das novas habilidades.						

Bloco nº4 - Modificações no Processo de Trabalho²

Com relação ao seu desempenho após a participação na ação educativa, assinale o quadro abaixo, conforme escala de concordância a seguir:

LEGENDA:

5 Concordo totalmente	4 Concordo	3 Não concordo nem discordo	2 Discordo um pouco	1 Discordo totalmente	NSA Não se aplica
-----------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------------------	-----------------------------	----------------------

	5	4	3	2	1	NSA
B4.1. A qualidade do meu trabalho melhorou nas atividades diretamente relacionadas ao conteúdo da ação educativa.						
B4.2. A qualidade do meu trabalho melhorou, mesmo naquelas atividades que não pareciam estar relacionadas com o conteúdo da ação educativa.						
B4.3. Minha participação na ação educativa serviu para aumentar minha motivação para o trabalho.						
B4.4. Minha participação na ação educativa aumentou minha autoconfiança.						
B4.5. Essa ação educativa me qualificou para assumir novas responsabilidades individuais ou coletivas no trabalho.						
B4.6. Após minha participação na ação educativa, tenho sugerido, com mais frequência, mudanças nas rotinas de trabalho.						
B4.7. Essa ação educativa me tornou mais receptivo a mudanças no trabalho.						
B4.8. Após a participação na ação educativa, identifício e analiso com mais clareza os problemas locais.						
B4.9. Após a participação na ação educativa, resolvo com mais facilidade os problemas locais.						
B4.10. A ação educativa beneficiou meus colegas de trabalho, que aprenderam comigo novas habilidades.						
B4.11. A ação educativa me ajudou a melhorar a capacidade de trabalhar em equipe.						
B4.12. A partir da ação educativa tenho conseguido tomar decisões coletivamente.						

² Este instrumento é uma versão adaptada de Abbad et al. (2012). Deve ser utilizado para medir a capacidade de transferir conhecimentos, habilidades e atitudes aprendidos na ação educativa para prática (comportamento no trabalho). Recomenda-se aplicação após 6 meses de finalização da ação educativa (HAMBLIN, 1978; KIRKPATRICK, 1993; BORGES-ANDRADE, 1982; ABBAD, 1999).

B4. 13 Por favor, cite a seguir as atividades que você executa habitualmente que sofreram algum tipo de modificação em consequência de sua participação na ação educativa. Tente listá-las pela ordem de importância para o exercício do cargo que ocupa. (ABBAD *et al.*, 2012).

B4. 14 Quais as lições trazidas pela ação educativa que permitiram melhorar seu desempenho no serviço em que atua?

B4. 15 Comente sobre os desafios que você encontra para a melhoria do seu desempenho profissional no serviço de onde atua.

Bloco nº5 (A) - Avaliação da Incorporação de inovações/ tecnologias que permitam o enfrentamento dos problemas do serviço³.

Caro participante,

Considerando os produtos da ação educativa da qual você participou, responda (pode assinalar mais de uma opção):

Questões	Respostas
B5.1 Qual produto foi gerado a partir de sua participação na ação educativa?	<input type="checkbox"/> Projeto de intervenção <input type="checkbox"/> Protocolos <input type="checkbox"/> POP <input type="checkbox"/> Manuais <input type="checkbox"/> Fluxos definidos <input type="checkbox"/> Instrumentos <input type="checkbox"/> Relato de experiência <input type="checkbox"/> TCC <input type="checkbox"/> Outros, especifique: _____
B5.2. Como este produto foi compartilhado/divulgado?	<input type="checkbox"/> Apresentado publicamente no serviço <input type="checkbox"/> Aceito em congressos. Especificar os congressos: _____ <input type="checkbox"/> Publicado. Especificar a publicação: _____ <input type="checkbox"/> Outros. Especificar: _____
B5.3. Foi possível articular e compartilhar o conhecimento produzido neste produto com os outros profissionais do serviço?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não De que forma? Especificar: _____
B5.4. Qual produto foi gerado, no âmbito do trabalho, que se relacionou com a sua participação na ação educativa?	<input type="checkbox"/> Protocolos <input type="checkbox"/> POP <input type="checkbox"/> Manuais <input type="checkbox"/> Fluxos assistenciais <input type="checkbox"/> Instrumentos <input type="checkbox"/> Outros, especifique: _____

Comentários e sugestões:

³ Avaliação dos resultados (HAMBLIN, 1978; KIRKPATRICK, 1993; BORGES-ANDRADE, 1982; ABBAD, 1999). Nesta etapa deve-se verificar que os comportamentos observados sejam compatíveis com os objetivos pedagógicos definidos no planejamento da ação educativa, bem como se o problema/necessidade no trabalho que a originou foi resolvido. Aspectos a serem investigados: produtos gerados pela ação educativa, facilidades e dificuldades, mudanças observadas e indicadores do serviço.

Fonte: elaborada pelos autores.

Considerações finais

O desenho metodológico e o conjunto de métodos e instrumentos produzidos foram validados em etapa posterior de realização de pilotos, que será descrito no capítulo seguinte.

Conforme será apresentado, o processo avaliativo desenvolvido demonstrou que a abordagem participativa, combinando um conjunto de estratégias e instrumentos, permite mobilizar distintos pontos de vista acerca da política bem como dos processos formativos e seus efeitos, constituindo-se como importante dispositivo coletivo e ferramentas para a reflexão, produção de sentidos e transformação dos atos produzidos no cotidiano da gestão e do trabalho no âmbito da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Referências

ABBAD, G. S.; GAMA, A. L. G.; BORGES-ANDRADE, J. E. Treinamento: análise do relacionamento da avaliação nos níveis de reação, aprendizagem e impacto no trabalho. *Revista Administração Contemporânea*, Curitiba, v. 4, n. 3, p. 25-45, set./dez. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.* [Brasília, DF], 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde: pólos de Educação Permanente em Saúde.* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BORGES-ANDRADE, J. E. Avaliação somativa de sistemas instrucionais: integração de três propostas. *Tecnologia Educacional*, [Rio de Janeiro, v. 11, n. 46, p. 29-39], 1982.

CONTANDRIOPoulos, A.-P. *et al.* A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (org.). *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. p. 29-48.

HAMBLIN, A. C. *Avaliação e controle de treinamento*. São Paulo: McGraw Hill, 1978.

KIRKPATRICK, D. *Evaluating training programs: the four levels*. San Francisco: Berrett Koehler, 1993.

MATUS, C. *Política, planejamento e governo*. 2. ed. Brasília, DF: IPEA, 1993. p. 297-554. Tomo 2.

SOUZA, L. E. P. F.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; HARTZ, Z. M. A. Conferência de consenso sobre a imagem objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (org.). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 65-102.

TEIXEIRA, C. F. T.; SILVEIRA, P. (org.). *Glossário de análise política em saúde*. Salvador: Edufba, 2017.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. et al. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 355-370, fev. 2007.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. *Avaliação de políticas e programas de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

Experienciando a matriz em suas dimensões

reflexões sobre estudos pilotos

*CLÁUDIA FELL AMADO • LILIANA SANTOS • MONIQUE ESPERIDIÃO • EDNIR ASSIS •
MILENE MOURA • VALERIA MARIANA • CAIQUE COSTA*

Introdução

A compreensão da Educação Permanente em Saúde (EPS) enquanto política de educação na saúde e “prática de ensino-aprendizagem” implica tomar como ponto de partida e de chegada os processos de trabalho em saúde tanto no âmbito da gestão quanto da atenção. A análise desses processos de trabalho em saúde por parte dos sujeitos coletivos – gestão e participação social – se propõe a estimular a constituição de espaços de discussão e reflexão da prática no cotidiano do trabalho, bem como dos referenciais que orientam essas práticas, no sentido de transformá-las a partir das necessidades dos usuários e ofertar serviços de saúde de qualidade. (CECCIM; FERLA, 2008)

Enquanto política pública na área da saúde e da educação, a Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS) articula em si a gestão e a participação social e vem sendo implementada no Brasil, articulando o esforço de gestores, trabalhadores, instituições formadoras e controle social. É no bojo do exercício reflexivo por parte dos sujeitos envolvidos na PNEPS que emerge a necessidade de aprimorar e fortalecer os mecanismos de monitoramento e avaliação da PNEPS a partir do desenvolvimento de instrumentos e ferramentas capazes de orientar esses mecanismos.

Dada a necessidade de manter coerência com os princípios da EPS, avaliar e monitorar estas ações carregam em si a necessidade de coerência com as diretrizes da centralidade do trabalho, foco nas equipes e transformação

das práticas de saúde, com vistas às necessidades de saúde da população e dos sistemas e serviços de saúde. Nesse sentido, a constituição de espaços capazes de promover uma escuta sensível e contemplar os diferentes olhares sobre as práticas de EPS pode se tornar um caminho viável.

A avaliação das experiências de EPS constitui-se em importante lacuna a ser preenchida pela produção acadêmica e pela prática da pesquisa em serviços de saúde. Por muitos anos, os projetos educativos implantados pelos serviços de saúde não utilizaram critérios sistemáticos de avaliação, o que impediu a formulação de juízos, conclusões e ensinamentos (ROSCHKE, 2006) e, tampouco, de evidências de experiências exitosas que pudesse contribuir efetivamente para a disseminação de tais práticas. No âmbito do SUS, em que pesce a apropriação da Política de EPS seja na gestão como nos serviços de saúde, ainda persistem desafios nas ações de monitoramento e avaliação, o que vem mobilizando esforços na perspectiva de fortalecer a própria Política e avanças na consolidação do SUS.

Foi pensando a partir desses elementos que a etapa de experimentação e validação da matriz avaliativa foi proposta, a fim de que esses instrumentos fossem submetidos à aplicação por meio de estudos pilotos em estados selecionados por região do país e que contassem com a participação de distintos atores envolvidos com a PNEPS. A etapa de realização dos estudos pilotos teve por objetivo a aplicação efetiva dos instrumentos elaborados para monitoramento e avaliação da PNEPS e verificação da sua potencialidade na captação das informações acerca do desenvolvimento da política nos estados.

O objetivo deste capítulo é descrever a realização desses estudos pilotos, a forma como foram pensados e realizados, suas etapas, sua metodologia e os resultados obtidos por meio da aplicação e validação das matrizes, ilustrando seus usos, possibilidades e limites e contextualizando toda a experiência em meio a pandemia de covid-19. Os dados que permitiram a estruturação desse capítulo são oriundos dos relatórios de cada estudo e suas ações educativas, gravação dos encontros e dos instrumentos preenchidos.

Convém destacar que o termo validação, utilizado ao longo deste capítulo refere-se à atuação crítica e participativa de gestores, facilitadores, docentes, egressos das ações educativas durante as etapas de experimentação dos instrumentos desenvolvidos e a partir de reflexões, críticas e discussões, propor

o seu. Ao validar os instrumentos conjuntamente com quem os elaborou, as distintas participações se reconheceram neles, e a partir de sua inserção profissional e contribuíram, legitimaram e ratificaram a relevância destas ferramentas para o fortalecimento da EPS junto aos territórios.

A proposta inicial dos estudos pilotos era que fossem realizados presencialmente, em cada região, cujas etapas se dariam de acordo com análise de cada dimensão, à luz da realidade local. A dimensão político-gerencial avaliaria a implementação da PNEPS e contaria com a participação de gestores e profissionais inseridos nas distintas esferas de gestão junto às secretariais estaduais de saúde. A dimensão do processo educativo seria realizada com os coordenadores, facilitadores e docentes das ações educativas previamente selecionadas, para avaliar a operacionalização e o desenvolvimento dessas ações. Por fim, na dimensão de efeitos, com a participação dos egressos das ações educativas, seriam avaliados os resultados obtidos e as inovações advindas das ações educativas e da implementação da PNEPS.

A escolha das experiências que participaram dos estudos pilotos buscou contemplar a diversidade das ações educativas destinadas aos profissionais no âmbito EPS, uma vez que uma abordagem avaliativa que se propõe participativa, deve considerar a variedade de formatos e propósitos existentes no âmbito da EPS. A opção por contemplar essa diversidade de modalidades também se relaciona com a diversidade de estratégias avaliativas que compuseram os instrumentos dessa etapa de validação, desde entrevistas com informantes-chaves e grupos focais até formatos mais estruturados, como a escala Likert utilizada na dimensão de efeitos.

Nessa etapa também foram utilizadas outras fontes de dados que possibilitam ampliar o olhar sobre essa multiplicidade de formatos, experiências e sujeitos. A consulta às fontes documentais também se configurou como importante elemento no processo de avaliação e monitoramento, permitindo sua avaliação como marco orientador da ação educativa, como o projeto político pedagógico, os instrumentos e relatórios utilizados para o desenvolvimento da ação, bem como instrumentos utilizados na sua avaliação.

A combinação de múltiplas estratégias de apreensão da realidade no processo avaliativo está ancorada na abordagem da triangulação de métodos que visa apreender as dimensões qualitativas e quantitativas do objeto, garantindo a diversidade e a representatividade de posições dos sujeitos

que compõem o universo do processo que está sendo avaliado. (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005)

O exercício dos estudos piloto e as lições aprendidas na caminhada

O estudo piloto foi realizado em seis estados, com início previsto para março de 2020. Cada estado indicou as ações educativas que fariam parte do piloto, conforme Quadro 1 abaixo.

Quadro 1 – Ações educativas participantes

AÇÃO	REGIÃO	PÚBLICO DA AÇÃO	OBJETIVO DA AÇÃO
Rede de Educação na Saúde da Escola de Saúde Pública	Nordeste	Trabalhadores das regionais de saúde do estado, com distintas formações profissionais.	Construção de uma rede de facilitadores regionais para dar suporte aos processos educativos descentralizados.
Curso de Atualização Multiprofissional para o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR)	Nordeste	Profissionais de hospitais da rede própria e hospitais contratados do SUS.	Qualificar os profissionais que atuam nos serviços de urgência e emergência para o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR).
Curso Técnico para Formação dos Agentes Comunitários de Saúde	Nordeste	Agentes comunitários de saúde.	Qualificar os ACS para atuarem como técnicos de nível médio junto às equipes multiprofissionais que desenvolvem ações de cuidado e proteção à saúde.
Curso de Especialização em Gestão de Serviços de Saúde	Nordeste	Gestores de policlínicas.	Formar gestores para atuação nas policlínicas.
Qualifica Atenção Primária à Saúde (Qualifica APS)	Sudeste	Médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas.	Integração ações e serviços de saúde por meio da provisão de atenção preventiva, contínua, integral e humanizada, que favoreçam o acesso, a equidade, a eficácia clínica e sanitária, bem como a eficiência econômica e social.
Qualificação de Processos Educativos em Saúde (QPEs)	Sudeste	Profissionais de diferentes categorias.	Desenvolvimento de competências para a o planejamento, condução e acompanhamento de ações de Educação Permanente em Saúde (EPS).

continua...

conclusão

AÇÃO	REGIÃO	PÚBLICO DA AÇÃO	OBJETIVO DA AÇÃO
Acolhimento em Redes de Atenção à Saúde (ARAS)	Norte	Profissionais de diferentes categorias dos pontos de atenção à saúde, usuários, bombeiros, controle social e outros parceiros.	Qualificação de profissionais da Rede de Atenção à Saúde para atuarem como formadores/ multiplicadores no processo de implantação e/ou implementação do acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades e do acolhimento com classificação de risco.
Curso de Form de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde (EPS)	Centro-oeste	Equipe multiprofissional, vinculadas aos diferentes níveis de atenção, com interesse na atuação em educação permanente em saúde.	Desenvolvimento de profissionais, vinculados ao SUS, com competência para atuar como facilitador nas ações de educação permanente nos diferentes níveis de atenção à saúde.
Curso "Aperfeiçoando as relações interpessoais nos serviços públicos de saúde"	Centro-oeste	Recepcionistas de unidades de saúde (Unidades Básicas de Saúde, Unidades da ESF, Hospitais, Laboratórios).	Contribuir com a melhoria do processo de trabalho e com o aperfeiçoamento das relações intra e interpessoais dos trabalhadores que atuam no atendimento direto ao público.
Oficinas Regionais de Educação Permanente em Saúde (EPS)	Sul	Membros das Comissões de Integração Ensino Serviço regionais, núcleos municipais e/ou microrregionais de EPS e humanização.	Contribuição para a criação e/ ou incremento dos Núcleos municipais/microrregionais de EPS, articulando atores e oferecendo instrumentos para planejamento, monitoramento e avaliação de EPS no estado.
Curso de Especialização em Saúde Pública	Centro-Oeste	Profissionais de saúde de nível superior que atuam no sistema público de saúde.	Formação de especialistas em saúde pública para atuarem no estado.

Fonte: elaborado pelos autores.

O primeiro estudo piloto foi iniciado no período de 12 a 14 do mês de março de 2020 e foi precedido de três encontros para a definição das ações educativas que fariam parte do estudo piloto e para a preparação do momento presencial. Nessas reuniões, definiram-se cinco ações educativas – conforme Quadro 1 – para serem avaliadas e, por conseguinte, contribuírem na testagem dos instrumentos.

A realização da primeira rodada do estudo piloto se deu de forma presencial e revelou a complexidade de avaliar ações educativas de diferentes formatos e modalidades, impondo aos pesquisadores o desafio em construir instrumentos de produção de dados “universais”, aplicáveis a qualquer modalidade de ação educativa. Os instrumentos utilizados receberam contribuições

que foram incorporadas nas etapas seguintes que seriam desenvolvidas nos outros estados, nas demais regiões do Brasil.

Embora o objetivo principal do estudo piloto não tenha sido o de promover a avaliação da ação educativa, pode-se constatar a correspondência da ação educativa com os princípios e diretrizes da EPS, considerando os critérios contidos na matriz de julgamento construída nas rodadas regionais, em etapa anterior ao estudo piloto.

Ademais, o primeiro estudo piloto foi capaz de imprimir um conjunto de recomendações a serem observadas nas etapas seguintes:

- Elaboração de um glossário, contendo princípios e diretrizes da EPS, para acompanhar os instrumentos de produção de dados;
- Elaboração de instrumentos mais objetivos para o julgamento de propostas mais simples, a exemplo de ações no formato de oficina;
- Revisão dos instrumentos que contemplam a “avaliação da reação”, considerando as especificidades de cada processo educativo;
- Promoção da avaliação de reação como elemento de institucionalização da avaliação nas instituições condutoras da EPS nos estados;
- Elaboração de recomendações para contemplar as especificidades dos processos educativos –como formular instrumentos específicos para cada processo educativo.

Ter a possibilidade de realizar estudo piloto de forma presencial, com toda equipe envolvida no projeto, trouxe um conjunto de lições aprendidas para a equipe do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), que certamente se tornaram elementos orientadores para a realização das etapas posteriores.

O contexto da pandemia e a transição da modalidade presencial para remota – reflexões, desafios e possibilidades

O estudo piloto realizado na Bahia e a revisita aos instrumentos após as discussões, forneceram elementos estruturantes para que as etapas seguintes fossem planejadas e organizadas. No entanto, no mesmo período, o mundo assistiu ao surgimento da pandemia de covid-19, declarada como emergência

de saúde pública de importância internacional pela Organização Mundial da Saúde (OMS), no primeiro trimestre do de 2020. No Brasil, as repercussões da pandemia geraram uma crise sanitária que trouxe impactos importantes para a área do trabalho e educação em saúde, especialmente sobre a organização dos serviços de saúde e seus profissionais.

A emergência da pandemia de covid-19 impôs a necessidade isolamento social e por conseguinte, a reconfiguração dos processos de trabalho de acordo com o referido contexto. Nesse sentido, o uso de Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) ganhou destaque a fim que de as ações de cuidado em saúde fossem mantidas. (CAETANO et al., 2020; NILSON et al., 2018)

Diante do novo cenário, a equipe envolvida no projeto precisou repensar as estratégias para dar continuidade ao desenvolvimento da etapa de validação da matriz. Foram necessárias reuniões com a equipe e com integrantes das secretarias estaduais de saúde, preparação de pesquisadores para utilização das plataformas virtuais, adequação do material ao ambiente virtual e planejamento das datas nas quais seriam realizadas as oficinas.

