

**ESCOLA DE GOVERNO EM SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMBUCO
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA COM ÊNFASE
EM GESTÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

VANESSA MAGALHÃES SILVA

**TRANS(FORMAÇÃO) EM SERVIÇO: O PROCESSO DE GESTÃO
DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA V GERES.**

GARANHUNS

2018

VANESSA MAGALHÃES SILVA

**TRANS(FORMAÇÃO) EM SERVIÇO: O PROCESSO DE GESTÃO
DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA V GERES.**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva.

Orientador(a): Ms. Danielle Chianca de Andrade Moraes

Co-orientador(a): Esp. Vanessa Alves de Souza

GARANHUNS

2018

TRANS(FORMAÇÃO) EM SERVIÇO: O PROCESSO DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA V GERES.

TRANS(FORMATION) IN SERVICE: THE MANAGEMENT PROCESS OF PERMANENT EDUCATION IN HEALTH IN V GERES.

TRANS(FORMACIÓN) EN EL SERVICIO: EL PROCESO DE GESTIÓN DE LA EDUCACIÓN PERMANENTE EN SALUD EN LA V GERES.

Vanessa Magalhães Silva¹

Danielle Chianca de Andrade Moraes²

Vanessa Alves de Souza³

Resumo: A Educação Permanente em Saúde (EPS) foi instituída como política estratégica de fortalecimento do SUS e destaca o potencial de protagonismo e mudança entre os próprios trabalhadores nos serviços. Esse estudo teve como proposta analisar o processo de gestão da EPS na V Gerência Regional de Saúde (V GERES) e seu território de abrangência no Estado de Pernambuco. Nesse intento, buscou identificar os instrumentos que norteiam a gestão da EPS, apontar e descrever os espaços de discussão voltados para este processo e conhecer quais atores são mobilizados para construção desta gestão. Trata-se de uma Pesquisa Documental com abordagem qualitativa, com documentos oriundos da já citada instituição, no período demarcado entre 2007-2017, sendo utilizada a Análise de Conteúdo para discussão dos dados encontrados. A partir da pesquisa realizada, foi possível identificar quatro aspectos importantes: a importância do registro dos documentos para planejamento e avaliação da EPS enquanto política; diferentes concepções de EPS entre os atores envolvidos; participação pouco expressiva dos seguimentos que possuem representação nos espaços de discussão; e necessidade de problematizar as instâncias regionais enquanto espaço de governança e de transformação na gestão da EPS no SUS. É identificado que a mudança no processo de trabalho precisa iniciar na gestão.

Palavras-chave: Regionalização; Descentralização; Gestão em Saúde; Educação em Saúde.

Abstract: Permanent Health Education (SUS) was instituted as a strategic policy to strengthen SUS and highlights the potential for protagonism and change among the workers in services. This study had as proposal to analyze the management process of EPS in the V Regional Health Management (V GERES) and its territory of coverage in the State of Pernambuco. In this attempt, it sought to identify the instruments that guide the management of the EPS, to point out and describe the discussion spaces geared to this process and to know which actors are mobilized to build this management. It is a Documentary Research with a qualitative approach, with documents originating from the mentioned institution, in the period between 2007-2017, using Content Analysis to discuss the data found. Based on the research, it was possible to identify four important aspects: the importance of document registration for EPS planning and evaluation as a policy; different conceptions of EPS among the actors involved; little expressive participation of the followings that have representation in the spaces of discussion; and the need to problematize the regional instances as a space for governance and transformation in the management of EPS in SUS. It is identified that the change in the work process needs to start in the management.

Key words: Regional Health Planning; Decentralization; Health Management; Health Education.

Palabras clave: Regionalización; Descentralización; Gestión en Salud; Educación en Salud.

INTRODUÇÃO

Passados trinta anos após a promulgação da Constituição Federal Brasileira que pautava a saúde como direito de todos e dever do Estado, já indicando as diretrizes norteadoras de um Sistema Único de Saúde (SUS) – descentralização, integralidade da assistência e participação social – e, trazendo entre suas atribuições “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde” (BRASIL, 1988, p.155), outros documentos surgiram no intuito de consolidar a chamada Educação Permanente em Saúde no nosso país.