Os convites aos participantes foram feitos por meio de contato telefônico e correio eletrônico (*e-mails*), primeiramente com os gestores e representantes da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e posteriormente estes articularam os respectivos convites para os coordenadores e egressos(as) das ações educativas. As condições das oficinas dependeram dos equipamentos e recursos tecnológicos disponíveis, no que se refere a qualidade de vídeo, áudio e conectividade, tanto da equipe executora quanto das(os) participantes.

Estiveram envolvidos, além da equipe do ISC da UFBA, diretores, coordenadores e representantes das secretarias estaduais de saúde, Escolas de Saúde Pública, Escolas Técnicas do SUS, representantes das áreas técnicas e membros da CIES dos estados, integrantes de núcleos municipais e/ou regionais EPS e outros setores responsáveis pela condução das ações de EPS nos estados. A mobilização dos participantes para a realização das oficinas transcorreu de forma participativa e produtiva.

As reuniões foram organizadas para ocorrerem na plataforma virtual Zoom e aconteceram conforme disponibilidade das participantes ligados às secretarias estaduais e às ações educativas. De forma geral, os encontros foram divididos por dimensão. Sendo assim, cada oficina estadual para

realização do estudo piloto teve em média três encontros, com duração de aproximadamente duas horas, respeitando a disponibilidade dos participantes. Cada oficina contou com quatro membros da equipe de pesquisadores do ISC/UFBA, no sentido, de garantir a qualidade do registro das informações, o suporte relacionado à plataforma virtual e o preenchimento dos instrumentos.

Visando garantir os princípios da ética e bioética na pesquisa, estabelecidos pelas Resoluções nº 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), antes do início de cada encontro, os participantes recebiam as informações referentes ao Termo de Consentimento Informado para Participação do Estudo Piloto, aos objetivos desta etapa do projeto, aos riscos e benefícios envolvidos e, após o consentimento, o encontro era iniciado. Os encontros foram gravados e após sua conclusão foram elaborados relatórios a partir dos debates realizados neste processo.

Como parte da metodologia utilizada para o desenvolvimento do estudo piloto, e partindo das rodadas de apresentação da estratégia ao conjunto da representação, foram pensadas as seguintes etapas: no primeiro momento das oficinas discutiu-se a dimensão político gerencial e posteriormente, as dimensões do processo educativo e efeitos. A dinâmica adotada envolvia a explicação de cada etapa, a explicação sobre os objetivos de cada instrumento e a metodologia que seria utilizada. Cabe ressaltar o cuidado que as equipes de pesquisadores – facilitadores – tiveram no processo de escuta e construção do consenso, viabilizando assim, a troca de experiências entre as participantes e, ao mesmo tempo, a escuta das sugestões de aperfeiçoamento do instrumento. Na medida em que os instrumentos eram preenchidos as(os) participantes tinham a possibilidade de retirar dúvidas, opinar sobre a forma, conteúdo e clareza das questões e sugerir melhorias, como acréscimo de novas questões, reescrita ou supressão de outras.

Após a aplicação dos instrumentos, tanto para a coordenadores, facilitadores ou docentes da ação educativa, quanto para as(os) egressas(os), houve mediação e um espaço de fala para averiguar a opinião dos mesmos sobre a pertinência do instrumento, se ficaram à vontade no momento de responder as questões e se em algum momento se sentiram constrangidas em relação à avaliação da ação educativa. Esse momento de apreciação geral

do instrumento foi muito importante em função do próprio objetivo da proposta de monitoramento e avaliação, que é ter instrumentos e ferramentas que permitam uma avaliação inclusiva e com foco no aperfeiçoamento das ações de educação permanente.

O questionário dirigido foi bem avaliado, por estar organizado numa sequência articulada do planejamento, desenvolvimento e resultados da ação educativa e contribuíram com sugestões de conteúdo e forma. Em alguns tópicos, buscou-se adequar a vivência dos serviços e a realidade na qual estão inseridos à linguagem do instrumento.

O estudo piloto e as dimensões

Cada uma das etapas adotadas nas oficinas teve suas particularidades, não só no que diz respeito aos participantes e aos instrumentos, mas sobretudo às discussões e reflexões provocadas em cada uma das dimensões.

A dimensão político-gerencial e a avaliação do grau de implementação da PNEPS

A realização das oficinas piloto representou um avanço no processo de definição e ajustes da proposta de implantação do monitoramento e avaliação da PNEPS na medida em que permitiu a aplicação efetiva dos instrumentos, verificando-se sua potencialidade na captação das informações acerca do desenvolvimento da política de EPS nos estados e sua contribuição ao fortalecimento das ações educativas no SUS.

Conforme descrito, o processo envolveu reuniões prévias com equipe gestora para organização da logística; oficinas com equipes gestoras, coordenadores, facilitadores e docentes participantes das ações educativas para teste e validação dos instrumentos e medidas; análise documental e das respostas dos instrumentos e oficinas devolutivas.

Considerando a dimensão político-gerencial, o estudo avaliativo centrou-se numa discussão realizada com a equipe gestora, por meio um processo de autoavaliação orientado por uma matriz voltada para aferição do grau de implantação da política, nos aspectos que envolvem: o projeto de governo; capacidade de gestão; governabilidade e planejamento e avaliação. A aferição do grau de implantação tem por objetivo avaliar a adequação na

operacionalização de uma intervenção em saúde, ou seja, avaliar a integridade da intervenção, especificando o conjunto dos fatores que influenciam os resultados obtidos. (CONTANDRIOPOULOS, 1997)

O estudo piloto, em relação à dimensão político gerencial, apontou que a avaliação participativa reconstruiu os distintos pontos de vista sobre a gestão da política, reunindo a equipe gestora numa atitude reflexiva diante. A matriz apresentou grande viabilidade de aplicação, favorecendo a construção de consensos e aumento da reflexividade acerca da implantação da política. Ainda, a matriz de medidas da implantação permitiu visualizar com facilidade os distintos graus de desenvolvimento da política, em cada estado, favorecendo a identificação dos elementos necessários para alcance pleno da implantação pelo Estado, coerente com a PNEPS. O Quadro 2 traz a descrição do cenário/estágio encontrado em cada grau de implantação.

Quadro 2 – Classificação do grau de implantação e estágio de desenvolvimento da PNEPS

GRAU	CENARIO	ESTÁGIO	PONTUAÇÃO
Grau 1	Em desenvolvimento inicial, incipiente ou inexistente.	INICIAL	1
Grau 2	Em desenvolvimento, porém apresentando fragilidades.	INCIPIENTE	2
Grau 3	Em desenvolvimento, com indicativos coerentes com a proposta de implementação da PNEPS.	INTERMEDIARIO	3
Grau 4	Em desenvolvimento avançado ou pleno, coerente com a implementação da PNEPS.	AVANÇADO	4

Fonte: elaborado pelos autores.

Processo educativo e seus efeitos

Na dimensão do processo educativo, o foco avaliativo se centrou na ação educativa e na análise crítica das abordagens pedagógicas adotadas, a sua relação com as necessidades de formação dos trabalhadores para o processo de trabalho_em saúde e o seu potencial de produzir intervenções nos processos de trabalho em saúde. Ademais, buscou-se analisar em que medida a ação educativa possibilitou a problematização do processo

de trabalho em saúde e examinou a coerência entre as propostas metodológicas e as necessidades formativas contidas nos projetos políticas pedagógicos, nos relatórios e outros documentos referentes às ações educativas participantes.

A aplicação dos instrumentos da dimensão de efeitos buscou avaliar os resultados obtidos a partir das ações educativas e as inovações presentes no cotidiano de trabalho dos serviços advindas da implementação da PNEPS. O foco dessa dimensão está na aferição da qualificação profissional e formação dos sujeitos por um lado e, por outro, na transformação dos processos de trabalho, oriundos das contribuições e efeitos da ação educativa.

Os instrumentos que fazem parte da dimensão de efeitos incluíram a avaliação da percepção/satisfação da ação educativa; avaliação da aprendizagem; avaliação do suporte institucional, como apoio oferecido pela organização ao uso das novas habilidades no trabalho e finalmente a avaliação das mudanças pretendidas pela ação educativa nos processos de trabalho em saúde.

A aplicação dos instrumentos da dimensão de efeitos também incluiu a escuta e percepção dos gestores das unidades de saúde que participaram dos processos formativos, a fim de aferir mudanças organizacionais derivadas da qualificação dos trabalhadores e incorporação de tecnologias e inovações no cotidiano dos serviços.

As variações de participação nessa dimensão também foram um elemento de análise importante. Os convites de participação aos egressos dependeram da escolha dos gestores, bem como interesse e disponibilidade deles em um contexto de participação voluntária, assim foram necessárias várias buscas ativas para obtenção das respostas, havendo dificuldade de devolutivas dos instrumentos, por exemplo. Considerando a quantidade de itens e os cinco blocos que compunham o instrumento dessa dimensão, foi dada aos participantes a possibilidade de que o instrumento respondido e enviado posteriormente para a equipe de pesquisadores. Esse aspecto foi diferente na modalidade presencial, quando a aplicação junto aos egressos foi realizada no mesmo momento, assim viabilizou uma melhor participação e acesso as respostas e *feedback* em tempo oportuno.

Resultados

A partir das escolhas, as várias experiências implantadas no país foram conhecidas. O debate sobre os sentidos e aplicação das práticas avaliativas em EPS foram desdobrados em oficinas, cujo objetivo contemplava a inclusão de distintos olhares, a partir da participação de diferentes sujeitos, no sentido da construção das possibilidades relacionadas à aplicabilidade dos instrumentos avaliativos, em variados tipos de ações educativas.

De fato, um conjunto contribuições para o desenho do processo avaliativo foi gerado, desde as mais gerais, relacionadas à redação dos critérios da matriz avaliativa, passando por aquelas referentes à diferenciação do cenário que caracteriza cada estágio da implantação, chegando até mesmo à inclusão de indicadores que refletem o grau de implantação e reflexões quanto ao objeto das ações de EPS.

O processo de elaboração dos modelos lógicos das diferentes ações educativas realizadas nos estados contou com a escolha pelas respectivas equipes estaduais de intervenções educativas pregressas que considerassem aspectos como: resposta aos problemas detectados, abrangência das prioridades, população alvo, disponibilidade de sistemas ou fontes de informações que permitissem análises da dimensão práticas pedagógicas em interface com a PNEPS; integração ensino-serviço e comunidade e reorganização das práticas de trabalho.

No que se refere aos resultados da dimensão político gerencial constatou-se que todos os estados possuem Plano Estadual de Educação Permanente formalizado, aprovado e publicado que orientam suas políticas a partir dos pressupostos da PNEPS. A grande maioria possui dotação orçamentária específica para a política de EPS nas SES. O financiamento federal para o desenvolvimento da Política ocorre por meio de demanda/projetos especiais (editais, portarias, convênios etc.). Foi reforçada a importância do incentivo financeiro destinado pelo Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS – PRO EPS-SUS, Portaria do Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde (GM/MS) nº 3.194 de 28 de novembro de 2017, e a necessidade de um provimento contínuo para as ações.

Os Estados demonstram alta capacidade de gestão da Política de EPS, sendo identificada estrutura própria e adequada para gestão da política, com

regimento e organograma ao interior das SESs. Nota-se ainda a existência de um conjunto de instâncias formadoras vinculadas a SES, com capacidade de certificação (CEE) e com estrutura física adequada, notadamente as Escolas de Saúdes e Escolas Técnicas do SUS. Os estados possuem uma equipe gestora específica para a condução da política de EPS, considerada próximo às necessidades de trabalho que o órgão/setor requer (dimensionamento) e com perfil e qualificação adequada conforme formação exigida para o trabalho no campo da gestão dos processos educacionais.

A equipe gestora adequada tem sido responsável por desempenhar suas funções de modo a garantir a organização dos processos, notadamente a capacidade de articulação política e iniciativas de integrar ensino, serviço e comunidade. Alguns estados apontam como principal fragilidade a capacidade de execução financeira e capacidade de articulação interfederativa nas ações de EPS. Um dos problemas apontados diz respeito à complexidade da execução financeira, que depende do orçamento e das amarras do SUS para gastar o dinheiro público.

Apesar da alta capacidade de gestão, os Estados referem alguns obstáculos em relação à governabilidade da política e enfatizam uma certa fragilidade no apoio técnico do Ministério da Saúde para a efetivação do Plano de EPS no Estado. No que se refere a autonomia, avaliada como viabilidade orçamentaria e financeira, apesar de haver dotação orçamentária específica para ações da área de EPS, não há autonomia para execução do recurso.

Quanto ao planejamento e avaliação da política de EPS, evidencia-se adequação na forma de organizar as demandas formativas a partir das necessidades regionais. Em um dos estados participantes, foi desenvolvido um instrumento de coleta de dados disponibilizado pelo FormSUS, *on-line*, para reunir os dados para a construção do PEEPS, tais como o instrumento “Diagnóstico e o Quadro de Demandas”, organizados pelas regionais, desde os municípios. Neste caso em particular, destaca-se a variedade de ações educativas, incluindo rodas de conversa, seminários, oficinas, minicursos, com temáticas referentes às várias redes de atenção à saúde. Ademais, a ofertas das ações educativas foi baseada nas necessidades de saúde e do serviço e a cobertura contempla os diversos níveis da atenção e áreas técnicas das SESs, é diversificada e regionalizada.

Quanto à implantação de mecanismos de monitoramento e avaliação da política e das ações de educação permanente, apenas um estado se destacou, com a criação Observatório de EPS. Há um conjunto de iniciativas de Monitoramento e Avaliação (M&A), frequentes, com instrumentos de monitoramento elaborados e publicizados para todos os gestores da EPS no Estado, com incorporação dos resultados da avaliação na rotina institucional. Nos demais estados, as iniciativas ainda são pontuais e falta fazer uso rotineiro das informações oriundas dos processos avaliativos.

Em síntese, nota-se que a existência do PEEPS confere maior clareza ao Projeto de Governo, assim como identifica-se alta capacidade de gestão, o que demonstra acumulação de experiências e conhecimentos necessários para condução do plano/política. Destaca-se ainda a adequação das estruturas, a qualificação técnica, esforço e compromisso da equipe gestora no planejamento das ações de EPS segundo necessidades do trabalho em saúde e considerado o desenho regional, produzindo articulações políticas com atores do território para identificação das necessidades e execução das ações.

A descontinuidade no financiamento, bem como reforço do apoio inter-federativo (governabilidade) são elementos apontados como aspectos a aperfeiçoar para o pleno desenvolvimento da política. Quanto ao planejamento e avaliação, apesar dos estados realizarem seus PEEPS de forma ascendentes participava e com desenho regional, ainda são pontuais e insuficientes os mecanismos de M&A, sendo baixa sua institucionalização e uso rotineiro das informações para tomada de decisão na gestão.

A dimensão político gerencial foi a mais mobilizadora. Aspectos como a formalização da Política de EPS nos estados ganhou destaque, sobretudo ante o surgimento de outras instâncias gestoras, característica que vem galgando espaço nos processos crescentes de terceirização no âmbito dos governos e das secretarias estaduais. Nesse sentido, a clareza na definição de termos aponta para a necessidade de um glossário específico, para ampliar a compreensão dos sujeitos envolvidos nos processos avaliativos.

Considerando a média dos estados, conforme o estudo piloto, a política encontra-se implantada em grau avançado intermediário, ou seja, em desenvolvimento com indicativos coerentes com a proposta de implementação da PNEPS (nota geral 3,1). A subdimensão governabilidade foi a que

obteve menor pontuação (2,6) e a subdimensão com maior pontuação foi planejamento e avaliação (3,6).

Tabela 1 – Pontuação obtida/grau de implantação dos estados do piloto, por subdimensão da dimensão político-gerencial

Dimensões	E1	E2	E3	E4	E5	Média
Projeto de Governo	3,3	2,7	2	3,5	2,7	2,8
Capacidade de Gestão	3,9	3,1	3,6	3,5	3,1	3,4
Governabilidade	3	2	3	3	2	2,6
Planejamento e Avaliação	4	3,8	3,3	3	3,8	3,6

Fonte: elaborada pelos autores.

No que diz respeito à dimensão do processo educativo, os instrumentos mostraram que as ações educativas participantes integravam os Planos de Educação Permanente dos estados; os projetos pedagógicos contemplam análise das necessidades de formação dos trabalhadores para o processo de trabalho e descreviam a concepção pedagógica e a relação com o trabalho como princípio educativo; as metodologias ativas vêm sendo implementadas como estratégias pedagógicas.

Constatou-se ainda que as escolas vêm apostando na formação de facilitadores para desenvolvimento de capacidades para a prática educacional com adoção de metodologias que inovem os processos de ensino-aprendizagem. Ademais, as práticas avaliativas no interior das escolas, bem como das ações educativas, ainda se apresentam com fragilidade, especialmente no que se refere a produção e acompanhamento dos produtos e o investimento em soluções inovadoras para modificação do processo de trabalho.

Os instrumentos da dimensão do processo educativo também apontaram reflexões sobre o baixo investimento na produção de tecnologias e conhecimento oriundos das experiências formativas assim como divulgação de produtos na comunidade mais ampla. Embora exista problematização do cotidiano de trabalho ao interior dos processos formativos, ainda é incipiente a incorporação de projetos de intervenção como produtos das ações educativas, o que apontaria para uma maior articulação do processo formativo com as mudanças pretendidas nas práticas assistenciais e da gestão.

Na dimensão efeitos, a aplicação dos instrumentos entre os egressos, bem como discussão oriunda dos grupos focais, mostrou boa adesão e

facilidade de uso das ferramentas, além disso os instrumentos permitiram apontar com clareza a percepção dos participantes quanto aos aspectos a serem melhorados pelas ações educativas; identificar condições oferecidas pelas instituições para pôr em prática novas habilidades (apoio material e psicossocial) bem como auto-avaliação das mudanças obtidas com a aprendizagem e avaliação da incorporação de inovações/tecnologias para o a resolução de problemas no serviço.

O Bloco nº 1 acerca da percepção da ação educativa revelou grande percentual de satisfação com as ações educativas no que se refere a aplicabilidade dos conteúdos, metodologia, recursos audiovisuais utilizados, carga horária, locais de encontro, interação entre discentes e docentes, entre outros em todos os estados. Os aspectos com menor pontuação se referiram à integração dos atores do ensino-serviço-comunidade no desenvolvimento da ação educativa e aspectos que envolvem a interprofissionalidade. Os participantes também perceberam que existe relação entre as ações formativas e as necessidades de saúde da população, tendo a ação educativa respondido a um problema oriundo do processo de trabalho.

A avaliação da aprendizagem contida no Bloco nº 2 buscava mensurar a apropriação de conhecimentos na dimensão cognitiva. As respostas apontaram que os participantes adquiriram conhecimentos após participar da ação educativa; a maioria aproveitou as oportunidades que teve para colocar em prática o que aprendeu e relacionou os conteúdos da ação educativa com as necessidades do próprio processo de trabalho. Os trabalhadores referiram que a ação educativa proporcionou empoderamento diante dos problemas que se apresentam no cotidiano do mundo do trabalho.

No Bloco nº 3, cujas assertivas remetem ao suporte institucional para a aplicação de conteúdos aprendidos, bem como às condições materiais para a proposição de ações, foi observado um maior número de respostas desfavoráveis. Quesitos como disponibilidade de equipamentos, abertura por parte de colegas, apoio dos gestores e estabelecimento de objetivos institucionais se colocam, dessa forma, como focos de atenção. A maioria dos respondentes afirmou que, no seu ambiente de trabalho, nem sempre tem suas sugestões, em relação ao que foi aprendido na ação educativa, levadas em consideração; raramente recebem elogios/incentivo quando aplicam no

trabalho as novas habilidades que aprenderam e quando têm dificuldades em aplicar as novas habilidades, nem sempre recebem apoio para superá-las.

No que se refere às assertivas do Bloco nº 4, acerca das modificações no processo de trabalho, houve concordância acerca das mudanças atitudinais no processo de trabalho após a participação na ação educativa. Da mesma forma, os(as) respondentes apontam que houve melhoria da qualidade do próprio trabalho; reconhecem que a ação educativa as tornou mais receptiva às mudanças no trabalho e beneficiou os colegas de trabalho, que indiretamente aprenderam com elas novas habilidades. Também ajudou a melhorar a capacidade de trabalhar em equipe.