A Lei 8.080 (BRASIL, 1990) já trazia a necessidade de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino, ocorrendo apenas treze anos depois a criação efetiva de uma Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, responsável, dentre outras coisas, pela formulação de políticas públicas para orientar o processo de gestão, formação e qualificação dos trabalhadores na área da saúde no país. Em 2004 – Portaria nº 198/GM/MS – foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), caracterizada como estratégia de fortalecimento do SUS, em que trazia a ideia de implantação de Pólos de Educação Permanente para auxiliar na gestão da própria política. A Educação Permanente em Saúde (EPS), para além de um conceito, é trazida neste documento (BRASIL, 2004) como uma conduta de aprendizado que acontece no próprio cotidiano das pessoas que constituem as organizações em saúde; é o ensino e a aprendizagem incorporados ao fazer, baseando-se, assim, no quão significativo é o conhecimento para a ação desenvolvida. Nesse intuito, provoca a problematização do processo de trabalho em contraponto a lógica de comercialização de capacitações que se orientam pela oferta e não pela verdadeira demanda do serviço.

Só a partir de 2006, com o Pacto pela Saúde – composto pelo Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS – com aprovação das diretrizes operacionais do SUS, a gestão regionalizada é esboçada a partir da criação dos Colegiados de Gestão Regional (CGR). No ano seguinte, são lançadas as diretrizes para implementação da PNEPS, com destaque para duas instâncias voltadas a formulação, condução e desenvolvimento da política, a já citada CGR e a Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES), estes últimos substituindo os antigos Pólos de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2007).

A CIES tem como finalidade identificar as prioridades, bem como as estratégias para a formação dos trabalhadores em saúde e do controle social do SUS, caracterizando-se por ser uma comissão intersetorial e interinstitucional. (CIES ESTADUAL, 2014).

A regionalização para a Educação em Saúde tomava forma e, para isso, surgiu a necessidade de elaboração de um instrumento norteador para a política: o Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS). Em 2011, o Decreto nº 7.508 regulamenta a lei de criação do SUS e estabelece a articulação interfederativa através de diferentes espaços de governança – Comissão Interfederativa Tripartite, Bipartite e Regional, esta última renomeando o antigo CGR (BRASIL, 2011).

Com a Portaria Interministerial nº 1.127/2015, um novo instrumento surge com o propósito de fortalecer a discussão não apenas da qualificação daqueles que já estão inseridos no SUS, como dos futuros trabalhadores do sistema, organizando e estabelecendo as respectivas atribuições das instituições de ensino (enquanto centros de formação), dos serviços de saúde (enquanto cenários de práticas) e com participação da comunidade (que comunica suas reais necessidades em saúde): o Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde, conhecido como COAPES. (BRASIL, 2015).

Tendo em vista a atual conjuntura de revisão da Política Nacional de Educação Permanente em nosso país e o fato de que alguns estudos (FRANÇA, 2016; CAMPOS *et al.*, 2016; MORAES e DYTZ, 2015) terem constatado que a Educação Permanente ainda não é colocada como prioridade de grande parte das instituições gestoras (e de quem as constitui), ocorrendo tanto equívocos conceituais do que seria a proposta, como dificuldades para executá-la, esse estudo se propôs a analisar o processo de gestão da Educação Permanente em Saúde na V Gerência Regional de Saúde (V GERES), ou seja, no território de abrangência – composto de 21 municípios – dessa GERES no Estado de Pernambuco – por sua vez constituído por 12 Regiões de Saúde (PERNAMBUCO, 2011).

Nesse intento, no local escolhido para a pesquisa, se buscou identificar os instrumentos que norteiam a gestão da EPS, apontar e descrever os espaços de discussão voltados para a mesma e conhecer quais atores são mobilizados para construção desta gestão na V GERES.

METODOLOGIA

Trata-se de uma Pesquisa Documental, com abordagem qualitativa. De natureza qualitativa, devido o enfoque estar voltado para a interpretação do objeto de pesquisa e ao contexto em que está inserido (SILVEIRA e CÓRDOVA, 2009). Documental, pois assim como é orientado por Gil (2002, p. 45), a mesma se vale “[...] de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa.”.