O último bloco da dimensão de efeitos buscou conhecer as modificações que a ação educativa produziu no processo de trabalho dos profissionais, bem como as lições aprendidas e os desafios encontrados pelos participantes após concluir a ação educativa. Os participantes puderam se manifestar livremente e destacaram dentre as principais inovações e produtos: desenvolvimento de projetos de intervenção (Projeto de Intervenção para criação de Núcleo de Educação Permanente em Saúde); elaboração de protocolos e estabelecimento de fluxos para o trabalho; criação de instrumentos para aperfeiçoar processos de trabalho e protocolos operacionais, realização de amostras, publicação de trabalhos e criação de Observatório de Educação Permanente em Saúde

Os respondentes apontaram ainda maior habilidade em compartilhar conhecimento nas unidades, citaram experiências positivas como a implantação de Núcleos de Educação Permanente em Saúde; a integração dos serviços de Saúde (Atenção Primária e Vigilância em Saúde; e o aperfeiçoamento das ações de Planejamento no SUS).

Após a realização de todas as oficinas do estudo piloto, inúmeros foram as contribuições para o desenho do processo avaliativo:

- Inclusão de distintos sujeitos e olhares, negociando o foco da avaliação;
- Contribuições para aperfeiçoamento da redação dos critérios da matriz avaliativa;
- Contribuições para o refinamento e diferenciação do cenário que caracteriza cada estágio da implantação

- Reflexões quanto ao objeto das ações de EPS;
- Adequação dos instrumentos para a análise da implantação da política e das ações educativas;
- Identificação da necessidade de flexibilização dos instrumentos diante da diversidade das ações educativas (caráter não formal).

Lições construídas a partir da realização dos pilotos

O capítulo detalha todo o processo desenvolvido até a validação da ferramenta de M&A. O processo descrito evidencia a preocupação com a escuta qualificada, aprendizagem significativa e os processos de aprendizagem em adultos. Pretende-se que esse material não seja somente um material acadêmico, mas que nos possibilite avaliar e monitorar as vivências na EPS, formulado a partir de bases contidas na literatura, trazendo novo olhar sobre a teoria após as vivências.

A rede consolidada entre os participantes, sejam eles a equipe do ISC, os profissionais de saúde, gestores, os egressos das ações de EPS, tem grande potencial. Todo o conhecimento compartilhado e agora sistematizado nesta publicação fortalece a PNEPS.

Internamente, a entrega da ferramenta validada de M&A da PNEPS passa a ser um valor a fortalecer as iniciativas de gestores e outros atores do SUS na busca de melhoria e divulgação das ações educativas. A ideia é qualificar a rede de atenção e do cuidado no SUS.

Os contatos, os encontros – presenciais ou virtuais – a superação de desafios e a busca de soluções para problemas comuns, compõem parte da memória de todo o trabalho realizado, foram momentos preciosos.

A etapa de realização das oficinas piloto representou um avanço no processo de definição e ajustes da proposta de implantação do monitoramento e avaliação da PNEPS na medida em que permitiu a aplicação efetiva do instrumento, verificando sua potencialidade na captação das informações acerca da implantação da PNEPS nos estados e sua contribuição para o fortalecimento das ações educativas no SUS.

O estudo piloto foi precedido, em cada estado, pela realização de reuniões prévias com a equipe gestora para organização da logística dos encontros e definição das ações educativas a constarem do estudo. Considerando o

contexto da pandemia, a realização da grande maioria das oficinas ocorreu na modalidade *on-line* (exceto na Bahia) e envolveu as equipes gestoras, coordenadores, facilitadores e docentes das ações educativas selecionadas, bem como participantes das ações educativas. O processo envolveu ainda análise documental e a sistematização das respostas dos instrumentos aplicados em suas três dimensões articuladas: político gerencial; processo formativo e efeitos. Após a compilação do material, foram realizadas oficinas devolutivas em cada estado.

Faz-se necessário registrar as limitações que envolvem um estudo piloto, não sendo este um trabalho de pesquisa propriamente dito, mas uma etapa para teste e validação dos instrumentos, bem como ajustes metodológicos e aperfeiçoamento da abordagem e desenho do processo avaliativo. A pandemia de covid-19 certamente limitou a realização de encontros presenciais, o que fortaleceria o movimento de apropriação crítica e validação do material produzido. No entanto, a riqueza das experiências estaduais e o compromisso das equipes envolvidas com a Educação Permanente nos territórios trouxe brilho e vivacidade a cada etapa do processo.

Para a finalização do estudo piloto e validação final de todo o material produzido, os estados participaram da II Oficina Nacional, no mês de novembro de 2021. Nessa oficina foram apresentados os resultados do estudo piloto e realizado o lançamento do documento final, reunindo os instrumentos e indicadores construídos ao longo do processo. Finalmente foi realizada uma discussão acerca das potencialidades de incorporação do monitoramento e avaliação da PNEPS na rotina da gestão do SUS. Acreditamos que este momento foi uma oportunidade de reafirmarmos as diretrizes dessa importante política para formação e desenvolvimento dos trabalhadores para transformação dos processos de trabalho e nas práticas de saúde no SUS.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.194, de 28 de novembro de 2017. Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS*. [Brasília, DF], 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 150, n. 112, p. 59-62, 13 jun. 2013.

BRASIL. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasilia, DF, ano 153, n. 98, p. 44-46, 24 maio 2016.

CAETANO, R. et al. Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, p. 1-16, 2020.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trabalho, Educacão e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 6 n. 3, p. 443-456, 2008.

CONTANDRIOPoulos, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciencia & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (org.). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

NILSON, L. G. et al. Telessaúde: da implantação ao entendimento como tecnologia social. *Revista Brasileira De Tecnologias Sociais*, Itajaí, v. 5, n. 1, p. 33-47, 2018.

ROSCHKE, M. A. (ed.). *Evaluación en procesos de educación permanente y capacitación es salud: experiencias y lecciones*. Washington, D.C.: OPS, 2006.



Construção do Painel de Indicadores para Monitoramento e Avaliação das Políticas de Saúde

o caso da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

*CATHARINA LEITE MATOS SOARES • CÉLIA REGINA RODRIGUES GIL • SILVANA LIMA VIEIRA
• THADEU BORGES • ALCIONE BRASILEIRO OLIVEIRA • SONIA CRISTINA DE LIMA CHAVES*

Introdução

A gestão de políticas públicas tem incorporado, cada vez mais, tecnologias enquanto meios de trabalho como ferramenta para a gestão. (GONÇALVES, 1992) Dentre essas tecnologias, estudos apontam a construção de painel de indicadores como alternativa para o acompanhamento das políticas públicas em vários setores, a exemplo de transportes (MENDES, 2013), educação (ZANIN, 2014) e, especialmente, para o setor saúde. (DAL SASSO et al., 2019; GRIMM; TANAKA, 2016; TAMAKI et al., 2012)

No caso da saúde, os trabalhos acerca da temática apontam benefícios que corroboram para a qualificação dos processos de trabalho e a efetividade na gestão, seja na esfera estadual ou municipal (GRIMM; TANAKA, 2016), na gestão do cuidado no âmbito hospitalar (DAL SASSO et al., 2019) ou na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) de modo mais amplo. (TAMAKI et al., 2012) Essas evidências revelam o potencial da ferramenta em diferentes âmbitos, mostrando convergência em relação ao fato de que, em geral, esse recurso tecnológico apoia a tomada de decisões e consiste em uma estratégia adequada e útil, podendo ser utilizado em diferentes contextos e distintos territórios e, ainda, conforma um importante instrumento de gestão para os serviços. (GRIMM; TANAKA, 2016) Ademais, constitui-se em uma ferramenta

eletrônica potente para o monitoramento dos processos e também dos resultados de uma política ou programa, além de contribuir institucionalmente para produção de uma cultura de avaliação. (DAL SASSO et al., 2019)

No plano metodológico para a construção desses painéis, a incorporação de mais ou menos sujeitos pode tornar o processo “mais” ou “menos” participativo (PEREIRA et al., 2018; TANAKA; TAMAKI, 2012), implicando no envolvimento de atores distintos, contemplando profissionais, formuladores de políticas, acadêmicos, entre outros.

A necessidade de desenvolvimento de uma proposta teórico metodológica para o monitoramento e avaliação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) no âmbito do SUS produziu um movimento de construção de indicadores, produção de instrumentos e matrizes avaliativas.

Sendo assim, o presente capítulo descreve o processo de construção participativa do painel de indicadores para o acompanhamento da PNEPS, destacando o seu possível uso para a gestão dessa política em diferentes âmbitos: nacional, estadual e municipal.

Monitoramento e avaliação no contexto das políticas públicas

O ciclo da política pública é uma ferramenta metodológica e de gestão muito utilizada na área de saúde coletiva e administração pública porque nos permite, a partir de diferentes perspectivas, observar o processo de entrada na agenda, seleção de alternativas, implementação e acompanhamento sistemático, como ocorre essa assimilação pelas instituições daquela referida resposta social aos problemas de saúde, seus condicionantes e determinantes.

Há autores que apontam a existência de seis etapas. Basicamente, considerada aqui: 1) a entrada na agenda do governo; 2) a seleção de alternativas; 3) o processo decisório; 4) a formulação da política; 5) a implementação; e, 6) avaliação. A avaliação propriamente dita, como o julgamento de valor do mérito e da implementação, pode ser considerada uma etapa específica, mas algumas vezes, também se apresenta transversal em outras etapas, como por exemplo no processo de formulação, no qual a avaliação estratégica tem um papel importante. De qualquer modo, o monitoramento, como o acompanhamento sistemático de um conjunto de ações implementadas da política é inerente ao processo de implementação, muitas vezes menosprezado.

Por outro lado, as aproximações da avaliação com o processo de planejamento e implementação das políticas de saúde é inegável. No Brasil, com forte influência nas normativas da perspectiva do planejamento estratégico situacional (MATUS, 1994), no qual no momento tático-operacional, o componente avaliativo se torna forte e imprescindível para garantia do caráter mais estratégico da política, aproximando-se do “deve ser”.

Portanto, do ponto de vista conceitual, considera-se avaliação em saúde como uma atitude permanente de julgamento de valor e mérito de uma política, expressa em suas intervenções, com vistas à tomada de decisão e melhoria dos seus componentes. Considera-se que o acompanhamento sistemático, no ciclo anual de uma política, pode significar, em alguns momentos pontuais, avaliação para a gestão da referida política.

Ainda que algumas iniciativas tenham sido conduzidas no sentido da institucionalização das práticas avaliativas nas organizações de saúde nos diferentes níveis de atenção desde os anos 2000, neste momento histórico, esta institucionalização tem sido incipiente, ainda que algumas iniciativas de formação de avaliadores para a gestão tenham sido conduzidas.

Cabe destacar também que, para monitorar uma política, há três elementos fundamentais: 1) o dado, que é a unidade primária decorrente do registro em um sistema de informação, que, ao ser manipulado, produz; 2) o indicador, que é uma medida sintética que reflete algum componente da política, quer seja da sua estrutura, processo ou resultado. Por fim, esse indicador poderá produzir; 3) a informação, que, ao ser interpretada, gera conhecimento a ser publicizado numa ciência aberta e de todos como é o SUS. Ainda assim, há ausência de ferramentas específicas para isso na área da saúde e cultura organizacional que valorize a avaliação.

Os sistemas de informação em saúde têm enfrentado problemas de valorização da perspectiva pública já que o fortalecimento da lógica privada, sem defesa da ciência aberta, com instâncias públicas de gestão do SUS é uma luta presente fundamental. A Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) é a plataforma nacional de interoperabilidade (troca de dados) em saúde, instituída pela Portaria do Gabinete do Ministério da Saúde GM/MS nº 1.434, de 28 de maio de 2020 tem sido uma aposta, não desprovida de controvérsias.

Na verdade, cabe lembrar que o DataSUS é o grande provedor desse imenso conjunto de dados de saúde dos serviços e também do uso e estado

de saúde de todos os brasileiros com o avanço do prontuário eletrônico. Instância pública de gestão das informações de tecnologias em saúde deve ser questão inegociável no Brasil e defesa do controle social. (MORAES et al., 2009)

Do ponto de vista do campo da avaliação, supõe-se que foi previamente elaborado o modelo lógico da referida intervenção, considerada como sua imagem-objetivo. (VIEIRA-DA-SILVA, 2014) O modelo lógico deve ser compreendido como uma figura síntese de como a política de Educação Permanente em Saúde (EPS), por exemplo, deverá funcionar em sua teoria e prática. (MEDINA et al., 2005) Apenas da modelização da política, deve-se formular os indicadores para seu monitoramento, com clareza do componente a que ele se refere, da forma de acompanhamento, da fonte de dados e fórmula de cálculo. Cabe destacar fortemente também o equívoco na expressão “monitorando indicadores”. Na verdade, monitora-se a política, as ações da política ou seus resultados, a partir de indicadores previamente formulados, que são sempre medidas sintéticas limitadas da realidade complexa do qual a política faz parte.

A matriz abaixo, indica um formato para formulação dos indicadores a partir da modelização da política:

Componente e Critério (estrutura, processo e resultado)	Indicador	Fórmula de cálculo e periodicidade da coleta	Fonte de informação e análise de tendência
---	-----------	--	--

Há muitas formas de derivação do modelo lógico na matriz de indicadores. A proposta baseada na relação entre a definição clara do critério/atributo do programa ou política está sendo monitorado, a sua formula de cálculo e periodicidade de coleta, bem como a clareza da fonte de informação são elementos essenciais para composição da mesma. Um outro elemento associado ao critério é também esclarecer, na perspectiva donabediana, se este é um atributo da estrutura, do processo ou do resultado do programa ou política.

Em conclusão, vale destacar que publicações recentes sugerem a introdução da avaliação transversal a todas as políticas em curso e a serem implementadas no Brasil como um caminho irreversível que poderá produzir grandes mudanças nas mesmas. (BRASIL, 2018a, 2018b)

Indicadores de avaliação e painéis de monitoramento e avaliação: para que servem?

Um grande desafio posto para a gestão pública diz respeito ao processo de conhecimento sobre as políticas, programas e serviços, que pode ser feito por meio do monitoramento e da avaliação, partindo da compreensão de que um mesmo programa poderá apresentar diferentes resultados quando implantado sob diferentes condições contextuais. (TAMAKI et al., 2012; VIEIRA-DA-SILVA, 2014) Na prática, para a condução de um processo de gestão é imprescindível o acompanhamento sistemático dos objetivos, metas, ações, programas e resultados alcançados em determinados períodos, constituindo-se assim, um processo contínuo de Monitoramento e Avaliação (M&A). A incorporação do M&A ao processo de gestão, dando subsídios à tomada de decisões, pode contribuir para aumentar as certezas e a transparência sobre o desempenho das intervenções tendo como base a informação e análise de dados. (VAISTMAN; RODRIGUES; PAES-SOUZA, 2016)

Nesse processo, torna-se fundamental a identificação de critérios de observação e padrões de comparação, conduzindo assim maior direcionamento ao que se quer medir. (DONABEDIAN, 1990) Com base em Donabedian, (1990), pode-se dizer que o “critério” é um componente ou aspecto da estrutura de um serviço ou sistema de saúde, ou de um processo ou resultado de um cuidado que dá suporte à qualidade da atenção prestada. (DONABEDIAN, 1990) O termo critério, preferencialmente utilizado no campo da avaliação, tem uma clara correspondência com o conceito de variável, tradicionalmente adotado na abordagem epidemiológica e bastante utilizado na avaliação de serviços de saúde. O parâmetro é um valor de referência, quantitativo ou qualitativo, que serve de base de comparação para a avaliação.

O indicador diz respeito a uma razão entre variáveis ou critérios, capaz de guardar relação com aquilo que se deseja medir e são fundamentais no processo de acompanhamento e comparação com os padrões estabelecidos e assim, se constituem em uma ferramenta para o processo de M & A. (OLIVEIRA; REIS, 2016) Na prática, deve-se ter em mente que a seleção de indicadores precisa guardar relação com a constante necessidade de atualização e existência de parâmetros para análise. (DUTRA; GOMES, 2019) Esses indicadores além de simplificar os processos, devem permitir o apoio à gestão e a sua adoção como instrumento de trabalho da gestão. (TAMAKI et al., 2012)

Cabe ressaltar que no Brasil há uma grande quantidade de informações e bases de dados divergentes que tem dificultado o uso das informações produzidas nos diversos âmbitos de ação. (GRIMM; TANAKA, 2016; TAMAKI et al., 2012) Para se avançar no processo de monitoramento e avaliação de políticas, programas, ações em geral, torna-se relevante definir/sistematizar um elenco mínimo de indicadores voltados para diferentes finalidades como gestão, monitoramento e avaliação provenientes de sistemas de informação em uso (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2019), tais como: a) no diagnóstico situacional, para subsidiar a definição do problema, o desenho de uma política e a fixação das referências que se deseja modificar; b) na execução, para monitorar e avaliar, revisar o planejamento e corrigir desvios; c) na avaliação do alcance de metas, resultados e impactos sobre o público-alvo.

Alguns aspectos são relevantes para a escolha de cada indicador, que deve minimamente:

- Ser válido – deve ter uma capacidade de síntese e de captar o que de fato se deseja medir;
- Ser relevante – deve ser importante para a tomada de decisão. Deve ser capaz de expressar ao gestor, com o máximo de possibilidades, os fatos sobre os quais tenha capacidade e recursos para transformar as situações identificados e não estejam ocorrendo de acordo com os objetivos definidos pelos gestores (TAMAKI et al., 2012);
- Ter simplicidade técnica – deve ser de fácil elaboração e compreensão para ser viável acompanhamento e produção do mesmo pelas equipes responsáveis. Não adianta a proposição de indicadores que não sejam de fácil produção;
- Ser oportuno – deve estar acessível, ter dados disponíveis nos sistemas de informação ou registros para viabilizar sua elaboração, devendo com isso valorizar as bases de dados existentes e seu apoio à gestão.

Quadro 1 – Exemplos de critérios, indicadores e fórmula de cálculo

Critério	Indicador	Fórmula de cálculo
Política EPS nos Estados formalizada, em consonância com a PNEPS.	Percentual de PAREPS aprovados por regiões de saúde ou macrorregiões de saúde conforme especificidades locais.	Número de PAREPS totais/ PAREPS aprovados por regiões de saúde x 100.
Dimensionamento da força de trabalho para a gestão da EPS nos Estados.	Percentual de trabalhadores participantes de ações educativas do quadro da gestão da EPS.	Nº trabalhadores do quadro da gestão da EPS/ quantitativo de ações educativas x 100.
Instâncias gestoras da política de EPS na estrutura organizacional da SES.	Proporção de NEPS descentralizados.	Número de NEPS, sobre o total de municípios x100).
Recursos próprios aplicados na saúde segundo EC-29.	Proporção de recursos próprios aplicados na saúde segundo EC-29.	Valor dos recursos próprios gastos com saúde / valor das receitas próprias x 100.
Ações educativas apreciadas na CIES.	Proporção de ações educativas apreciadas na CIES.	Número de ações educativas apreciadas na CIES sobre o total de ações educativas ofertadas no ano x 100.
Investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil.	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados.	Total de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) / Total de óbitos investigados X 100.

Fonte: Brasil (2021).

Para dar maior ordenação ao acompanhamento das intervenções nas diversas áreas tem sido proposto painéis de monitoramento, visando oferecer uma visão mais completa dos resultados alcançados, mediante o acompanhamento sistemático de indicadores selecionados (DUTRA; GOMES, 2019; TAMAKI et al., 2012) Para tanto, cabe aos gestores e profissionais envolvidos, elencar um número pequeno de indicadores que possam revelar a dimensão do objetivo proposto e, por sua vez, tenham capacidade de síntese em guardar relação com a dimensão a ser avaliada. (TAMAKI et al., 2012)

Como base no desejo de fornecer essas respostas, pode-se considerar que o processo de organização de um painel de monitoramento deve contemplar (COSTA et al., 2013; TAMAKI, 2012; UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2019):

- A identificação de uma intervenção;
- O que se quer com o monitoramento;
- Os objetivos e quem fará uso dessas informações;
- O nível de abrangência – geográfico e temporal;
- O elenco de indicadores, mediante análise dos seus atributos e forma e frequência de coleta dos dados;
- A identificação ou definição dos padrões de desempenho e possibilidade de alcance de metas;
- A definição de método de análise;
- A forma de apresentação e mecanismos de discussão e divulgação dos resultados.