A coleta de dados, orientada pela legislação anteriormente citada, foi realizada através de documentos oriundos dos arquivos institucionais, referentes à Comissão Intergestores Regional (CIR) e à Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES Regional) – dois cenários destacados pela responsabilidade em contribuir para a

formulação, condução e desenvolvimento da EPS no âmbito regional – ambas vinculadas a V GERES. Dentre os documentos selecionados estavam atas, frequências de participação das reuniões, resoluções, respectivos regimentos internos e, transitando entre ambos as comissões, foi adicionado o Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS). Foram selecionados os dados correspondentes ao período de 2007 a 2017, marcando a década de implementação das diretrizes da PNEPS. Como critérios de inclusão, os documentos do período já mencionado, precisavam estar acessíveis, legíveis e fazer referência a algum aspecto da gestão da política na V Região de Saúde. Os demais não fizeram parte do *corpus* de análise da pesquisa. A coleta foi realizada entre os meses de novembro e dezembro de 2017.

O método de análise utilizado foi o da Análise de Conteúdo (BARDIN, 2011). Caracterizado por ir além do que está explicitamente expresso na comunicação, busca conteúdos latentes de significação, consistindo “[...] em classificar os diferentes elementos do texto em diversas categorias, segundo determinados critérios selecionados pelo pesquisador.” (FONSECA, 2002, p. 72). A análise foi composta por diferentes fases:

- Pré-análise: fase de organização do material, que tem por objetivo o de delinear o processo de operacionalização e sistematização das ideias iniciais, durante o contato inicial com os documentos – amostra documental;

- Exploração do material: operacionalização do que foi definido na fase anterior. Foram adotados procedimentos de codificação, classificação e categorização para os documentos selecionados como pertinentes para a pesquisa – de acordo com os critérios de inclusão escolhidos;

- Tratamento dos resultados e interpretação: análise interpretativa dos padrões encontrados – sistematização das categorias).

Esta pesquisa foi conduzida considerando os aspectos éticos fundamentais presentes na Resolução CNS nº 510, de 07 de abril de 2016 (a Ética na Pesquisa na área de Ciências Humanas e Sociais). Para utilização dos documentos que subsidiaram o objeto deste estudo, foi elaborado e apresentado à instituição onde ocorreu a pesquisa, Carta de Anuência, garantindo esclarecimentos sobre o estudo e a possibilidade de retirada da anuência a qualquer momento, caso houvesse qualquer descumprimento por parte da pesquisadora responsável. Pelo delineamento metodológico escolhido (não envolvendo diretamente seres humanos para obtenção das informações da pesquisa), foi dispensado para avaliação do sistema CEP/CONEP através do parecer de nº 2.363.060.

Após a realização do processo de coleta e através do método de análise escolhido, foram elaboradas quatro categorias temáticas para organização dos conteúdos encontrados. É importante salientar que as informações aqui apresentadas, são oriundas de um acervo onde os documentos estavam armazenados em ambientes distintos da instituição, espaços demarcados para os arquivos da Comissão Intergestores Regional e da Comissão de Integração Ensino-Serviço. Assim, a perspectiva do que foi encontrado em cada um destes cenários pode ser diferente, mesmo quando se tratar da mesma categoria de análise – variando devido ao tipo de documento, ano em que foi produzido e *locus* de discussão do qual foi resultado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As categorias construídas foram: *Sobre os registros e instrumentos; Discursos sobre a Educação Permanente em Saúde; Quadrilátero da Formação na Gestão da EPS; e Gestão Regionalizada em Saúde.*

SOBRE OS REGISTROS E INSTRUMENTOS

A formatação dos documentos variou no decorrer dos anos e o fato das atas passarem a ser digitadas, ao invés de escritas a mão, facilitou a leitura e permitiu que os

documentos fossem guardados no âmbito físico e virtual pela instituição. No caso da CIR, a grande maioria das atas encontrava-se organizadas por ordem de realização da reunião – ordinárias e extraordinárias – e ano correspondente, bem como com as respectivas listas de frequência anexadas a cada uma delas. As resoluções encontravam-se em pastas separadas, mas também divididas por ano de aprovação. Porém, não foram encontrados os documentos anteriores ao ano de 2010, ou seja, alusivo aos três anos iniciais do período pesquisado, como pode ser visto abaixo no Quadro 1.