Por fim, comprehende-se que a proposição de painéis deve ser feita com base em indicadores simples e de fácil obtenção nas bases de dados disponíveis, viabilizando assim sua rápida alimentação e operacionalização pelos profissionais envolvidos. Sem dúvidas, esse processo tende a fortalecer a cultura avaliativa nas diferentes instâncias contribuindo, por sua vez, para a institucionalização da avaliação.

No processo de avaliação e monitoramento da PNEPS, destaca-se a necessária definição de indicadores de acompanhamento das ações educativas, porém percebe-se dificuldade nesse processo, tanto pela temática de difícil quantificação, quanto pela rotatividade dos atores envolvidos, em algumas situações, que impactam nas ações educativas. Assim sendo, o processo de construção envolveu o maior número de atores possíveis, abarcando as distintas realidades da EPS no país, além de especialistas em avaliação e na EPS.

O processo de construção do painel para o Monitoramento e Avaliação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

O processo de construção do painel de indicadores para o monitoramento e avaliação da EPS se deu de forma dinâmica e participativa, com encontros que envolveram vários atores políticos institucionais, com momentos presenciais e mediados por tecnologias, inclusive por conta da pandemia

de covid-19, que implicou em mudanças substantivas nos processos de trabalho, nas distintas áreas do conhecimento.

Para o desenvolvimento do trabalho, constituiu-se uma equipe estratégica no ISC, coordenado pelo grupo de pesquisa de “Trabalho e Educação em Saúde”, a qual coordenou todo o processo. Posteriormente, desenvolveu-se um conjunto de oficinas regionais, contemplando todos os estados da federação, com a participação atores-chaves na formulação e implementação da PNEPS nesses estados, garantindo a articulação entre as instituições de ensino e os serviços de saúde, liderado por esse referido grupo.

A metodologia proposta foi concebida, inclusive, pelos princípios da PNEPS tanto na dimensão teórica quanto na metodológica. Por isso, fundamentou-se na problematização, nas metodologias ativas e nos momentos de diálogo entre participantes e mediadores do grupo de trabalho, com vistas a estimular o raciocínio crítico e produção do consenso, até como proposta avaliativa de quarta geração. (TENÓRIO; VIEIRA, 2009)

A construção coletiva oportunizou o diálogo entre os atores institucionais, com distintos níveis de conhecimento acerca da PNEPS, do SUS e da sua institucionalização, variando de incipiente a avançado, destacando-se, dentre alguns pontos relativos ao tema, a compreensão acerca da PNEPS e o uso de indicadores de M&A no âmbito da gestão do SUS.

Um conjunto de etapas compuseram a elaboração do referido painel. De início, o grupo de pesquisa de “Trabalho e Educação em Saúde” desenvolveu uma “versão preliminar” de uma matriz de julgamento composta por critérios, indicadores e padrões de avaliação da PNEPS, decomposta a partir do modelo lógico de referência para a PNEPS que representa o esquema visual da política em voga. (HARTZ, 1998) Essa versão foi apresentada, pela primeira vez, em oficina nacional às referências da EPS dos 26 estados do Brasil e ao Distrito Federal, que tiveram como tarefa o desdobramento da discussão referente a esta matriz ao interior do seu estado, envolvendo suas equipes internas, os representantes das CIES e dos municípios.

Em paralelo, essa matriz foi encaminhada para *experts* das duas áreas temáticas que envolveu o trabalho de construção desse painel de indicadores, notadamente a Educação Permanente e a Avaliação em Saúde. Nessa etapa, o processo de apreciação se deu da seguinte forma: os *experts* receberam por *e-mail* a matriz preliminar e a devolveram após 30 dias, pontuada

e comentada, critério a critério, a qual foi posteriormente analisada pela equipe de pesquisadores, conjugando as contribuições oriundas dos estados e dos *experts* em avaliação e educação permanente em saúde.

A resultante dessa etapa foi uma segunda versão da matriz de julgamento, a qual foi objeto de reflexão em oficinas regionais, contemplando todos os estados da federação. As oficinas, para a validação dos critérios e elaboração de indicadores e para o M&A da PNEPS, aconteceram em cinco etapas regionais, uma por região. Nessas oficinas regionais, os participantes tiveram oportunidade de criticar os critérios de avaliação já propostos ou propor modificações a eles, construir coletivamente indicadores para o monitoramento e avaliação dos referidos critérios em discussão e quando possível, definir a metodologia de cálculo. Ressalta-se que a metodologia de discussão coletiva visava debater e consensuar a pertinência e importância dos critérios de avaliação atribuídos às dimensões e subdimensões de análise e seus respectivos indicadores. Em todos os casos, houve a participação e condução de um mediador, para cada grupo, da equipe de pesquisa do ISC, que atuou na mediação do trabalho de grupo.

Após essa etapa, produziu-se uma terceira versão da matriz de julgamento, agora já contemplando os resultados das discussões oriundas das oficinas regionais. Nesse momento, instituiu-se um grupo de trabalho ampliado para o refinamento e produção final da matriz a fim de compor uma nova versão da matriz a ser validada em estudo piloto, envolvendo diferentes modalidades de ação educativa, assim como uma análise “autor-referida” para a implementação da política no estado. O estudo piloto não visou a avaliação em si da política de EPS no estado e tampouco a avaliação das ações educativas selecionadas. Apenas buscou “validar” a matriz de julgamento para refina-la e ajustá-la, para fins de composição do painel final para o monitoramento e avaliação da PNEPS, em distintos níveis: nacional, estadual e municipal.

No processo, observou-se desafios intrínsecos à escolha dessa proposta metodológica, considerando as especificidades das ações, as experiências dos sujeitos da EPS, os perfis institucionais e os níveis distintos da institucionalização da política nos estados, além do conhecimento acerca da temática. Ao final do estudo piloto, chegou-se a uma proposta dos indicadores a qual congregou as contribuições de todas as etapas descritas nesse segmento.

Após a análise da equipe de pesquisadores para os ajustes finais, chegou-se a proposição do painel de indicadores como ferramenta de gestão da EPS no SUS. Nessa direção houve todo um movimento de análise, limpeza das repetições, condensação dos indicadores semelhantes, de modo a “burilar” e “produzir” uma versão final coerente e útil para os gestores da EPS no SUS.

O Quadro 2 sumariza a expressão quantitativa da versão final da matriz de julgamento produzida.

Quadro 2 – Total de critérios e indicadores por dimensão
após oficina de validação e consenso

Dimensão Político – Gerencial	Subdimensões	Critérios	Indicadores
	Projeto de governo	2	3
	Capacidade de gestão	5	7
	Governabilidade	1	2
	Planejamento e Avaliação	4	5
Total		12	17
Dimensão Processo Educativo	Subdimensões	Critérios	Indicadores
	Perspectivas pedagógicas	5	5
	Integração ensino-serviço-comunidade	1	2
	Práticas interprofissionais	1	1
Total		7	8
Dimensão Efeitos	Subdimensões	Critérios	Indicadores
	Participante da ação educativa	2	2
	Processo de trabalho	3	7
Total		5	9
Total: 34 indicadores			

Fonte: Brasil (2021).

O processo relatado, nesse segmento do capítulo que envolveu a elaboração do painel como tecnologia de gestão, reflete a própria EPS como inspiração teórica e como práxis pedagógica. Essa opção coaduna com as características do grupo condutor do processo no âmbito da instituição de ensino que por sua vez adota o trabalho enquanto princípio educativo, nas práticas de cooperação com os serviços de saúde.

Essa medida proporcionou, por um lado, o desenvolvimento da capacidade técnica dos trabalhadores dos estados com menor capacidade de gestão

da EPS e, por outro, o aprimoramento das práticas avaliativas em EPS. Em ambos os casos, foi possível observar a incorporação da avaliação enquanto um saber para as políticas públicas e uma prática que venha a ser institucionalizada nas organizações públicas, por meio das secretarias estaduais e municipais de saúde.

A matriz de julgamento para o Monitoramento e Avaliação da PNEPS

Como ilustrado no segmento anterior, o painel de indicadores para o M&A da PNEPS foi produto de várias etapas participativas e que envolveu atores variados. Esse painel de indicadores derivou da matriz de julgamento que ao final foi composta por três dimensões, a saber: a) político gerencial; b) processo educativo; e, c) efeitos do processo educativo.

Na primeira dimensão, intitulada político gerencial, definiu-se quatro subdimensões de análise, quais sejam: a) projeto de governo; b) capacidade de governo; c) governabilidade, e d) planejamento e avaliação. Com base em Matus (1994), os três primeiros elementos conformam um triângulo, cuja harmonia possibilita a melhor implementação de uma política. Por sua vez, os critérios de avaliação articuladas a essas subdimensões refletem os princípios e diretrizes da EPS no Brasil, além dos princípios do planejamento situacional do mesmo autor.

Essa dimensão apresentou, ao final, 12 critérios, sendo eles: existência de Plano Estadual de EPS aprovado e publicado; financiamento das ações de EPS; instâncias gestoras da política de EPS na estrutura organizacional da Secretaria Estadual de Saúde (SES)/Secretaria Municipal de Saúde (SMS); adequação do quadro da equipe gestora da PNEPS no âmbito da SES e da SMS; capacidade de execução financeira dos recursos destinados à política de EPS pela equipe gestora de EPS da SES e da SMS; capacidade de articulação política da equipe gestora da política de EPS da SES e da SMS bem como iniciativas de integração ensino, serviço e comunidade; capacidade de articulação interfederativa nas ações de EPS; apoio técnico e político para a efetivação dos planos de EPS; processo de planejamento das ações de EPS; oferta das ações educativas; cobertura das ações de EPS e avaliação

e monitoramento de EPS pela equipe gestora da EPS da SES e da SMS. Para monitorar esses critérios foram propostos 17 indicadores.

O objetivo dessa dimensão foi contemplar os aspectos políticos gerenciais que ilustram os diferentes graus da implementação da política, que revelam a incipiente ou avanço da PNEPS do estado ou município, além de apontar necessidades de planejamento de estratégias de enfrentamento dos nós críticos identificados pela equipe de gestão da EPS.

Já a segunda dimensão, denominada processo educativo apresentou sete critérios de avaliação inscritos em três subdimensões de avaliação, a saber: a) perspectivas pedagógicas, b) integração ensino-serviço-comunidade; e c) práticas interprofissionais. Os critérios foram: coerência entre a ação educativa e as necessidades de formação dos trabalhadores para o processo de trabalho em saúde; ação educativa como proponente de produção de intervenções nos processos de trabalho em saúde; ação educativa que considera o trabalho como princípio educativo; ação educativa contempla o uso de metodologias participativas/ativas de ensino-aprendizagem; ação educativa contempla práticas avaliativas; ação educativa contempla a articulação e integração ensino-serviço e ação educativa promove a colaboração entre sujeitos e equipes.

Essa dimensão expressa os princípios da EPS enquanto política de saúde que subsidiam a análise dos processos educativos em geral. Nesse segmento, apresentam-se desafios que valem ser registrados neste capítulo. O primeiro reside no fato dos processos educativos em EPS terem formatos distintos que vão desde uma simples oficina até um curso de mestrado profissional, desde que, na sua proposta, fique explícita a ancoragem sobre o trabalho como princípio educativo, a necessidade como origem da demanda e os processos de trabalho como objeto de reflexão. O segundo traz à tona a dificuldade de observar os referidos princípios nas ações de EPS que não abordam um formato de curso tradicional, a exemplo das rodas de conversa, entre outros.

Contudo, vale ressaltar que o esforço em produzir indicadores para o M&A dos processos educativos, objetiva, ao final, analisar em que medida os processos educativos estão próximos dos princípios e diretrizes da EPS em Saúde.

A última dimensão do painel construído, a de efeitos dos processos educativos, contém duas subdimensões, quais sejam: participante da ação

educativa e processo de trabalho. Dela, derivou-se cinco critérios, a saber: avaliação da percepção quanto à ação educativa (infraestrutura, dinâmica, metodologias, conteúdo, atuação docente/facilitador, entre outros); avaliação da aprendizagem; avaliação do suporte institucional para modificações no processo de trabalho; modificações no processo de trabalho e incorporação de inovações/tecnologias que permitam o enfrentamento dos problemas do serviço. Para monitorar estes critérios foram propostos nove indicadores.

Nessa dimensão, a inspiração veio da psicologia organizacional que discute avaliação em níveis. (ABBAD; BORGES-ANDRADE; GAMA, 2000) Nesse particular, o primeiro nível dá-se na aprendizagem, o segundo nos processos de trabalho e o último, nos serviços de saúde. Nesse segmento, a construção de critérios objetivos para mensuração ou efeito em aspectos que são subjetivos representou o principal desafio.

Em síntese, as três dimensões se desdobraram em nove subdimensões que, ao final, ficaram compostas por 24 critérios e 34 indicadores de M&A da PNEPS.

Painel de indicadores para o monitoramento e avaliação da PNEPS

Apresentar um conjunto de indicadores capazes de monitorar e traduzir a situação em que se encontra a PNEPS, no âmbito da gestão do SUS, é uma proposta ousada. Em parte, porque a cultura organizacional que permeia as instituições governamentais é permeada por resistências ao uso de ferramentas de monitoramento e avaliação, capazes de dar evidências aos avanços e limitações das políticas públicas. E, ainda, pelas fragilidades decorrentes do clientelismo de grupos políticos que permeiam as instituições públicas, desconstruindo práticas e saberes adquiridos no desenvolvimento de políticas, projetos e programas sociais. (ARCOVERDE, 2009; SOUZA, 2006)

Nesse contexto, o presente painel de indicadores de gestão da PNEPS deve ser entendido como um dispositivo para discussão e reflexão das equipes de gestores do SUS e, em especial, das que conduzem e incentivam a EPS como caminho para a qualificação das práticas do cuidado e dos processos de trabalho nos serviços de saúde nos estados e municípios.

Considerando que um painel de indicadores tem a função de mostrar, de forma geral, o estágio ou *status* de cada indicador individualmente e em seu conjunto, permitindo obter uma visão geral (*overview*) de uma determinada dimensão da política, após cuidadosa análise da situação da PNEPS apresentada nas oficinas de monitoramento pelos participantes, o grupo condutor fez a opção por um painel contendo os indicadores da dimensão político-gerencial, para ilustrar a implementação da política de EPS.

A institucionalização da PNEPS pressupõe a superação de um importante desafio que é o de trazê-la para a agenda dos gestores do sistema. Os instrumentos legais de gestão do SUS, em especial os planos de saúde e relatórios anuais de gestão, são basicamente quantitativos, tratam de ações objetivas e mensuráveis.

A gestão da PNEPS, ao contrário, é voltada a processos educacionais dos profissionais já inseridos nos serviços e visam o aperfeiçoamento e qualificação do cuidado aos usuários do sistema. Difere do objeto acadêmico – formação profissional – que tem instrumentos sistematizados e consolidados de avaliação do processo ensino-aprendizagem dos estudantes durante seus itinerários formativos.

Da mesma forma, difere das práticas capacitacionistas e verticalizadas usualmente adotadas nos serviços que se resumem em ditar hierarquicamente o certo e o errado a fazer nas práticas do cuidado. Assim, a equipe gestora central decide o que deve ser “ensinado” aos profissionais, repassa às equipes gestoras intermediárias que repassam às gerentes ou coordenações locais dos serviços que, por fim, as repassam àqueles que efetivamente realizam o cuidado.

A EPS coloca em cheque o privilégio da gestão por números e do processo de educação por inculcação que desconsidera a vivência, experiência, valores e princípios que os trabalhadores trazem para o mundo do trabalho. Portanto, requer uma lógica de compreensão que considera o trabalhador em seu contexto de trabalho como foco da ação educativa. (FREIRE, 1978) Fica evidente, pois, a complexidade de se criar instrumentos e ferramentas que deem visibilidade imediata e objetiva à mesma.

Considerando o exposto, a opção pela dimensão político-gerencial foi priorizada, neste momento, não por ser mais importante que as demais dimensões que compõem a matriz de monitoramento e avaliação, mas, sim,

por constituir-se como substrato para que as demais ocorram e se desenvolvam ganhando novos patamares institucionais na qualificação dos processos de trabalho para e no SUS.

O compromisso em atender à necessidade de apresentar indicadores de processos e resultados ou efeitos que permitam agregar poder e visibilidade à PNEPS, que sejam factíveis e viáveis e que dialoguem com os diferentes contextos vivenciados pelos estados e municípios, foi um compromisso que norteou o trabalho da equipe de pesquisadores do ISC desde seu início.

Após todo o movimento nacional de discussão da matriz, foram selecionados indicadores com potencialidade para sistematizar e disponibilizar informações essenciais para a vida da política de EPS e julgados mais sensíveis ao seu monitoramento, lembrando que a finalidade maior é mobilizar os envolvidos com a PNEPS para sua efetiva utilização e implementação nos instrumentos de gestão do SUS.

Os indicadores da dimensão político-gerencial e os argumentos para a escolha dos mesmos propostos para a composição do painel estão apresentados a seguir.

- Existência de Plano Estadual de EPS aprovado e publicado.
- Provimento de recursos federais anuais para estados pelo Ministério de Saúde.
- Provimento de recursos estaduais/municipais para a política de EPS.

Esse conjunto de indicadores integra a subdimensão de análise projeto de governo. Cabe destacar que esses evidenciam, com maior clareza, o compromisso dos gestores – federal, estaduais e municipais – com a PNEPS. Para fortalecer a EPS é necessário que a política esteja explicitada, documentada – como política ou plano estadual ou municipal – e que componha o conjunto de instrumentos de gestão do SUS, tal como as demais políticas – de APS, vigilância em saúde, saúde do trabalhador etc. Em se tratando de uma política nacional, é fundamental que, assim como as demais políticas, seja assegurado recursos técnicos, físicos e financeiros para seu desenvolvimento. Entende-se que a EPS necessita ser assumida pelos gestores nas três esferas de governo e, além dos recursos federais, sejam investidos recursos estaduais e municipais para seu desenvolvimento.

É fundamental que haja previsão e dotação orçamentária e financeira para viabilizar a execução de ações de EPS. Para que isso ocorra, cabe destacar que a EPS precisa estar contemplada nos planos de saúde e, para tal, que integrem as pautas de discussões das conferências e seja acompanhada pelas instâncias colegiadas consultivas e deliberativas do SUS.

Figura 1 – Educação Permanente em Saúde nos Instrumentos de Gestão do SUS



Fonte: elaborada pelos autores.

Figura 2 – Indicadores para análise da capacidade de governo para o desenvolvimento da PNEPS

- Existência de instância gestora da política de EPS na estrutura organizacional da SES/SMS.
- Existência de organismos formadores vinculados à estrutura organizacional da SES/SMS.
- Proporção de profissionais ativos na equipe gestora da política de EPS na SES/SMS.
- Proporção de profissionais com experiência em gestão e/ou formação em desenvolvimento de processos educativos na equipe gestora da política de EPS.
- Percentual de utilização dos recursos financeiros destinados às ações de EPS de acordo com o planejado.
- Proporção de iniciativas de articulação da equipe gestora da EPS da Secretaria de Saúde (estadual/municipal) com outras instâncias e instituições em consonância com os pressupostos da PNEPS.
- Percentual de iniciativas de articulação interfederativa da equipe gestora da política de EPS da Secretaria de Saúde (estadual/municipal).

Fonte: elaborada pelos autores.

Nas instituições e organizações, todas as áreas técnicas têm suas especificidades e equipes que se debruçam no desenvolvimento técnico e científico voltados ao aprimoramento e aperfeiçoamento das práticas. Da mesma forma, o trabalho com processos educacionais voltados à qualificação dos trabalhadores do SUS requer investimentos na área. (ROVERE, 1994) É senso

comum na gestão do sistema que qualquer profissional pode desempenhar processos de formação e educação em saúde. Entretanto, cabe ressaltar a singularidade das práticas de EPS e os avanços nas metodologias pedagógicas voltadas à aprendizagem significativa para o trabalho. Portanto, fica claro a importância de que haja uma equipe preparada e um lócus – superintendência, departamento, divisão, entre outros – responsável pela condução da EPS.

Em vários estados, um lócus bastante importante na condução da PNEPS tem sido as escolas de saúde pública, os centros formadores e institutos de saúde por terem profissionais envolvidos com os processos educacionais, recursos físicos, organizacionais e materiais capazes de alavancar a EPS e de dar suporte às ações educativas forma articulada com as áreas técnicas.

Cabe ressaltar que o trabalho, em qualquer área, requer o provimento de profissionais e para o desenvolvimento adequado das ações educativas na perspectiva da EPS, é fundamental que, além da quantidade de profissionais, é preciso domínio e interesse pelo trabalho nessa área. Promover e estimular a qualificação das equipes para o exercício das funções educativas é requisito fundamental para o desenvolvimento da EPS.

A categoria “trabalho” é o eixo estruturante da EPS e é nesse lócus onde são realizadas as práticas do cuidado que as ações de qualificação devem ser focadas. Para tanto, são necessárias articulações da equipe gestora da EPS com as demais áreas e setores técnicos das secretarias e possíveis apoiadores sempre na perspectiva de escuta ativa às necessidades dos profissionais em seus locais de trabalho e problematização das práticas para que o trabalhador seja um agente ativo de seu próprio aprendizado. (BRASIL, 2004; DAVINI, 1995)

A inversão da lógica verticalizada de ensino, característica da educação bancária predominante nas visões tecnicistas – em que um sujeito determina o que o outro deve saber e fazer – para a lógica da EPS, requer muito diálogo, conscientização e mediação por parte dos envolvidos com as práticas de gestão do cuidado e da educação “para” e “no” SUS. (FREIRE, 1987) Assim sendo, as articulações intra e interinstitucionais e a identificação de possíveis apoiadores técnico-políticos são fundamentais para a PNEPS.

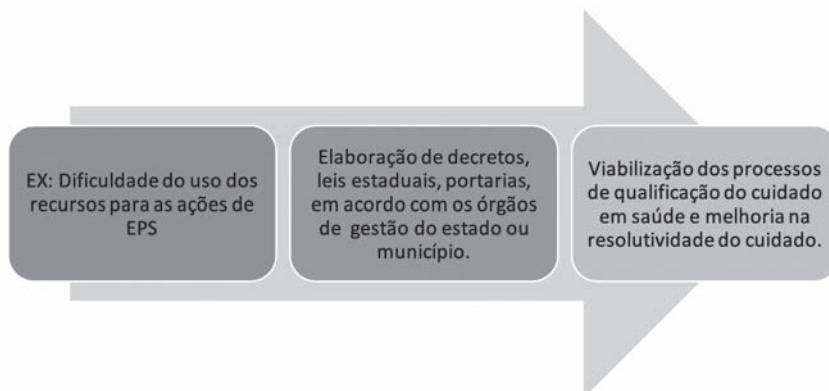
**Figura 3 – Indicadores para análise da Governabilidade
para o desenvolvimento da PNEPS**

- Existência de apoio técnico-político intrainstitucional para o desenvolvimento da política de EPS.
- Existência de apoio técnico-político interinstitucional para o desenvolvimento da política de EPS.

Fonte: elaborada pelos autores.

Pelo fato de a EPS tratar de um objeto cuja execução requer algumas especificidades, há carência de mecanismos institucionais jurídico-legais que respaldem, orientem e permitam a utilização dos recursos financeiros destinados às ações educativas, tais como licitações específicas de locais para oficinas, cursos, reuniões; pagamento de horas-aula para servidores públicos ou não, com destaque para a compreensão de que os profissionais que atuam nos diferentes espaços de gestão e do cuidado no SUS têm expertises específicas do sistema que contribuem para a qualificação e formação profissional dos recém inseridos nos serviços; organização de secretarias acadêmicas; elaboração de decretos e portarias específicas para o desenvolvimento de ações educativas para o trabalho em consonância com outros órgãos de governo, entre outros. Portanto, compete aos gestores viabilizarem formas de apoiar o deslindamento desses desafios e contribuir para romper os mecanismos de amarras administrativas que dificultam o uso dos recursos nesta área. Há diversas experiências nacionais que podem ser incentivadas pelo ministério da saúde e adotadas pelos governos estaduais e municipais.

Figura 4 – Exemplo de enfretamento de problemas para viabilização da Educação Permanente em Saúde



Fonte: elaborada pelos autores.

Figura 5 – Indicadores de planejamento e avaliação para o desenvolvimento da PNEPS

- Existência de metodologia participativa de elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente (PEEPS).
- Número de PAREPS aprovados e publicizados pelas instâncias gestoras do SUS (Regionais - CIR e Estadual – CIB).
- Número de ações planejadas segundo as necessidades de Educação Permanente identificadas no Plano de EPS.
- Número total de ações educativas em relação ao total de trabalhadores que necessitam da ação educativa.
- Existência de iniciativas de monitoramento e avaliação de EPS.

Fonte: elaborada pelos autores.

Um pressuposto fundante da PNEPS é o planejamento compartilhado entre os gestores do SUS, por meio do denominado quadrilátero de gestão, traduzido nos Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS). Portanto, a elaboração de um plano estadual ou municipal a ser respaldado pelo agente federal e desenvolvido pelos estados e municípios requer o uso de metodologias participativas, que considerem as reais necessidades de saúde e das práticas do cuidado de forma ascendente, privilegiando sua consecução de forma descentralizada, a partir dos municípios e regiões de saúde. Para tanto, requer um processo participativo

que promova uma qualificada gestão da escuta desde as unidades locais de saúde até o nível federal, sempre em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.

A pauta de necessidades identificadas deve ser apresentada e debatida nas instâncias gestoras do sistema, nas Comissão Permanente de Integração Ensino Serviço (CIES), nos Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino-Saúde (COAPES) e demais instâncias comprometidas e responsáveis pela formação e educação permanente em saúde.

Por fim, cabe destacar a importância de iniciativas de monitoramento e avaliação dos planos, com identificação dos nós críticos, dos avanços e desafios a serem trabalhados para que a EPS seja fortalecida e se consolide como ferramenta de gestão do cuidado e da educação. Entende-se que, na medida em que os planos de desenvolvimento da EPS sejam implementados, maior será a troca e compartilhamento de práticas e saberes entre os trabalhadores com efeitos positivos na resolutividade do cuidado aos usuários do SUS.

A proposta de construção e apresentação de um painel de indicadores voltado ao monitoramento e avaliação da PNEPS cumpre a função de preencher uma lacuna que até então permanece obscura na gestão dos processos e iniciativas da educação permanente em saúde. Dar visibilidade ao investimento financeiro, organizacional e cognitivo realizado nas atividades voltadas à qualificação do trabalho e do trabalhador no SUS é compromisso e responsabilidade indelegável de todos os gestores do sistema, independente do lócus federativo em que se situa.

Considerações finais

A construção do painel de indicadores relatado neste capítulo revela uma inovação importante para a área da saúde coletiva, sobretudo por aderir à participação, descentralização e ascensão como princípios orientadores da proposta. Nessa direção, houve todo um esforço em considerar à experiência dos formuladores e implementadores da PNEPS em cada estado, a produção técnica científica acerca da temática, bem como a contribuição dos *experts* acadêmicos de duas áreas do saber, a avaliação e a EPS em saúde.

Essa produção revela, portanto, a coerência entre os princípios que orientam a EPS e o *modus operandi* do grupo condutor do processo no ISC/UFBA.

Essa “fórmula” resulta em um painel coerente com as reais necessidades dos gestores e operadores da EPS, adequando-se, inclusive, as distintas realidades regionais e locais, reveladas ao longo das oficinas realizadas.

Vale explicitar que a adoção de processo participativo e desafiador resultou em um produto que reflete as diferentes realidades e contribuições dos sujeitos da EPS do Brasil. Por causa disso, aposta-se em possíveis desdobramentos nos estados e municípios, permitindo ao longo dos anos, a institucionalização da EPS no país, a disseminação e expansão de uma cultura avaliativa da política de EPS e dos processos educativos orientados por ela, assim como os seus possíveis efeitos. Afinal, se o propósito finalístico da EPS é possibilitar mudança nos processos de trabalho em saúde e por sua vez, nas práticas de saúde, aposta-se na qualificação das informações oriundas da análise dos referidos indicadores, na implementação de uma cultura avaliativa, no aumento do valor de uso do painel e por último, no aprimoramento do referido painel.

Referências

ABBAD, G. S.; BORGES-ANDRADE, J. E.; GAMA, A. L.G. Treinamento: análise do relacionamento da avaliação nos níveis de reação, aprendizagem e impacto no trabalho. *Revista Administração Contemporânea*, Curitiba, v. 4, n. 3, p. 25-45, set./dez. 2000.

ALBIERO, J. F. G.; FREITAS, S. F. T. de. Modelo para avaliação da integração ensino-serviço em Unidades Docentes Assistenciais na Atenção Básica. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 753-767, set. 2017.

ARCOVERDE, A. C. B. Avaliação de políticas públicas e a noção de êxito: o olhar de Figueiredo e Figueiredo. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 4., 2009, São Luís. *Anais* [...]. São Luiz: Universidade Federal do Maranhão, 2009. Neoliberalismo e lutas sociais: perspectivas para as políticas públicas. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIV/eixos/9_estados-e-lutas-sociais/avaliacao-de-politicas-publicas-e-a-nocao-de-exito-o-olhar-dos-figueiredos.pdf. Acesso em: 28 jul. 2020.

BRASIL. *Avaliação de políticas públicas: guia prático de análise ex ante*. Brasília, DF: Ipea, 2018a. v. 1. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/180319_avaliacao_de_politicas_publicas.pdf. Acesso em: 28 jul. 2020.

BRASIL. *Avaliação de políticas públicas: guia prático de análise ex post*. Brasília, DF: Casa Civil da Presidência da República, 2018b. v. 2. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/publicacao-item?id=05d5199c-fa83-448d-a33e-a9414d2c5361&highlight=WyJndWlhIiwiZXgiLCJleCciLCInZXgiLCJleCdyJ2UnIwicG9zdCIsInBvc3QnIiwiZ3VpYSBleCIsImd1aWEgZXggcG9zdCIsImV4IHbvc3QiXQ>. Acesso em: 30 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Orientações para monitoramento e avaliação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política de Educação Permanente e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

COSTA, J. M. B. S. et al. Monitoramento do desempenho da gestão da vigilância em saúde: um instrumento e estratégias de uso. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1202-1216, 2013.

DAL SASSO, M. A. et al. Implementação de um painel de indicadores on-line para segurança do paciente. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 32, 2019.

DAVINI, M. C. *Educación Permanente en Salud*. Washington: OPAS, 1995. (OPAS Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud, 38).

DAVINI, M. C.; NERVI, L.; ROSCHKE, M. A. *Capacitación del personal de los servicios de salud: proyectos relacionados con los procesos de reforma sectorial*. Quito: OPS, 2002.

DONABEDIAN, A. *Garantia y Monitoria de Calidad de la Atencion Medica*: un texto introductorio. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 1990.

DUTRA, E.; GOMES, V. C. Painel de Monitoramento e de Avaliação da Gestão do SUS: um mapeamento das principais fontes de informações públicas de saúde no Brasil com base no modelo sistêmico. *Revista FOCO*, [s. l.], v. 12, n. 3, p. 63-81, jul./out. 2019.

FREIRE, P. *Educação como prática de liberdade*. 8. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

FREIRE, P. *Pedagogia do Oprimido*. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.

GONÇALVES, R. B. M. *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades*. Rio de Janeiro: CEFOR, 1992.

- GRIMM, A. C. de A.; TANAKA, O. Y. Painel de monitoramento municipal: bases para a construção de um instrumento de gestão dos serviços de saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 25, n. 3, p. 585-594, jul./set. 2016.
- HARTZ, Z. M. A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teóricas metodológicas e políticas institucionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 341-353, 1999.
- KINGDON, J. *Agendas, alternatives, and public policies*. New York: Logman, 1995.
- MATUS, C. *El PES en la practica*. Caracas: Fundación Altadis, 1994.
- MEDINA, M. G. et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. da. (org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de programas e sistemas de saúde*. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 41-63.
- MENDES, J. M. H. *Balanced scorecard e painel de indicadores: implementação numa entidade pública do sector dos transportes*. Coimbra: Universidade de Coimbra, 2013. Relatório de estágio – Mestrado em Gestão.
- MORAES, I. H. S et al. Inclusão digital e conselheiros de saúde: uma política para a redução da desigualdade social no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 879-888, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300023>. Acesso em: 19 set. 2022.
- OLIVEIRA, A. M.; REIS, R. S. *Gestão pública em saúde: monitoramento e avaliação no planejamento do SUS*. São Luís: EDUFMA, 2016.
- PEREIRA, P. P. et al. Uso de ferramentas para apoiar a gestão: Painel de Indicadores da Atenção Básica. In: MOSTRA DE ESTÁGIOS DA FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, 8., 2018, Brasília, DF. *Anais [...]*. Brasília, DF: Universidade de Brasília, 2018.
- ROVERE, M. R. Gestión estratégica de la Educación Permanente en salud. In: HADDAD, Q. J.; ROSCHKE, M. A. C.; DAVINI, M. C. (org.). *Educacion permanente de personal de salud*. Washington, D.C.: OPS, 1994. (Série Desarrollo Recursos Humanos, 100).
- SAUPE, R.; CUTOLI, L. R. A.; SANDRI, J. V. A. Building descriptors for the permanent basic care education process. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 433-452, Nov. 2007.

- SILVA, L. A. A. *et al.* Evaluation of continuing education in the health work process. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 765-781, Dec. 2016.
- SILVA, A. N. *et al.* Limites e possibilidades do Ensino a Distância (EaD) na educação permanente em saúde: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1099-1107, 2015.
- SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 20-45, jul./dez. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/soc/a/6YsWyBWZSdFgfSqDVQhc4jm/?format=pdf&lang=pt>.
- TAMAKI, E. M. *et al.* Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 839-849, 2012.
- TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 821-828, 2012.
- TENÓRIO, R. M.; VIEIRA, M. A. *Avaliação e sociedade: a negociação como caminho*. Edufba, 2009.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Instituto de Saúde Coletiva. *Oficinas Introdutórias em Monitoramento & Avaliação em Saúde*. Salvador, 2019. Caderno de Atividades. Versão revisada.
- VAITSMAN, J.; RODRIGUES, R. W. S.; PAES-SOUZA, R. *O Sistema de Avaliação e Monitoramento das Políticas e Programas Sociais: a experiência do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome do Brasil*. Brasília, DF: UNESCO, 2006.
- VIEIRA-DA-SILVA, L. M. *Avaliação de Políticas e Programas de Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.
- WEISS, C. H. *Evaluation: methods for studying programs and policies*. 2. ed. UpperSaddle River: Prentice Hall, 1998.
- ZANIN, A. Definição de painel de indicadores de desempenho para instituições comunitárias de ensino superior. *Revista GUAL*, Florianópolis, v. 8, n. 2, p. 1-27, maio 2014.

Nas trilhas da Educação Permanente em Saúde

o território como bússola

LAÍSE REZENDE DE ANDRADE • BRUNO GUIMARÃES DE ALMEIDA • LILIANA SANTOS

Introdução

Em uma reunião da equipe do Núcleo de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (NUGTES) da Secretaria de Saúde do município de Pedreiras do Norte, nos questionávamos sobre os caminhos para dar concretude aos conceitos que havíamos estudado no nosso último encontro de trabalho para a elaboração do Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde (PMEPS). Nosso desafio era adotar os princípios da Educação Permanente em Saúde (EPS) desde a identificação das necessidades formativas, passando pela elaboração das propostas educativas e utilização da matriz de monitoramento e avaliação recém validada pelos estados brasileiros em oficinas regionais e na Oficina de Monitoramento e Avaliação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), promovidos pelo Ministério da Saúde (MS) e conduzida pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), nas quais algumas pessoas da nossa equipe tiveram importante participação nas discussões e apresentação da nossa experiência.

Esse processo foi tão mobilizador que nos convidou a revisitá questões como: para que desenvolvemos ações de EPS? Como saber se estamos, de fato, realizando uma ação de educação permanente? Como identificar as necessidades formativas conectadas ao processo de trabalho? Quem convidar para auxiliar no planejamento, desenvolvimento e avaliação das ações de EPS? Como monitorar e avaliar essas ações nos diferentes serviços?

As respostas para essas indagações poderiam ser encontradas em outras experiências de EPS e utilizadas aqui em Pedreiras do Norte, adaptadas às nossas necessidades. Neste sentido, fizemos uma busca nos documentos produzidos ao longo dessas oficinas. Os relatórios das Oficinas Regionais de Validação dos instrumentos de monitoramento e avaliação da PNEPS, os relatórios dos estudos piloto realizados com estados que representaram as cinco regiões e a análise dos Planos Estaduais de Educação Permanente em Saúde (PEEPS), nos auxiliaram a refletir sobre o lugar da EPS na estrutura das secretarias de saúde, bem como a governança das equipes responsáveis pelo planejamento e desenvolvimento das ações e principalmente como estas eram monitoradas e avaliadas. Esses documentos apresentam um conjunto de experiências de EPS em suas distintas configurações.

Para o desenvolvimento deste capítulo, foram identificados os princípios e pressupostos estruturantes da EPS, seus possíveis usos como tecnologia para gestão e formação dos trabalhadores; as configurações da EPS, a partir da análise das experiências dos Estados – modalidades de ação, objetivos, público-alvo e metodologias utilizadas para o desenvolvimento, monitoramento e avaliação destas ações – e a integração entre as diretrizes e práticas no SUS. A fim de subsidiar o planejamento e desenvolvimento de ações futuras, foram identificados igualmente os percursos e percalços das experiências, bem como as determinações da dimensão político-gerencial para o desenvolvimento das ações.

Este texto propõe o compartilhamento das sistematizações que realizamos no nosso itinerário enquanto tecedores do campo da EPS no SUS, o que aprendemos até aqui, apontando direções e perspectivas para as nossas inquietações. Esperamos que sejam úteis para outras equipes!

Educação permanente em saúde: identificando princípios e pressupostos

A importância de destacar os princípios e pressupostos essenciais da EPS ajuda nos processos de planejamento, desenvolvimento e avaliação das práticas de educação. Dentre os vários elementos que constituem e integram o desenvolvimento da EPS, foram selecionados alguns considerados imprescindíveis para que as ações de EPS não ocorram descoladas das necessidades

articuladas entre os sujeitos, a equipe e as instituições onde estão inseridos. A seguir apresentam-se esses conceitos operacionais, considerando diferentes matizes teóricas.

Centralidade do trabalho

“A EPS pode ser compreendida como prática de ensino-aprendizagem e como política de educação na saúde”. (CECCIM; FERLA, 2008, p. 1) Como prática de ensino-aprendizagem, a EPS toma como ponto de partida processos de trabalho no âmbito da saúde, desenvolvidos por equipes de saúde (seja atenção ou gestão). Constitui-se como exercício de análise coletiva acerca de processos de trabalho, buscando a transformação das práticas e levando em consideração as necessidades dos usuários. Nesse sentido, as equipes de saúde passam a exercer autonomia e corresponsabilização ao tempo em que ressignificam e/ou produzem novos conhecimentos. Destaca-se, nesse caso, a capacidade criativa de profissionais de saúde que ao criarem soluções para os desafios impostos pelas práticas, articulam saberes e impulsionam novos fazeres no âmbito dos serviços, gerando empoderamento e corresponsabilização em relação ao próprio trabalho, originando assim a produção de conhecimento operacional e prático. (MENDES-GONÇALVES, 2017)

Território

A noção de território é estruturante para pensarmos processos de promoção da saúde, prevenção de riscos e dados e planejar processos de cuidado que façam sentido para pessoas, famílias e comunidades. Por isso, incorpora-se aqui a concepção ampliada de território de Milton Santos que considera que não é possível entendê-lo ignorando as relações políticas e econômicas que se estabelecem no modelo capitalista de produção. (SANTOS; SOUZA; SILVEIRA, 1998) Ao entender essas relações que se desdobram em diferentes funções-usos espaciais, torna-se possível delimitar territorialmente um espaço para a implementação de ações práticas de saúde e de educação permanente.