Quadro 1 – Atas da Comissão Intergestores Regional referentes ao período de 2007-2017.

| MÊS ANO | JAN | FEV | MAR | ABR | MAI | JUN | JUL | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ |
|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 2007 | | | | | | | | | | | | |
| 2008 | | | | | | | | | | | | |
| 2009 | | | | | | | | | | | | |
| 2010 | | | | | | | | | | | | |
| 2011 | | | | | | | | | | | | |
| 2012 | | | | | | | | | | | | |
| 2013 | | | | | | | | | | | | |
| 2014 | | | | | | | | | | | | |
| 2015 | | | | | | | | | | | | |
| 2016 | | | | | | | | | | | | |
| 2017 | | | | | | | | | | | | |

Legenda: Documento não estava acessível ou legível.
 Documento acessível e legível.
 Documento acessível, legível e com referência à Educação Permanente em Saúde.

Fonte: Arquivos institucionais V Gerência Regional de Saúde.

Ao passo de que na CIES, foram encontradas informações de somente cinco anos de gestão (ver Quadro 2). É importante destacar que, no Estado de Pernambuco, “[...] a estruturação da Política de Educação Permanente em Saúde foi proposta em 2008, inicialmente com a criação de cinco CIES, e observou-se que foi ampliado para 12 regionais de saúde [...] além da comissão estadual.” (FRANÇA, 2016, p. 140). Do mesmo modo, a CIR da V GERES foi instituída em setembro deste mesmo ano. Então, até certo ponto, era esperado que alguns registros ainda não existissem até esta ampliação se concretizar. Outros, entretanto, apontam um período equivalente a anos entre uma ata e outra. O Regimento da CIES Regional foi homologado pela CIR apenas

em 2015, trazendo neste a prerrogativa de que as reuniões aconteçam ordinariamente uma vez por mês, entretanto, os documentos encontrados não denotam essa periodicidade.

Quadro 2 – Atas da Comissão de Integração Ensino-Serviço referentes ao período de 2007-2017.

| ATAS DA COMISSÃO DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO | | | | | | | | | | | | |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| MÊS \ ANO | JAN | FEV | MAR | ABR | MAI | JUN | JUL | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ |
| 2007 | | | | | | | | | | | | |
| 2008 | | | | | | | | | | | | |
| 2009 | | | | | | | | | | | | |
| 2010 | | | | | | | | | | | | |
| 2011 | | | | | | | | | | | | |
| 2012 | | | | | | | | | | | | |
| 2013 | | | | | | | | | | | | |
| 2014 | | | | | | | | | | | | |
| 2015 | | | | | | | | | | | | |
| 2016 | | | | | | | | | | | | |
| 2017 | | | | | | | | | | | | |

Legenda: Documento não estava acessível.
 Documento acessível, legível e com referência à Educação Permanente em Saúde.

Fonte: Arquivos institucionais V Gerência Regional de Saúde.

Pode-se afirmar que as situações supracitadas interferiram no acesso à informação e na plena compreensão do que foi discutido e deliberado em cada reunião, tanto quanto na identificação dos presentes, como do posicionamento dos sujeitos nos momentos descritos, bem como os produtos emergentes, que podiam variar desde uma resolução até a elaboração do PAREPS.

Este último é citado em momentos diferentes nas atas de ambas as comissões, existindo a resolução de aprovação do PAREPS em abril de 2010, porém, não foram encontrados registros na CIR ou na CIES de como foi essa condução. O que é pontuado diz respeito à discussão mobilizada por representantes da Secretaria Estadual de Saúde sobre a realização de uma oficina para construção do PAREPS, onde os municípios receberam caderno com as portarias referentes à temática e o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde. Não foi encontrado o arquivo produzido na época, sendo disponibilizada a matriz de estratégias que é uma das partes que compõem o

plano referente aos anos de 2015 e 2016. O Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde deve conter a:

[...] caracterização da região de saúde e identificação de seus principais problemas de gestão e assistência; caracterização das necessidades de formação; identificação dos atores envolvidos; estabelecimento de metas e indicadores para o acompanhamento, a avaliação e a análise da viabilidade do plano com base nos recursos disponíveis. (MACÊDO, ALBUQUERQUE e MEDEIROS, p.395).

De acordo com ata da CIES no ano de 2015, onde é citado o 1º PAREPS produzido na V Região de Saúde, é pontuado que o mesmo continha todas as partes anteriormente citadas e tinha a vigência de dois anos. Esta comissão, de acordo com seu regimento interno, possui duas câmaras técnicas: a Câmara Técnica de Apoio e Monitoramento do PAREPS e a Câmara Técnica de Articulação e Fortalecimento dos Núcleos de Educação Permanente em Saúde. Nenhuma outra resolução foi encontrada acerca da aprovação de um novo PAREPS. Dentre as hipóteses da ausência de alguns documentos, podem-se questionar três pontos principais: não houve as reuniões; as reuniões aconteceram, porém, sem o registro; a reunião aconteceu, houve o registro, mas ele se perdeu ao longo dos anos devido a mudanças dos atores envolvidos ou do local de armazenamento da documentação. Estes pontos podem ser levantados devido a trechos encontrados nas próprias atas, onde é registrado que a reunião não aconteceu por falta de quórum mínimo, ou quando foram encontradas frequências de participação, mas não as atas correspondentes a estas. É a realidade encontrada também em estudo realizado por França (2016, p. 159, acréscimo das autoras) quando afirma que o

[...] precário registro das ações de EPS nos documentos [reforçam] uma fragilidade há muito conhecida: os profissionais de saúde não trabalham consciente que o registro de suas ações é importante para ações futuras e para avaliação de políticas implantadas.

Pelo que foi apresentado nas listas de frequência de ambos os espaços de discussão, a questão do quórum – no que se refere a ausência dos membros integrantes das comissões – se configurou como uma dificuldade para realização das reuniões, para

desenvolvimento do debate e, em alguns momentos, para realização das deliberações necessárias ao contexto da EPS. Considerando que a CIES é uma câmara técnica associada à CIR, exclusivamente para debater sobre a Educação Permanente em Saúde, configura-se como uma situação preocupante que a mesma ainda não tenha estabelecido regularidade dos encontros entre seus membros, prejudicando o aprofundamento de discussões importantes para o planejamento, monitoramento e avaliação da política em questão. Esse fato é corroborado pelas atas mais recentes da CIES, onde é descrita a necessidade de se efetivar as Câmaras Técnicas para discussão sobre o PAREPS e estratégias de fortalecimento da própria CIES.

DISCURSOS SOBRE A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A PNEPS tem entre os seus objetivos o de estimular o ensino-aprendizagem no próprio processo de trabalho. Para gerir uma política pública, o primeiro passo é compreendê-la: da necessidade de sua existência, da contribuição para o sistema de saúde, dos objetivos que pretende alcançar, das problemáticas que se propõe a resolver. Infelizmente, no âmbito da EPS, ainda existe uma fragilidade de entendimento da ideia por trás do conceito, da amplitude de ações que compõem o repertório da política e mesmo como prática pedagógica. Algumas pesquisas exploratórias apontam que

[...] muitos profissionais de saúde ainda não sabem diferir os conceitos de educação continuada, capacitação e educação permanente. Tal fato está relacionado com a manutenção de um processo formativo, em muitos municípios, que foca a capacitação e os treinamentos pontuais. (FRANÇA, 2016, p. 85).

No cenário deste estudo, o discurso reproduzido nas atas analisadas apresenta aspectos contrastantes em relação a como os atores compreendem a EPS e como a mesma têm se estruturado na V Região de Saúde. Principalmente no que tange ao espaço da CIR, a referência majoritária em relação à EPS se revela através de: necessidade de estruturação da CIES; da divulgação de eventos; e da pactuação de capacitações, dos quais ainda reside a dificuldade de conformação de todos os gestores

para que as mesmas aconteçam com a presença dos seus profissionais. Apesar de projetos de cursos de pós-graduação, a exemplo de especializações e mestrados, de ensino-serviço, como os Programas de Residência – multi e uniprofissional –, Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-SAÚDE) e Programa Nacional de Reorientação da Formação em Saúde (PRÓ-SAÚDE) ter sido aprovados durante o período analisado na pesquisa, não há registro da forma de apresentação dessas iniciativas, tampouco o debate em torno destas. Devido às lacunas encontradas nas atas da CIES, essa dificuldade é reforçada, pois poucas informações também são encontradas.

É importante esclarecer, da proposta da EPS, que “a atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da qualificação das práticas e não seu foco central.” (CECCIM e FEUERWERKER, 2004, p.43). Mesmo no ambiente da CIES, as discussões giram em torno da elaboração de propostas de cursos financiados com os (escassos) recursos da política, gerando a reflexão de até que ponto esse processo foi orientado por um prévio planejamento e estudo da realidade local, tendo em vista a ausência de registros que comprovem essas atividades e mesmo a falta de acesso ao próprio PAREPS.