A abordagem do território nessa perspectiva permite compreender e transitar entre as escalas territoriais locais – acesso aos serviços, qualidade de vida, moradia etc. – e sua relação com os mecanismos territoriais globais – políticas públicas, infraestrutura, economia etc.– e, a partir daí,

estabelecer a relação com os processos sociais como saúde, educação, renda etc. Por isso, a exigência de um trabalho interdisciplinar que não se limita à visão dicotômica que muitas vezes se tem produzido em saúde no Brasil. (FARIA; BORTOLOZZI, 2009)

Foco nas equipes, participação e colaboração

Dialogar sobre o campo do trabalho no SUS necessariamente tangencia a discussão sobre o trabalho em equipe. Questões como protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos se fazem presentes na produção do trabalho em saúde, e portanto, se constituem como elementos que transversalizam os processos de gerir e de cuidar estabelecidos entre trabalhadores e usuários do sistema de saúde. (BRASIL, 2010)

Nesse contexto, o trabalho em saúde para ser eficaz e resolutivo dependerá sempre de certo coeficiente de autonomia dos agentes responsáveis pelas ações clínicas ou de saúde pública (CAMPOS, 1997), bem como pela configuração da organização do processo de trabalho e formação das equipes que efetivarão o cuidado em saúde.

O trabalho em equipe vem sendo tratado de forma associada à prática colaborativa, participativa e solidária, visto que não bastam equipes integradas e efetivas para melhorar o acesso e a qualidade da atenção à saúde, é preciso que equipes e profissionais de um mesmo serviço colaborem entre si e com equipes e profissionais de outros serviços, outros setores na lógica de redes. (PEDUZZI; AGRELI, 2018)

Constituir-se como uma equipe requer trabalho e investimento – é uma construção, um processo dinâmico no qual os trabalhadores se conhecem e aprendem a trabalhar juntos para reconhecer o trabalho, conhecimentos e papéis de cada profissão. (FURTADO, 2007) Nesse sentido, um dos desafios a serem enfrentados para a constituição das equipes, está relacionado com a superação da perspectiva unidisciplinar do trabalho em saúde, na qual a separação das partes para melhor conhecer um fenômeno, corresponde ao princípio analítico, que define saberes e práticas a partir de uma única disciplina. (LIMA et al., 2018)

Na atualidade a aposta, na transformação dos processos de trabalho, se estrutura a partir da discussão sobre interprofissionalidade que pode ser definida como o trabalho que envolve diferentes profissionais, não apenas da

saúde, que juntos compartilham o senso de pertencimento à equipe e trabalham de maneira integrada e interdependente para atender às necessidades de saúde. (FURTADO, 2007) Cabe destacar, porém, que o trabalho em equipe também é transversalizado pela perspectiva multidisciplinar, definida como a justaposição de diferentes saberes disciplinares; interdisciplinar, com um enfoque voltado à síntese, promovendo a integração entre disciplinas, no sentido da construção de conceitos comuns e finalmente pela perspectiva transdisciplinar que ultrapassa as fronteiras das disciplinas, conforme nos esclarece Lima e demais autores (2018).

Não podemos perder de vista que o trabalho das equipes de saúde possui particularidades, sobretudo por considerarmos que ele se efetiva no exato momento em que é executado, determinando a produção do cuidado por meio do trabalho vivo em ato. (MERHY, 2002) Para tanto, torna-se imprescindível valorizar intensamente a formação de unidades baseadas em equipes autônomas, do ponto de vista da gestão do processo de trabalho dentro do conjunto de lemas estratégicos definidos em política governamental e social (MERHY, 1997), assim como é essencial o fomento da autonomia e do protagonismo dos sujeitos e dos coletivos; o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; a construção de redes cooperativas, interativas, participativas e protagonistas do SUS, fomentando a transversalidade e a grupalidade, incluindo neste contexto as equipes de trabalho, comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos. (BRASIL, 2010)

Aprendizagem significativa

A ideia de aprendizagem significativa se conecta aos estudos acerca dos mecanismos pelos quais se processa a aprendizagem em seres humanos. Parte-se do pressuposto de que novos aprendizados se viabilizam a partir de conexões já existentes, produzindo sentidos e novas conexões. O precursor dos estudos sobre aprendizagem significativa foi David Ausubel, médico e psicólogo estadunidense que viveu entre os anos de 1918 e 2008. Partindo de um pensamento crítico acerca das modalidades predominantes de educação formal, Ausubel dedicou-se a formular uma teoria da aprendizagem. (AUSUBEL, 1968)

Baseado na prerrogativa de conceitos subsunçores, ou seja, aqueles conhecimentos prévios nos quais se ancoram novos conhecimentos, a aprendizagem significativa se desenvolve formando conceitos e provocando o estabelecimento de significados e sentidos a partir das experiências. Nesse sentido, as ofertas curriculares, como programas, currículos, ementas funcionam como organizadores prévios, que abrem possibilidades para o desenvolvimento de novos conhecimentos. Uma das principais características da aprendizagem significativa é a interação entre “[...] conhecimentos prévios e conhecimentos novos, e que essa interação é *não-literal* e *não-arbitrária*”. (MOREIRA, 2012, p. 30, grifo do autor)

Nesse sentido, o reconhecimento dos territórios, das experiências e interações entre profissionais da saúde e sua interação com os usuários do SUS constituem-se como matéria prima para as ações educativas, em permanente movimento. Da prerrogativa de que educação é movimento, a EPS se reafirma como estratégia e método, seja na educação formal ou em situações cotidianas. Na saúde, a EPS incorpora a análise e transformação dos processos de trabalho, partindo das leituras e Paulo Freire e da incorporação nas necessidades de saúde como guias para a organização dos sistemas e serviços.

Foco em mudanças nos processos de trabalho

Essa produção de saúde, indissociável da produção de Sujeitos, necessariamente convida a repensar o processo de trabalho. Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves foi o autor que formulou o conceito de “processo de trabalho em saúde”, a partir da análise do processo de trabalho médico, em particular Mendes-Gonçalves (2017) estudou a do materialismo histórico-dialético e sua aplicação ao campo da saúde (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2012), buscando analisar no campo da saúde o processo de trabalho como atividade humana – trabalhadoras/es da saúde – que opera transformações em outros sujeitos por meio de instrumentos de trabalho com um determinado fim – promover saúde, prevenir riscos, cuidar.

Para Mendes-Gonçalves (2017) o processo de trabalho em saúde deve ser analisado sempre de forma articulada observando a relação recíproca entre o objeto do trabalho, instrumentos e a finalidade dos agentes envolvidos. Para Antunes (1999), o trabalho é a transformação não só de objetos, mas

do próprio trabalhador e nesse sentido, um movimento dialético de exploração/alienação e de criação/emancipação.

Portanto, repensar os processos formativos, criá-los, planejar formas de avaliação requer retomar os objetivos principais da ação e a intencionalidade do sujeito para sua consecução, bem como a sua relação com outros sujeitos na construção que se pretende coletiva, integrada e significativa.

Configuração das ações de EPS: desvendando possibilidades

Compreender o processo de EPS como uma potente estratégia para qualificar o trabalho no âmbito da gestão e da atenção se constitui como o primeiro passo para a incorporação desse no planejamento institucional. Articular a EPS com a realidade local, considerando a singularidade dos atores envolvidos nos processos e propondo ações que façam sentido e que sejam efetivamente apropriadas para os(as) trabalhadores(as) em seu cotidiano, expressa a versatilidade tecnológica da EPS, na medida que consegue aplicar seus princípios, diretrizes e medidas em diferentes contextos e cenários.

A análise das questões apresentadas, pela equipe de Pedreiras do Norte, provocou reflexões e mobilizou esforços para identificação de experiências que traduzem esses princípios e a potência da EPS tanto como ferramenta de gestão, quanto para qualificar o cuidado em saúde.

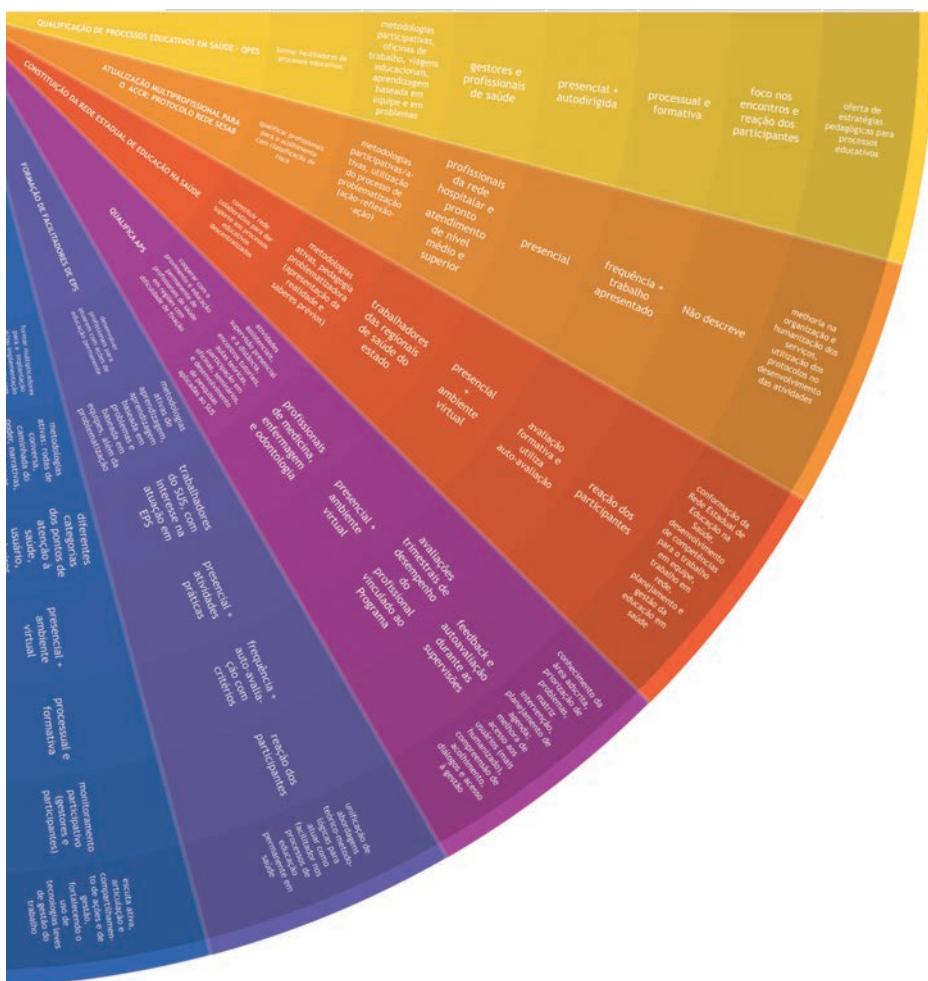
O conjunto de experiências apresentadas, nas Oficinas de Monitoramento e Avaliação da PNEPS, permitiu identificar fazeres nas mais diversas regiões do país que utilizaram a EPS como instrumento qualificador das práticas e, portanto, com potencial de produzir mudanças que ampliem o acesso ao cuidado em saúde de forma humanizada, digna e segura.

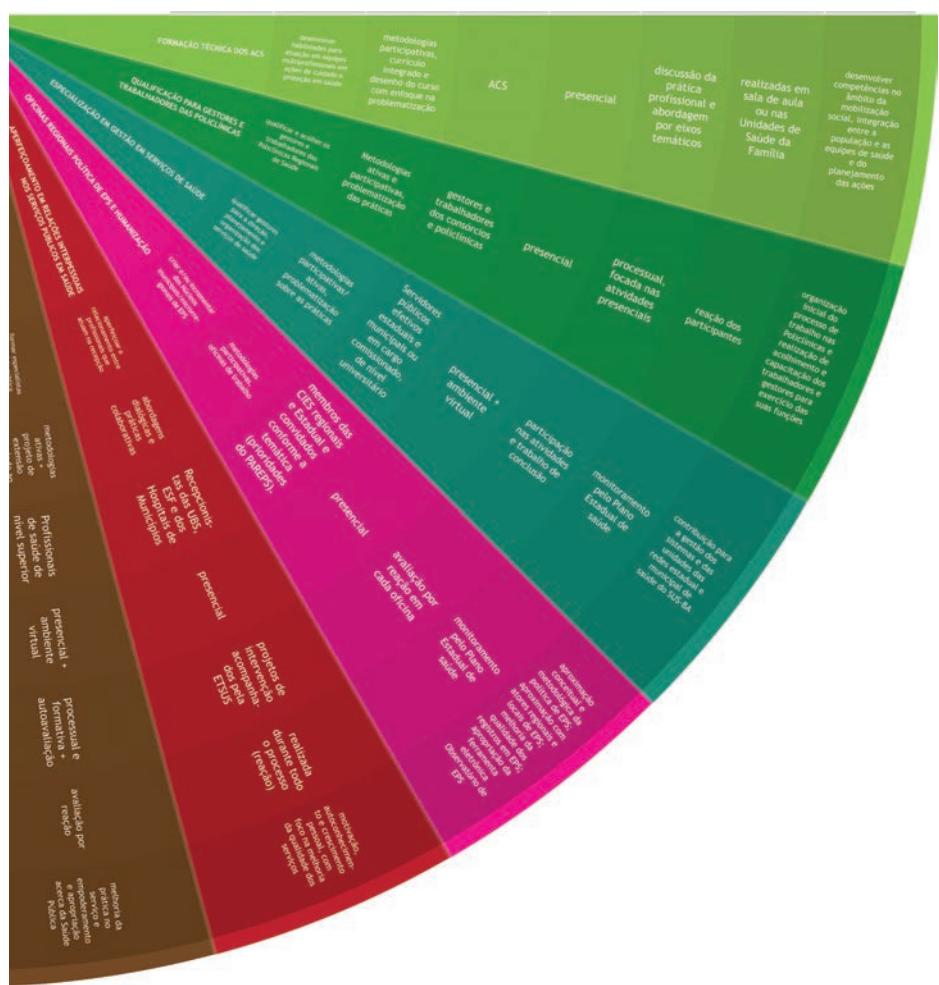
Para permitir uma melhor visualização dos elementos estruturantes das experiências, e a amplitude de aplicação da EPS, que vai desde a produção de sentido acerca do processo de trabalho em uma reunião de equipe até a incorporação em um processo formativo na modalidade especialização de abrangência estadual.

A figura-leque a seguir apresenta a sistematização das experiências seis estados brasileiros, analisadas no estudo piloto, destacando os elementos conceituais fundamentais para se caracterizar os processos de EPS. Para a elaboração desse Quadro 1, foram considerados o tipo de ação, seus objetivos,

desenho metodológico, público, modalidade e suas contribuições aos processos de trabalho.

Figura - Leque das Ações de Educação Permanente em Saúde





LEGENDA DO LEQUE:

ACCR – Acolhimento com Classificação de Risco

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à saúde

CIES - Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço

EPS – Educação Permanente em Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

ETSUS – Escola Técnica do Sistema Único de Saúde

PAREPS – Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde

QPEs - Qualificação de Processos Educativos em Saúde

SUS – Sistema único de Saúde

UBS – Unidades Básicas de Saúde

Fonte: elaborado pelos autores.

O que nos diz esta Figura-leque de ofertas?

A análise das ações desenvolvidas pelos estados participantes do estudo piloto abriu um leque de possibilidades e contribuições da EPS desde o planejamento, passando pela formação e qualificação de profissionais, até ações de provimento de profissionais e melhoria dos processos de gestão. Desde o desenvolvimento de rodas de conversa onde são problematizados os processos de trabalho, até as ações de melhoria dos processos de gestão e produção do cuidado, a EPS se mostrou potente, no sentido de abrir possibilidades para a análise e reconfiguração das práticas, construindo novos olhares ao tempo em que se forjam novas práticas no cotidiano do SUS.

Educação permanente em saúde como tecnologia para gestão e formação dos trabalhadores na saúde

Depois do passeio pelo leque de ofertas da EPS para o desenvolvimento de ações educativas em distintos espaços de produção de saúde no SUS, nossa equipe buscou responder às questões colocadas na última reunião, fortalecendo nosso entendimento coletivo acerca das possibilidades de contribuição da EPS para nossas atividades. Seguem, portanto, as sínteses possíveis, a partir dessa investigação-ações coletiva que se configurou como ponto de partida, que junto com o levantamento de necessidades de cada equipe de saúde nos ajudará na elaboração do Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde.

Para que desenvolvemos ações de Educação Permanente em Saúde?

A EPS é uma ferramenta que possibilita a reflexão crítica sobre as práticas de atenção, gestão e formação, abrindo caminhos para mudanças nas relações, nos processos de trabalho, na saúde e nos indivíduos. (CAROTTA; KAWAMURA; SALAZAR, 2009) Nesse sentido, cabe à EPS estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde para a transformação de suas práticas, em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho. Para tanto, um conjunto de ações podem ser desenvolvidas, utilizando a EPS como estratégia orientadora e mobilizadora para a qualificação dos processos de trabalho, gerando impactos no cuidado

em saúde, a exemplo da articulação do trabalho em equipe, da incorporação de novos conhecimentos e novas tecnologias, integração dos diferentes núcleos de saber em saúde, incluindo os saberes dos usuários(as), dos gestores, das instituições de ensino e trabalhadores(as) do sistema e serviços de saúde.

A EPS também se configura como ferramenta de gestão, cabendo a esta servir de instrumento nos processos de planejamento, monitoramento e avaliação das ações a serem desenvolvidas, fomentando a integração das equipes, orientando a análise dos fluxos, processos e procedimentos de forma coletiva e compartilhada; valorizando o trabalhador a partir da escuta qualificada, dos olhares individuais, compartilhando saberes, estimulando o protagonismo e subjetividade dos sujeitos implicados no processo de trabalho, buscando a transformação das práticas de gestão e atenção em saúde para que sejam mais eficientes, eficazes e efetivas.

Como saber se estamos, de fato, realizando uma ação de educação permanente?

No âmbito do cuidado em saúde, pode-se observar quando a EPS faz sentido para o trabalhador, desdobrando-se em uma produção de cuidado que gere acolhimento, vínculo, responsabilidade compartilhada, valorizando a autonomia do usuário(a); convidando o(a) trabalhador(a) a se predispor a compartilhar sua experiência colaborando na formação de outros(as) trabalhadores(as).

Na perspectiva da gestão, a EPS é colocada em prática quando o trabalhador(a) se sente pertencendo a um coletivo, com um projeto e/ou ideias que convergem para objetivos comuns, identificando as dissonâncias no processo de trabalho, possibilitando a construção de consensos a partir delas; quando o saber do outro traz significado para meu processo de trabalho e nos reconhecemos como parte indissociável de um todo; quando podemos dialogar sobre as ações e projetos dos espaço de gestão, de forma colaborativa e não competitiva, dialógica e não hierárquica, participativa e não autoritária, amorosa e não violenta; quando o espaço se configura como um lugar de poder não saber, sem menosprezo do trabalhador e valorização do seu interesse por aprender; quando me comprometo com o outro, sobretudo em ações que envolvem conflitos, dissensos, tensionamentos que vulnerabilizam os membros partícipes da equipe em que atuo.

Como identificar as necessidades formativas conectadas ao processo de trabalho?

Nem sempre é possível conceber o processo formativo de forma relacional com os processos de trabalho, restringindo-se a uma sistemática de oferta de cursos preexistentes, fazendo crer que o mundo do trabalho se expressa de forma equivalente em todos os serviços, e portanto, essa compreensão permitiria uma padronização geral de conteúdos, metodologias e processo de aprendizado para todo(a) e qualquer trabalhador(a).

No entanto, a complexidade dos problemas de saúde, os desafios do trabalho em equipe e a variedade de necessidades de saúde apresentadas pelos(as) usuários(as) e comunidade, associadas às diferentes rationalidades da ação dos atores institucionais que ocupam diferentes posições e estão sujeitos a também diferentes disposições (mentais, cognitivas e afetivas) (CECÍLIO, 2005), advindas de suas socializações e compreensões acerca do processo saúde-doença, do lugar institucional ocupado, posições e seus respectivos poderes nas relações com os demais trabalhadores, requerem maior especificidade e profundidade na conformação do aprendizado desses(as) trabalhadores(as). Logo, tomar o processo de trabalho como matéria prima é o primeiro passo que permitirá caracterizar a ação formativa como um processo de EPS.