Existem momentos pontuais onde os membros desta comissão indicaram a necessidade de se organizarem enquanto grupo de trabalho para desenvolver atividades voltadas à qualificação dos gestores e equipes municipais, através da utilização de metodologias ativas. Estas são caracterizadas por problematizarem o contexto prático do educando, confrontando-o com situações reais ou simuladas de seu cotidiano, mas sempre visando sua autonomia no processo (FARIAS, MARTIN e CRISTO, 2015). Logo, os próprios atores se mobilizam para a realização da mudança, fortalecendo a troca de conhecimentos entre estes. Ceccim (2005, p.162) já destacava de forma clara que:

[...] aquilo que deve ser realmente central à Educação Permanente em Saúde [...] é sua ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços, a introdução de mecanismos, espaços e temas que geram auto-análise, autogestão, implicação, mudança institucional, enfim, pensamento (disruptura com instituídos, fórmulas ou modelos) e experimentação (em contexto, em afetividade – sendo afetado pela realidade/afecção).

Isso significa que quando a prioridade dos atores envolvidos no processo de diálogo e deliberação da EPS se volta apenas para o processo de qualificação que não é acompanhado de uma análise anterior das necessidades da população (dos indicadores de saúde), de acompanhamento do conhecimento adquirido com a utilização deste no serviço prestado e tampouco uma avaliação posterior dos benefícios que esse tipo de ação suscitou, revela um investimento muito maior em Educação Continuada do que, necessariamente, em Educação Permanente. A Educação Permanente em Saúde é “[...] baseada na pedagogia da problematização; no trabalho reflexivo grupal e na transformação das práticas dos serviços” (FRANÇA, 2016, p. 84), é este pensamento que não pode ser esquecido por quem realiza a gestão dos serviços de saúde.

QUADRILÁTERO DA FORMAÇÃO NA GESTÃO DA EPS

No intuito de estabelecer a compreensão entre quem deveria estar no contexto de gestão da EPS em uma Região de Saúde e sobre quais atores, de fato, estão presentes neste processo da política de formação na V GERES, os documentos que nortearam essa indagação foram os regimentos internos da CIR e CIES, respectivas atas e frequências das reuniões.

Em um primeiro aspecto a ser pontuado, é relativo ao conteúdo dos regimentos internos, onde é descrito que a CIR é composta por representantes da Gerência Regional de Saúde e de todos os Secretários Municipais de Saúde – sendo um espaço de caráter deliberativo; a CIES abrange um grupo mais amplo e heterogêneo em sua composição, com representações da gestão regional da área da saúde e da educação, de todos os municípios componentes da referida Região de Saúde, dos trabalhadores do SUS,

centrais sindicais, movimentos estudantis, sociais e do controle social do SUS, e instituições de ensino – de nível superior e técnico, públicas e privadas, incluindo a Escola de Saúde Pública do Estado –, assim como estudantes e preceptores de Programas de Residência – estando esta comissão contida na primeira, com caráter permanente e consultivo. Mediante os membros elencados, é uma composição que envolve a gestão, a atenção, o ensino e o controle social, conjunto que gerou o conceito de *Quadrilátero da Formação*. Essa proposta de pensar a formação em saúde através desta noção quadrilátera significa dizer que todos estes atores precisam estar envolvidos na discussão, não apenas no sentido de contribuir a partir da sua visão da realidade, permitindo a elaboração de estratégias mais eficazes na resolução dos problemas que afetam a organização e o funcionamento das redes de atenção, como também reconhecidos enquanto sujeitos sem os quais a realidade não poderia ser modificada. (CECCIM e FEUERWERKER, 2004).

Quando é falado sobre essa conjunção, os quatro lados precisam ser revisitados para questionamentos específicos, principalmente diante do que foi encontrado nas atas e listas de frequência neste estudo. Para além de uma necessidade de quórum para tomada de decisão em qualquer âmbito, é preciso problematizar o quanto a ausência de um componente da comissão interfere diretamente no resultado produzido; isso porque não é uma pessoa que não participa, é um grupo que deixa de ser representado em suas necessidades e deixa de compreender e incorporar em seu cotidiano mudanças propostas nos espaços de discussão.

Na leitura das atas em conjunto com o olhar atento às frequências das reuniões da CIR e da CIES, é possível identificar que, no âmbito da primeira, apesar da obrigatoriedade de presença ser voltada para os gestores municipais de saúde e gerência da GERES, existe uma presença significativa de outros atores para acompanhar o

processo de diálogo e pactuação, contribuindo através de seu repertório técnico nas conformações realizadas. Além das coordenações da instância regional e municipal, foi identificada a presença de: trabalhadores da saúde, das instituições de ensino, profissionais dos Programas de Residência existentes na V Região de Saúde, membros da Câmara Técnica da CIR e da CIES Regional. Representantes da Secretaria Estadual de Saúde também estiveram presentes em diferentes momentos para esclarecimentos e pactuações.

Uma dificuldade encontrada no aspecto de identificação dos atores nestes documentos foi a situação do próprio sujeito não apresentar de qual lugar fala, do papel desenvolvido naquele espaço de discussão. Apesar de constar nos documentos abertura para essa informação, uma parcela dos participantes não realiza esse preenchimento, ou indica de qual município vêm ou se representa uma entidade regional. Apareceram situações em que o indivíduo está identificado como trabalhador da saúde em uma lista, para logo em outra constar como representação de uma entidade, ou ainda de seguimentos diferentes associados aos respectivos vínculos de trabalho que possui. Nas reuniões da CIR existe uma lista voltada para os membros que constam em regimento e outra para as demais pessoas que se fizeram presentes. No caso da CIES, como foi assinalado em trechos das atas analisadas, nem todos as entidades responderam em caráter oficial (por registro documental) os ofícios convites, emitidos pela coordenação desta comissão, nomeando seus representantes, exigindo assim um acompanhamento mais acurado da frequência dos participantes neste espaço. Ao longo das atas encontradas, a ausência mais pontuada foi a dos representantes municipais nas discussões da CIES. Nestes documentos, foi registrado da dificuldade destes representantes se deslocarem dos municípios para participar das reuniões que acontecem no município sede da Região de Saúde, alegando prejuízo na realização das atividades

de rotina. Foi ponderado a importância de reuniões itinerantes, porém, a ideia ficou para posterior discussão e amadurecimento dos membros da comissão. É pertinente considerar que a não-participação ou participação descontinuada dos referidos representantes municipais, pode dificultar na realização do diagnóstico, planejamento e monitoramento das ações desenvolvidas no contexto da PNEPS em cada localidade, reduzindo as oportunidades de repensar e compartilhar boas práticas entre os integrantes da CIES.

Nesta comissão, que abrange uma quantidade de atores superior a CIR, pela sua característica interinstitucional, foi encontrada de maneira pontual a presença e participação ativa de membros representantes do Controle Social e de trabalhadores do SUS nas pautas referentes à elaboração de projetos e em discussão sobre as atribuições dos componentes da CIES. Com frequência semelhante estava o seguimento das instituições de ensino. Estas com papel fundamental na edificação de mudanças no processo de formação dos trabalhadores para o SUS, ainda apresentam participação longe da ideal, no propósito de repensar o processo de ensino-aprendizagem condizente com as necessidades de saúde do território e com os obstáculos encarados pela gestão.

A participação desse conjunto de atores ainda precisa ser fortalecida, principalmente ao considerar o papel fundamental que cada um desempenha na efetivação da EPS; o intuito é o de provocar mudanças no processo de trabalho, como campo fértil de aprendizagem para os profissionais que estão no serviço, para a comunidade que demanda o cuidado, mas que também implicam no modo como as instituições de ensino têm formado os trabalhadores para o SUS – se no sentido de fôrma, rígida, que não permite alteração, ou se promove conduta de criação, criatividade. A PNEPS permite olhar para os profissionais de saúde diferente da lógica organizacional de recursos humanos, que os veem como algo – e não como alguém – e

nesta perspectiva os retiraria desta “[...] condição de “recursos” para o estatuto de atores sociais das reformas, do trabalho, das lutas pelo direito à saúde e do ordenamento de práticas acolhedoras e resolutivas de gestão e de atenção à saúde.” (CECCIM, 2005, p. 163).