Atender essas questões como as colocadas pelo NUGTES de Pedreiras do Norte, pode iniciar-se considerando, caso haja, os espaços preexistentes de encontros da equipe e/ou dos(as) trabalhadores(as) para introduzir questões e reflexões acerca do processo de trabalho, que permitam identificar incômodos, dificuldades, limitações que obstacularizam o atendimento integral e impactam no cuidado ao usuário(a) e na satisfação do(a) trabalhador(a) e da equipe com esse processo de cuidado.

Outros pontos de partida que podem colaborar com a identificação das necessidades formativas relacionadas aos processos de trabalho, advém da análise dos eventuais ruídos de comunicação e conflitos identificados no trabalho das equipes, por meio da escuta dos diferentes atores do serviço, investigando as possíveis causas dos problemas do processo de trabalho apontados pelas referências técnicas da unidade e promovendo espaços coletivos de diálogo sobre o processo de trabalho, tipificando os problemas apresentados e dando enfoque às temáticas relacionadas a EPS, entre outros

elementos identificados por cada equipe a partir das suas especificidades e peculiaridades.

Quem convidar para auxiliar no planejamento, desenvolvimento e avaliação das ações de EPS?

O convite de atores estratégicos dependerá também de um olhar estratégico para a situação. Nesse sentido, cabe observar tanto a expressão dos problemas e ou necessidades, o local/ âmbito onde o problema foi verificado, mapear os sujeitos envolvidos na problemática e selecionar quais atores possuem recursos de poder e/ou habilidades que possam auxiliar na resolução do problema. Isso feito, é importante criar espaços de encontro e definir quem conduzirá o processo de discussão, na perspectiva de construção compartilhada de soluções, que gere um aprendizado sistemático de todos os envolvidos. Cabe destacar, que as etapas descritas até aqui, constituem a base para todo processo de planejamento e posterior desenvolvimento da ação e avaliação.

Podem ser mobilizados, gestores do âmbito central e/ou regional, trabalhadores de áreas técnicas ou vinculados ao cuidado em saúde, estudantes, professores(as), pesquisadores(as), conselheiros(as) de saúde, representantes de movimentos sociais; lideranças comunitárias, comunidade em geral e profissionais de outras áreas do saber: economia, direito, meio ambiente, educação, cultura, assistência social, segurança, dentre outras. As equipes partícipes do processo – cuidado, gestão, controle social e formação –, quando acionadas, atuarão de acordo com a demanda específica do seu processo de trabalho que precisa de intervenções de EPS.

Como monitorar e avaliar essas ações nos diferentes serviços?

Entendemos que avaliar faz parte do desenho de qualquer ação educativa. Desde o levantamento de necessidades, passando pelo planejamento e execução das ações, estamos mensurando, ponderando, dimensionando valores. Nesse sentido a avaliação, tomada como ferramenta viva dos processos de EPS, ganha um lugar especial, na medida em que passa a fazer parte, inclusive da aprendizagem. Quando tomamos a dialogicidade como premissa para o desenvolvimento de ações, cada movimento carrega em si reflexividade e, portanto, avaliação.

Além disso, percebemos que é importante o estabelecimento de critérios mais objetivos de mensuração das condições, dos desenhos pedagógicos e dos efeitos das ações educativas, tanto para as pessoas que vivenciam, quanto para o conjunto da população e suas necessidades de saúde. Portanto, acompanhar de forma sistemática a execução dos Planos de Educação Permanente em Saúde, com o auxílio de indicadores sensíveis (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2019), bem como contar com o apoio dos conselhos de saúde para o planejamento e monitoramento destas ações parece uma atitude coerente com os princípios da EPS.

Da mesma forma, cada ação necessita de olhares atentos, dimensionando os problemas que fundamentaram a decisão de realização de tal ação, objetivos formulados, atividades desenvolvidas e resultados esperados. Esse movimento pode ser objetivado com a ferramenta do modelo lógico (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2019), que subsidia tanto o desenvolvimento das ações, como sua avaliação. Os efeitos das ações educativas muitas vezes são sutis, pois como bem lembra Paulo Freire (1979, p. 84), “Educação não transforma o mundo. Educação muda pessoas. Pessoas transformam o mundo”. Nesse sentido, temos clareza de que muitos resultados talvez só sejam percebidos a longo prazo, mas já identificamos igualmente ferramentas para dimensionar os efeitos das ações educativas, partindo da reação dos participantes diante da ação, dos aprendizados cognitivos, das mudanças pessoais e das mudanças nos processos de trabalho, pensando igualmente no necessário apoio e investimento da gestão (suporte institucional), para que estes processos frutifiquem. Com o apoio dessas ferramentas (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2019), podemos nos aproximar dos alcances e apresentar resultados consistentes em relação aos efeitos das ações de EPS.

Apontamentos finais

Os desafios enfrentados pela EPS desde os seus primórdios seguem válidos e convidando gestoras(es) e trabalhadoras(es) a renovarem a prática e o próprio campo de saber da educação na saúde. Esses desafios dialogam com as perguntas feitas pela equipe do NUGTES de Pedreira do Norte que apontam para complexidade da incorporação conceitual e desenvolvimento

de processos de educação permanente que nasçam da problematização, da reflexão crítica e da necessidade sentida.

A condução desses processos se constitui como outro desafio a ser enfrentado pelo o(a) mediador(a) que precisa ser capaz de negociar relações de poder, repensando e implementando metodologias dialógicas, mobilizadoras, criativas, dialogando com a subjetividade e o universo íntimo do trabalhador(a), mobilizando seus desejos e medos que se relacionam e se apresentam no transcorrer do desenvolvimento do processo de trabalho.

Além disso, os desafios também são operacionais, pois são sobredeterminados pelos limites impostos pelo desfinanciamento, pela precária infraestrutura, limitado acesso a tecnologias de educação à distância, inadequação dos materiais didáticos, resistência e desconhecimento de gestores, gerentes e trabalhadores acerca das potencialidades da EPS. Sem desconsiderar os que temem a incorporação dessa estratégia tendo em vista que ela dá visibilidade e pode refletir a incapacidade de condução da própria política. Essa obstacularização ganha força em ambientes pouco democráticos, centralizados, rígidos e hierarquizados.

A despeito de todos esses desafios, as experiências apresentadas, deixam claro que mesmo em cenários adversos é possível implementar processos de educação permanente, com distintas configurações e intensidades, que tenham impacto no trabalho em equipe, na produção do cuidado e na qualidade da gestão.

E para além disso, esses processos regam pequenos espaços de produção de sentido, de trabalho coletivo, fundamental para manter viva a ideia do prazer no ambiente de trabalho. Por isso, investir na EPS como política, garantindo que ela esteja presente em diversos instrumentos normativos da gestão em todos os níveis, responsabiliza gestores a darem respostas e serem confrontados com eventuais omissões e escolhas políticas que fragilizam o próprio trabalho na saúde.

Não há dúvida que constar em portarias, planos, resoluções e previsões orçamentárias seja essencial para a existência da própria PNEPS, mas, esse é apenas um dos movimentos necessários para seu fortalecimento e viabilização do desenvolvimento de ações como as da equipe de Pedreira do Norte.

No cotidiano do trabalho, há equipes que trabalham com EPS entendendo que tem todas as respostas e há equipes que apesar de não saberem as

respostas, seguem fazendo novas e inéditas perguntas, alimentando a alma da própria EPS que nesse caso funciona como um instrumento orientador assim como uma bússola, cuja agulha aponta para a direção escolhida, por aquele conjunto de sujeitos, contribuindo para a definição dos caminhos a seguir. Ela localiza as pessoas, auxilia na orientação de seus espaços geográfico-técnico-político-econômico-social e ideológicos, por meio da identificação de seus pontos cardeais, colaterais e subcolaterais.

Assim, como a bússola, que é uma das grandes invenções da humanidade, não seria a EPS uma boa disparadora da voz coletiva dos militantes do SUS e estratégia central para implementação de seus princípios?

Portanto, comungamos com Freire quando nos lembra que é profundamente democrático perguntar para começar a aprender. Que todas as nossas perguntas reverberem o esperançar coletivo e o fazer cotidiano de uma saúde para todas as pessoas!

Referências

- ANTUNES, R. *Os sentidos do trabalho: ensaios sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo, 1999.
- AUSUBEL, D. *Educational Psychology: a cognitive view*. New York: Rinehart & Winson, 1968.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4. ed. 4. reimp. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- CAMPOS G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (coord.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-266.
- CAROTTA, F.; KAWAMURA, D.; SALAZAR, J. Educação permanente em saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, supl. 1, p. 48-51, 2009.
- CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação Permanente em Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008.

FARIA, R.; BORTOLOZZI, A. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. *RA'EGA - O Espaço Geográfico em Análise*, Curitiba, v. 17, p. 31-41, 2009.

FREIRE, P. *Por uma Pedagogia da Pergunta*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

FREIRE, P. *Educação como prática da liberdade*. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

FURTADO J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 239-255, 2007.

FURTER, P. *Educação Permanente e desenvolvimento cultural*. Petrópolis: Vozes, 1974.

LIMA, V. V. et al. Desafios na educação de profissionais de Saúde: uma abordagem interdisciplinar e interprofissional. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 22, n. supl. 2, p. 1549-1562, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/HcKDyxGDbbtHpj8nphcZ5nv/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 31 out 2022.

MENDES-GONÇALVES, R. B. Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades. In: MENDES-GONÇALVES, R. B. *Sociedade, saúde e história*. Organizado por José Ricardo Ayres e Liliana Santos. São Paulo: HUCITEC, 2017. p. 298-374.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (coord.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MOREIRA, M. A. Al final, qué es aprendizaje significativo? *Revista Qurrículum*, San Cristóbal de La Laguna, n. 25, p. 29-56, marzo 2012.

PAIM, J. S. Da teoria do processo de trabalho em saúde aos modelos de atenção. In: MENDES-GONÇALVES, R. B. *Sociedade, saúde e história*. Organizado por José Ricardo Ayres e Liliana Santos. São Paulo: Hucitec, 2017. p. 375-392.

PAIM, J. S. Propostas de mudança na formação de pessoal de saúde. In: PAIM, J. S. *Recursos Humanos em Saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos*. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1994. p. 52-67.

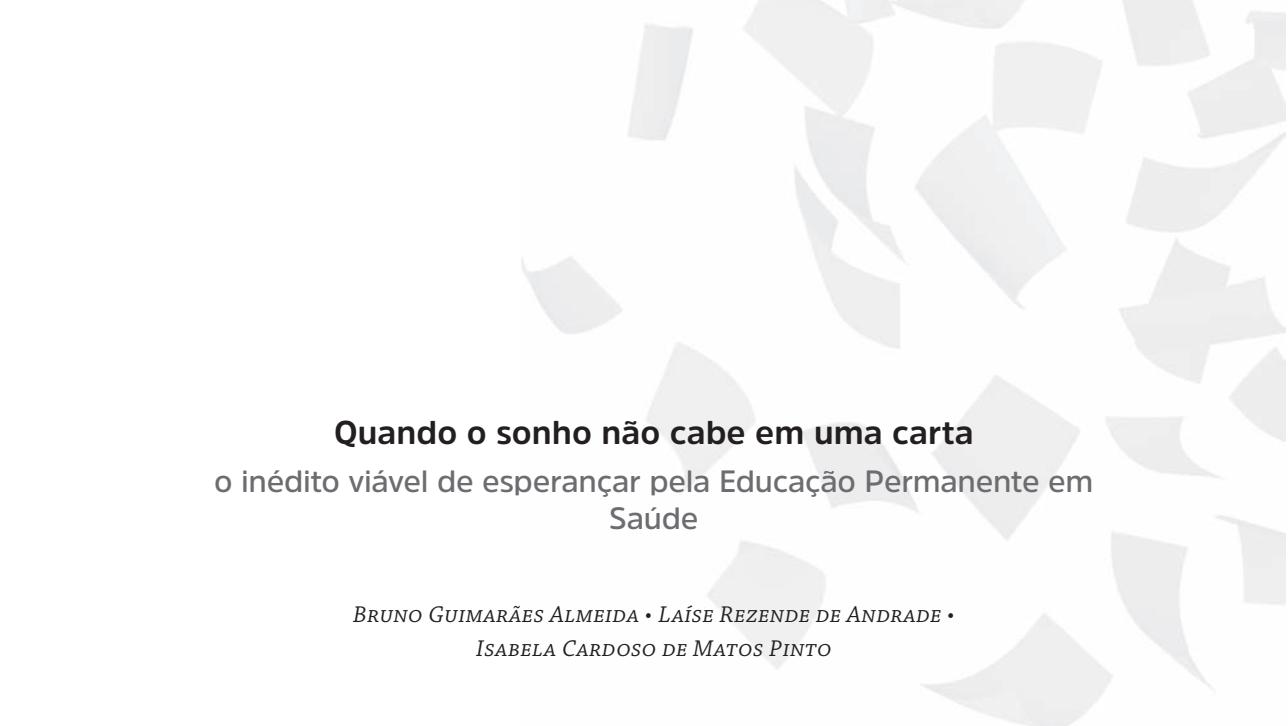
PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Processo de trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008.

p. 320-328. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l43.pdf>. Acesso em: 15 set. 2022.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, 2018, v. 22, n. suppl. 2, p. 1525-1534, 2018.

SANTOS, M.; SOUZA, M. A. A.; SILVEIRA, M. L. (org.). *Território: globalização e fragmentação*. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1998.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Instituto de Saúde Coletiva. Caderno de Atividades. Oficinas regionais de monitoramento e avaliação da educação permanente em saúde. Salvador, 2019.



Quando o sonho não cabe em uma carta

o inédito viável de esperançar pela Educação Permanente em Saúde

*BRUNO GUIMARÃES ALMEIDA • LAÍSE REZENDE DE ANDRADE •
ISABELA CARDOSO DE MATOS PINTO*

Introdução

Ao pensarmos na escrita de uma carta, nos deparamos com uma encruzilhada com múltiplas possibilidades de escolha que as traçadas linhas do manuscrito nos conduzirão. A escolha das palavras, da intenção, do destinatário e o aguardo da resposta alinhavam esse processo. Todo remetente escreve uma carta para alguém, em geral um indivíduo, uma pessoa, um sujeito, algumas vezes um coletivo, assim funciona o esquema básico da comunicação. Contudo, entre emissor e receptor, o tempo materializa-se como motivo de angústia. Haverá resposta? Quando a resposta chegará? A resposta atenderá às minhas expectativas, os meus desejos e necessidades?... Palavras, simbologias, significados... Espera!

As linhas, que formam os sentidos de uma carta, se entremeiam como os ímpetos da vida. Nem sempre o que está escrito, planejado, acordado, se traduz no carecimento dos sujeitos, traduzidos em ações e políticas. No campo da saúde a escrita de uma carta representa muito mais que um lugar de afetos. O afetar-se, na saúde, expressa as necessidades, desigualdades... possibilidades. A carta em si representa o lugar do encontro, do coletivo, que expressa análises, desejos, constituindo-se como um documento inspirador para pensar o futuro, desenhar uma proposta e E-S-P-E-R-A-N-Ç-A-R.

Esse representa o sentimento impresso na Carta (Anexo A) assinada pelos gestores e gestoras da Educação Permanente em Saúde (EPS) do Brasil. A missiva expressa a voz dos estados, se apresenta como um manifesto da ideia de democracia e defesa da vida, do trabalho decente, da dignidade humana, do respeito às singularidades que caracterizam os diversos fazeres da EPS, nesse país continental, sintetizando, entre tantos desejos, uma vontade de fortalecer essa área, os trabalhadores e trabalhadoras e a própria saúde.

A materialização da vida começa a partir do sonho, que quando ecoa com a voz do coletivo permite concretizações na vida cotidiana dos sujeitos e das instituições. E nesse momento histórico específico, queremos “Garantir a condução democrática, descentralizada da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), efetivando suas diretrizes e dispositivos”. O sonho, nesse contexto, representado pelo conjunto de pessoas que constroem a história de lutas pela manutenção da PNEPS e investem no seu espraiamento nos diversos recantos do Brasil, semeando seus princípios e metodologias, nos diferentes serviços de milhares de municípios, requereu análise crítica dos processos de EPS. Urgia identificar se os processos e planos de EPS dialogavam com as reais necessidade dos serviços e do SUS, bem como com a carência de uma formação das(os) trabalhadoras(es) comprometidos com a saúde pública – pois, as formações vigentes no campo da saúde em geral primam pelo investimento na técnica biologicista, com centralidade nas altas tecnologias, esquecendo o importante papel dos determinantes sociais no processo saúde doença. Afinal, são esses elementos definidores da possibilidade de construir, junto com esses atores, processos de trabalho humanizados, dignos, decentes, seguros e interdisciplinares que promovam a integralidade do cuidado e ampliem o acesso às ações e serviços de saúde.

Como resposta a essa necessidade sentida pelos Estados, surge a proposta articulada entre o Ministério da Saúde (MS) e o Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) para o desenvolvimento de instrumentos que apoiasssem os processos de avaliação e monitoramento da política de EPS nos diversos territórios e regiões do país.

A viabilização desse processo ocorreu por meio de um termo de cooperação técnica entre o ISC/UFBA e o MS, através do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) / Secretaria de Gestão do Trabalho

e da Educação na Saúde (SGTES), cujo objetivo foi a elaboração da proposta teórico metodológica para o monitoramento e avaliação da PNEPS, articulando referenciais teóricos da avaliação, experiências nacionais e internacionais sobre a formação em serviço. Esse trabalho envolveu todos os 26 estados brasileiros e o Distrito Federal, através de suas referências técnicas e gestoras das secretarias estaduais, bem como representantes das Escolas Técnicas e de Saúde Pública do SUS.

Dada a importância e ineditismo desse processo no campo da avaliação da educação na saúde, que mobilizou de forma direta cerca de 350 pessoas, entre representantes do MS, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); secretários(as) estaduais de saúde, superintendentes, diretores(as), coordenadores(as) de EPS; membros de Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES); docentes e técnicos das escolas técnicas e de saúde pública, universidades e centros formadores e de forma indireta, a partir das muitas reuniões locais/regionais realizadas pelas equipes de EPS em cada estado brasileiro, fica evidente a força da PNEPS bem como seu alcance que se estende para além dos serviços de saúde.

Assim, este capítulo final tem o objetivo de ressaltar as lições aprendidas com esse trabalho em rede, reconhecer os desafios e apontar perspectivas futuras para a PNEPS.

Oportunidades e desafios para a EPS

O projeto ao longo da sua execução foi caracterizado pelo compartilhamento de decisões e ações que guiaram todo o percurso. A definição de cada passo metodológico se deu mediante o planejamento conjunto, com a realização de oficinas de imersão para discussão da PNEPS e dos critérios, indicadores e instrumentos para o monitoramento e avaliação. O processo revelou a sabedoria de um grupo condutor na capacidade de articulação e negociação diante da diversidade de sujeitos envolvidos na construção da proposta teórico metodológica para o monitoramento e avaliação da PNEPS.

A linha do tempo apresentada na Figura 1 sintetiza o percurso que foi descrito detalhadamente nos capítulos anteriores.

Figura 1 – Linha do tempo contendo as etapas do processo



Fonte: elaborada pelos autores.

O caminho metodológico utilizado nas oficinas possibilitou aos participantes, por meio de reflexões teórico-conceituais, análises e debates, construírem uma matriz avaliativa, compartilhada e sintonizada com a realidade em que operam a PNEPS em seus territórios. Foi possível refletir sobre as práticas, complexidades, problemas, fortalezas, processos de gestão e de métodos pedagógicos da EPS.

Vale ressaltar o processo formativo envolvido nesse percurso. Os encontros foram vivenciados e percebidos como uma atividade de EPS, ou seja, tornaram-se um momento de aprendizagem significativa para os participantes, constituindo-se em um importante movimento para a consolidação das bases conceituais e organizacionais da PNEPS.

No que se refere ao conteúdo do debate travado no interior das oficinas, cabe enfatizar, a importância do tempo destinado ao diálogo com os protagonistas da PNEPS e a oportunidade de refletir sobre critérios, indicadores, fontes de dados e ferramentas para o monitoramento e avaliação.

O resultado alcançado é visível e legítimo porque permitiu, através dos encontros regionais em todo o Brasil, ampla participação dos atores envolvidos nas ações de EPS com enfoque na concepção de uma ferramenta para o monitoramento e avaliação das ações que considerem as peculiaridades dos estados brasileiros, a partir de um robusto aparato teórico, conformando consensos e validando instrumentos e matrizes a serem utilizados nos processos de monitoramento e avaliação.

Assim, buscou-se deslocar da perspectiva cartorial de instrumentos que não dialogam com as realidades locais, suplantando a lógica estritamente burocrática da avaliação instituindo um processo participativo, colaborativo, de construção compartilhada que resultou na elaboração de critérios, parâmetros que foram traduzidos em matrizes e indicadores, testados e validados em todo o país ao longo de mais de dois anos de trabalho coletivo.

Perspectivas para o fortalecimento da PNEPS como estratégia de democratização

Depois dessa longa caminhada coletiva pelo Brasil afora, a oportunidade criada possibilitou trocas e aprendizados, consolidou vínculos e retroalimentou o desejo de fazer da EPS um caminho que possibilite o fortalecimento dos trabalhadores e trabalhadoras, do trabalho em saúde e da forma democrática de produzir educação em saúde.

Utilizar uma política como instrumento de democratização é fazê-la coerente com o projeto ético-político-emancipatório e civilizatório do SUS. Nesse sentido, a PNEPS vem se constituindo como um lócus privilegiado dessa produção, tendo em vista que na saúde é o trabalho humano que faz a mediação entre a necessidade de saúde apresentada pelas usuárias e usuários e a oferta de ações e serviços disponibilizadas pelo sistema de saúde.

Muitos aprendizados foram possíveis, dentre eles a oportunidade de olhar para os processos avaliativos como possibilidades concretas e viáveis de institucionalização como caminho para a consolidação da PNEPS, incorporando estratégias de monitoramento e avaliação que historicamente são secundarizadas desde a formulação das políticas públicas.

Ao término de cada oficina regional havia um momento para avaliar o encontro e ao final era produzido um texto coletivo que refletia o conjunto dos depoimentos sobre a experiência vivida.

Ver como é possível construir um trabalho bem estruturado, definido cientificamente, pautado na realidade, que nos brinda com evidências que ajudam a responder nossos anseios, a nos entender melhor. De ter a possibilidade de saber o que acontece com outros setores, dirimir qualquer dúvida sobre Vigilância, Financiamento, Assistência... (afinal a PEPS é transversal a todo sistema). A energia

dispendida na produção dessa oficina de trabalho que nos levará a um resultado onde todos, em cada esfera de governo, em cada ponto possam contribuir para o avanço do SUS, fundamental para todos nós, MS, ISC, SES, SMS e para o povo brasileiro.

Os protagonistas dessa história não se rendem às dificuldades cotidianas, estão em constante movimento tecendo possibilidades, desencadeando processos que mobilizam e promovem o avanço e a consolidação da PNEPS. Esse compromisso foi muito bem retratado nos elementos contidos, na carta dos estados escrita em novembro de 2021, quando foi apresentado o relatório final da proposta teórico metodológica para o monitoramento e avaliação da PNEPS em oficina nacional. Assim o elenco de proposições apresentado ao DEGES/MS contemplou os seguintes aspectos:

- Garantir a condução democrática e descentralizada da política, respeitando suas diretrizes e dispositivos;
- Contar com apoio técnico e financeiro do MS para a implementação dos Planos Estaduais de EPS;
- Apoio do MS para a implantação de um sistema de monitoramento e avaliação da PNEPS, orientado pela construção coletiva e pactuada para as ações de EPS;
- Estabelecer uma rede de cobertura nacional de articuladores estaduais para as ações de EPS;
- Retomar o financiamento com repasse efetivo, regular e programado para as ações de EPS.

De fato, no percurso dessa experiência, fomos convocados a compartilhar e avançar nessa construção tão rica e múltipla retratada nesse livro para que, a partir dela, possamos prosseguir nas discussões incluindo também, além dos estados, os 5.568 municípios brasileiros, para efetivação de um ainda mais amplo processo de monitoramento e avaliação da EPS em todas as regiões do país.

Um conjunto de princípios nos move e o mais importante deles é a condução democrática do processo educativo investindo nas relações intergeradoras, fundamentais para o desenvolvimento da política. Nesse sentido,

este livro se constitui como um documento histórico, fruto de um longo e desafiante, mas profícuo processo de negociação e construção coletiva nunca antes visto no campo da avaliação da política de educação permanente e retratado nos capítulos que compõem essa publicação.

Esperançar é o verbo que rege as ações desses coletivos da EPS e que agora, mais que nunca, saibamos praticá-lo cotidianamente no SUS em todos os recantos desse continente brasileiro!

Encerrando essa obra, convidamos as leitoras e leitores para TECER A MANHÃ como nos ensina o querido João Cabral de Melo Neto (1994, p. 345).

*Um galo sozinho não tece uma manhã
ele precisará sempre de outros galos.

De um que apanhe esse grito que ele
e o lance a outro; de um outro galo
que apanhe o grito de um galo antes
e o lance a outro; e de outros galos
que com muitos outros galos se cruzem
os fios de sol de seus gritos de galo,
para que a manhã, desde uma teia tênue,
se vá tecendo, entre todos os galos.

E se encorpando em tela, entre todos,
se erguendo tenda, onde entrem todos,
se entretendendo para todos, no toldo
(a manhã) que plana livre de armação.

A manhã, toldo de um tecido tão aéreo
que, tecido, se eleva por si: luz balão.*

Referências

MELO NETO, J. C. de. *Obra completa*: volume único. Organização de Marly de Oliveira. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 1994. (Coleção Biblioteca luso-brasileira)

ANEXO A – Documento elaborado em 2021, pelos estados brasileiros e apresentado ao ministério da saúde sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) intitulado Carta de Brasília

**OFICINA NACIONAL DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA
POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE – PNEPS**

AO MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL

CARTA DE BRASÍLIA

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS vem sendo implementada em todo o país ao longo dos últimos 20 anos, articulando atores da gestão, dos serviços, das instituições formadoras e do controle social, buscando a qualificação das práticas e almejando entre os efeitos, a reorganização dos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde - SUS.

Ao longo do processo de implementação da PNEPS os Estados experimentaram avanços, mas também dificuldades para a sua operacionalização. A descontinuidade no investimento na PNEPS por parte do Ministério da Saúde, que é o responsável pela elaboração de diretrizes, pela garantia e participação no financiamento e apoio técnico aos demais entes federados, contribuiu para que esta não se efetivasse plenamente em todo território nacional.

Neste contexto, destacamos que as Secretarias Estaduais de Saúde vêm atuando no sentido de implementar as diretrizes da Política de EPS, fortalecer a integração ensino-serviço e a efetivação de ações que visam o desenvolvimento das trabalhadoras e dos trabalhadores da saúde no SUS.

Assim, no período de 2018-2019, as Secretarias Estaduais de Saúde elaboraram os Planos Estaduais de Educação Permanente em Saúde para o quadriênio. Os referidos planos foram encaminhados ao Ministério da Saúde em 2019 e estão publicizados na site institucional do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS e das respectivas secretarias de saúde. Ao mesmo tempo foi deflagrado o debate sobre o monitoramento e avaliação da PNEPS, permitindo ampla discussão sobre as dimensões da política (na perspectiva da gestão, dos processos formativos e dos efeitos produzidos no processo de trabalho em saúde).

Para tanto, cabe destacar que se constitui como responsabilidade do Ministério da Saúde a institucionalização e o desenvolvimento da PNEPS no âmbito nacional de acordo com o que dispõe a Constituição Federativa do Brasil de 1988 e demais regramentos do SUS, incluídos nestes a própria PNEPS, instituída por meio da Portaria nº. 1.996/2007.

No âmbito dos Estados os investimentos advindos da PNEPS, permitirão a produção de informações relevantes que poderão subsidiar o processo decisório em torno da identificação de prioridades, e melhor aproveitamento dos recursos e qualificação das ações e serviços no âmbito do SUS.

Considerando a importância da Educação Permanente para o SUS os representantes dos estados brasileiros reunidos na Oficina Nacional de Monitoramento e Avaliação da PNEPS, realizada em Brasília no dia 18 de novembro de 2021, encaminham ao Ministério da Saúde os principais aspectos que precisam ser desenvolvidos para efetivação da PNEPS:

- ✓ Garantir a condução democrática, descentralizada da PNEPS, efetivando suas diretrizes e dispositivos;
- ✓ Apoiar técnica e financeiramente os Planos Estaduais de EPS;
- ✓ Implantar processos de monitoramento e avaliação orientados pela construção coletiva e pactuada;
- ✓ Estabelecer uma rede de cobertura nacional de articuladores estaduais para as ações de EPS;
- ✓ Instituir um grupo de trabalho para acompanhamento do processo de avaliação e monitoramento das ações para efetivação da PNEPS;
- ✓ Retomar o financiamento efetivo para a educação permanente, com repasse programado, regular e automático de recursos para a pauta da EPS;
- ✓ Promover maior transparência na escolha dos critérios adotados na aplicação dos recursos financeiros de EPS.

Por fim, diante do exposto e considerando a EPS como uma política fundamental e estruturante do campo da saúde pública, sobretudo por compreender que o investimento nesta pauta qualifica o trabalho em saúde, reafirmamos o compromisso dos estados com o fortalecimento do SUS universal, integral e equânime, bem como com a melhoria da gestão e da atenção em saúde de forma democrática e participativa, na medida que tenhamos respaldo técnico, com financiamento compatível aos estados pelo Ministério da Saúde, tendo em vista a magnitude da garantia direito à saúde à população, fundamento precípua do SUS no Brasil.

Assinam esta carta os representantes dos Estados presentes na Oficina Nacional de Monitoramento e Avaliação da PNEPS:

Nº.	Nome	Estado
1	Fernando de Toledo Barroso Weinhauzen (FBW)	SC
2	Ivone Gómez Díaz - J. L. D.	E.S.
3	Edgar Ostros	M.S.
4	Dani Lenha	SES-AM
5	Fábio Serebini Graga	Ses/TO
6	José de Souza Ribeiro de M. Geneire	CE
7	Morela Milena Araújo Ramos	Bahia
8	Denirine Araújo Tupy de Souza	Sergipe
9	Silvia Apolinária Tomaz	M.T
10	Rayane Ferreira S. Araújo Monteiro	RN
11	Márcia Cristina V. Machado Gómez	RR
12	Paturia de Lourdes do S. Bezerra	AL
13	Flávia de Jesus Dias do Nascimento Ferreira	Piauí
14	Gelianna Soeiro Soeiro	Pernambuco
15	Carina Paixão Gómez	RJ
16	Israel Dos de Cé	PB
17	Elvana Matos Amaro	RS
18	Orquídia Estela Lancellotti Becker	AC
19	EDGIVON DANILO	PR
20	Cláudia Freira Salles	PA
21	Bruno Guimarães de Melo	BA

22	Lucca Moreira Martins	MG
23	Diego James Polino de Souza	AL
24	Vanice Alessandra Gómez	SP
25	Wellington Queiroz de Freitas	MA
26	Viviane do Carmimino Moreira	GO
27	Gríega m de Araújo Redondo	DF

Sobre os(as) autores(as)

Adriana Fortaleza Rocha da Silva

Formada em Enfermagem pela Universidade de Brasília (UnB), possui especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde pela UnB e em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Mestranda em Administração Pública pela Universidade Federal de Goiás (UFG). Servidora pública federal da carreira de Analista Técnica de Políticas Sociais, lotada no Ministério da Saúde (MS).

Alcione Brasileiro Oliveira

Professora associada do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Mestre em Saúde Comunitária e doutora em Saúde Pública pela UFBA.

Bruno Guimarães de Almeida

Enfermeiro Sanitarista pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) e ator. Mestre e doutorando em Saúde Coletiva no Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da UFBA. Diretor de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Pesquisador do Observatório de Análise Política em Saúde do ISC/UFBA - Eixo Trabalho e Educação na Saúde.

Caique de Moura Costa

Sanitarista com Graduação em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Especialista em Gestão e Planejamento - Residência Multiprofissional (ISC/UFBA). Mestrando do Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva (ISC/UFBA).

Carmen Fontes de Souza Teixeira

Médica. Mestre em Saúde Comunitária e doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professora titular (aposentada) do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos da UFBA (IHAC/UFBA). Docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da UFBA e do Programa de Pós-Graduação em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade do IHAC/UFBA. Pesquisadora do Observatório de Análise Política em Saúde do ISC/UFBA.

Catharina Leite Matos Soares

Odontóloga pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Mestre em Saúde Comunitária e doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professora adjunta do Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA) Pesquisadora do Observatório de Análise Política em Saúde do ISC/UFBA e membro do Diretório de Pesquisa em Política, Planejamento, Gestão e Avaliação no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Pesquisadora na área de Trabalho e Educação em Saúde.

Célia Regina Rodrigues Gil

Enfermeira pela Universidade Estadual de Londrina (UEL), especialista em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz) e em Gestão da Clínica nas Regiões Metropolitanas (Hospital Sírio Libanês). Mestre em Saúde Coletiva (UEL) e doutora em Saúde Pública (ENSP/Fiocruz). Professora associada/aposentada do Departamento de Saúde Coletiva (UEL). Colaboradora do Observatório de Análise de Políticas em Saúde do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) - Eixo Trabalho e Educação na Saúde.

Cláudia Fell Amado

Terapeuta Ocupacional pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Especialista em Saúde da Família (Residência Multiprofissional) pela Universidade de Pernambuco (UPE) e Preceptoria no Sistema Único de Saúde (SUS/IEP-Sírio Líbanês). Mestre em Saúde Coletiva (UFPE). Doutoranda em Saúde Coletiva no Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professora adjunta do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Pesquisadora do

Observatório de Análise Política em Saúde do ISC/UFBA - Eixo Trabalho e Educação na Saúde.

Ednir Assis Souza

Enfermeira pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Especialista em Gestão de Sistemas de Saúde pela Escola de Administração da UFBA. Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem (EENF) da UFBA. Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da UFBA. Professora adjunta da EENF da UFBA. Pesquisadora do Observatório de Análise Política em Saúde do ISC/UFBA - Eixo Trabalho e Educação na Saúde.

Isabela Cardoso de Matos Pinto

Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Doutora em Administração Pública pela Escola de Administração da UFBA. Professora associada do ISC/UFBA. Líder do Grupo de Pesquisa Trabalho, Educação e Gestão na Saúde do ISC/UFBA. Coordenadora do Observatório de Análise Política em Saúde.

Ivalda Silva Rodrigues

Graduada em Enfermagem e mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Servidora Pública Federal no cargo de analista de políticas sociais do Ministério da Saúde (MS) desde 2013, atualmente exerce a função de coordenadora-geral da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do MS.

Jetro Willams Silva Junior

Sanitarista pela Universidade de Brasília (UnB) e mestre em Políticas Públicas de Saúde, pela Fundação Oswaldo Cruz - Brasília, já atuou em diversas áreas da saúde pública nos três níveis de complexidade: Centro de Saúde 4410 (2011-I); Hospital Regional de Ceilândia (2010 a 2012); Hospital da Criança de Brasília José Alencar (HCB, 2011-II); Hospital Universitário de Brasília (HUB, 2011-II); Ministério da Saúde (MS)/ Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE)/Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT) - Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (RebrATS) (2012-II); Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)/

Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)/MS. Participou, como bolsista de apoio à pesquisa de doutorado na UnB, possui experiência nas áreas de Telessaúde, mortalidade materno/infantil, epidemiologia aplicada, atenção básica, avaliação de tecnologias em saúde, economia da saúde e educação em saúde. Atuou de 2016 a 2019 na Coordenação do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes DEGES/SGTES/MS e de 2019 a 2022 no Departamento de Gestão da Educação na Saúde/SGTES/MS e atua atualmente na Coordenação-Geral de Fomento à Pesquisa em Saúde – CGFPS/DECIT/SCTIE do MS.

Josefa Maria de Jesus

Mestre em Gestão de Política Pública pela Universidade Federal do Tocantins (UFT). Especialista em Gestão na Saúde (Fiocruz – Rio de Janeiro). Especialista em Educação Permanente em Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Atualmente é Consultora Técnica no Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SCTES) do Ministério da Saúde (MS).

Laíse Rezende de Andrade

Psicóloga pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Mestre em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP-Fiocruz). Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da UFBA. Professora adjunta do ISC/UFBA. Pesquisadora do Observatório de Análise Política em Saúde do ISC/UFBA.

Lígia Maria Vieira-da-Silva

Médica pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Doutora em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo (USP), professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da UFBA. Pesquisadora 1 B do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Liliana Santos

Psicóloga pela Universidade de Passo Fundo (UPF). Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Paraná (UFPR) e doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professora adjunta do ISC/UFBA. Integrante do Grupo de Estudos

sobre Trabalho, Educação e Gestão em Saúde. Pesquisadora do Observatório de Análise Política em Saúde do ISC/UFBA.

Maria Aparecida Timo Brito

Psicóloga e bacharel em Ciências pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), especialista em Educação Permanente em Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), especialista em Formação de Formadores em Políticas Públicas de Trabalho e Renda pela Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais (FLACSO) atuou como professora pesquisadora da Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais. Desde 2001 trabalha como consultora técnica no Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)/Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), atuando na criação e na implementação de políticas, projetos e programas na área da educação em saúde.

Millene Moura Alves Pereira

Enfermeira pela Escola de Enfermagem (EENF) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Sanitarista pela Escola Estadual de Saúde Pública da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (ESPBA/SESAB). Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA).

Monique Azevedo Esperidião

Psicóloga pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Mestre em Saúde Comunitária e doutora em Saúde Pública pela UFBA. Professora associada do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da UFBA. Pesquisadora do Observatório de Análise Política em Saúde do ISC/UFBA.

Musa Denaise de Sousa Moraes

Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde (MS), graduada em Fisioterapia pela Universidade Católica de Brasília (UCB) e pós-graduada em saúde pública com ênfase em educação na saúde pela Universidade de Brasília (UnB), servidora efetiva do MS da carreira de ciência e tecnologia - tecnologista pleno na área de Políticas Públicas de Saúde.

Silvana Lima Vieira

Enfermeira pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Mestre e doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professora adjunta do Departamento de Ciências da Vida - *Campus I* da Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Professora colaboradora da Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA) e UNEB. Pesquisadora colaboradora do GETEGS do Observatório de Análise Política em Saúde do ISC e GEPASE UFBA.

Sônia Cristina Lima Chaves

Professora titular da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Graduação em Odontologia pela UFBA. Mestrado em Saúde Coletiva e doutorado em Saúde Pública pela UFBA. É pesquisadora e professora do quadro do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da UFBA, nota 7 da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). Concluiu o pós-doutorado em Sociologia pela Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da UFBA. Diretora da Faculdade de Odontologia da UFBA no quadriênio 2021-2025.

Thadeu Borges Souza Santos

Professor adjunto da Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Enfermeiro pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Mestre em Enfermagem e doutor em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Pesquisador do Observatório de Análise Políticas em Saúde do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da UFBA.

Valéria Mariana Atella Barbosa

Cirurgiã-dentista da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Mestre pela UFMG. Colaboradora do Observatório de Análise de Políticas em Saúde do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Eixo Trabalho e Educação na Saúde.

Formato: 17 x 24 cm

Fontes: Chaparral Pro / AmsiPro

Miolo: Papel Off-Set 75 g/m²

Capa: Cartão Supremo 300 g/m²

Impressão: Gráfica 3

Tiragem: 200 exemplares

Este livro apresenta os resultados de uma rica e participativa experiência nacional que envolveu distintos atores dos estados brasileiros – gestores, trabalhadores de saúde, pesquisadores, instituições de ensino e controle social do Sistema Único de Saúde (SUS). Registram-se neste livro as contribuições para uma aproximação entre os campo da educação permanente em saúde e avaliação em saúde e o desenvolvimento de questões teórico-conceituais, metodológicas e práticas, ofertando ao leitor um conjunto de ferramentas para o monitoramento e a avaliação no âmbito da educação permanente em saúde.

ISBN 978-65-5630-417-5



9 786556 304175



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