No espaço da CIR, a visão que foi expressa nas reuniões em relação ao trabalhador diz respeito a como esse está vinculado ao serviço (se é efetivo ou contratado); quando na divulgação de cursos, treinamentos e qualificações, as falas registradas em ata dos secretários municipais de saúde endossam o pensamento de que os profissionais indicados para realização destas atividades devem ser apenas aqueles com situação efetiva no município; enquanto os membros presentes da CIES reforçavam o perfil multiplicador que estes indivíduos deveriam ter. Isso provoca a reflexão do quanto a EPS está relacionada com a Gestão do Trabalho, onde a rotatividade presente nas equipes de saúde transforma-se em uma limitação ao desejo de implementar medidas duradouras, quando parte das equipes ainda apresentam vínculo temporário. Por isso, uma alternativa também é sair da lógica de que no próprio serviço não há potencial para a mudança realizada por quem já se encontra lá. Como indicado por França (2016, p. 318), “[...] a análise do processo de trabalho, num entendimento de que há um campo de colaboração entre os próprios trabalhadores que estão desenvolvendo suas práticas de saúde, [...] precisa ser estimulado”, afinal, é uma suposição alimentada não apenas pelos gestores, como também pelos trabalhadores do SUS, de que seu conhecimento não é suficiente, que precisam sempre estar sendo qualificados, quando na verdade, isso enfraquece o poder de equalizar a experiência em aprendizado e, a partir deste transformar o cotidiano do serviço.

GESTÃO REGIONALIZADA EM SAÚDE

A proposta de um sistema universal de saúde não é algo exclusivo do Brasil. Outros países – a exemplo do Canadá, França, Inglaterra – adotaram estrutura semelhante na oferta de ações e serviços à sua população. Entretanto, nenhum destes países possui dimensões de território continentais, com uma população dispersa entre regiões de diferentes condições climáticas, socioeconômicas e culturais. Garantir o direito da saúde regida pelos princípios da Universalidade, Equidade e, principalmente, pela Integralidade, com este cenário tão amplo e complexo, é um verdadeiro desafio.

Desde a Constituição Federal de 1988 e a Lei 8.080/1990, perpassando por outros documentos até chegar ao próprio Decreto nº 7.508/2011, responsável por regulamentar o SUS, é citado um importante conceito criado como estratégia para resolver essa questão: a Regionalização. É por esse caminho que se delineia a compreensão de um sistema universal organizado em redes, sendo estas constituídas regionalmente, conseqüentemente necessitando para isso que o planejamento ocorra de forma coletiva, com fortalecimento das relações de interdependência entre os atores envolvidos. Associado a este conceito está o da Descentralização, configurada como alternativa política e administrativa adotada em nosso país e que enfatiza a dispersão da autoridade e das atribuições do poder central. Nesse contexto que despontaram as Regiões de Saúde e os espaços próprios da governança regional, as já citadas CIR.

Para a Educação Permanente em Saúde o caminho não seria diferente. Além da CIR, a existência da CIES – enquanto espaço próprio de discussão da política – provoca a reflexão da dimensão que esta estratégia tem para o fortalecimento do SUS. Como é bem descrito no estudo intitulado *O desafio da implementação da Educação Permanente na Gestão da Educação na Saúde*:

[...] as três esferas de gestão passam a ter como desafio descentralizar o debate e a gestão da educação na saúde (instâncias

interinstitucionais e locorregionais) mediante a noção de gestão colegiada, perspectiva que provoca o rompimento de uma gestão da formação verticalmente imposta, com base nas proposições de programas nacionais (implicando gestores municipais e estaduais), ao mesmo tempo que possibilita o protagonismo de todos os envolvidos na gestão da formação dos trabalhadores da saúde. (MACÊDO, ALBUQUERQUE e MEDEIROS, 2014, p.388).

Ao considerar todos os aspectos potencialmente problemáticos para consolidação do processo de gestão da EPS, o que se refere a como têm sido o funcionamento destas instâncias – CIR e CIES – é particularmente o que mais exige atenção. Quando foram pontuadas ao longo desse estudo as circunstâncias dos documentos, a participação dos atores e as concepções existentes em torno da EPS, como pano de fundo está justamente o modo de condução dos espaços de gestão, que para além de informar de uma situação local, remete a um contexto mais amplo em nosso país de implementar a gestão regionalizada. Campos e Santos (2015, p. 440) trazem esse debate ao afirmarem que

[...] a ânsia de acabar com o centralismo nos fez considerar o município como núcleo básico organizacional do sistema, deixando-se de lado, por muitos anos, a região de saúde, prevista na Constituição, mas olvidada pelos gestores da saúde que de um lado mantiveram a centralização federal e de outro, o fracionamento executivo municipal.

Ou seja, este âmbito de discussão, para além de objeto de estudo desta pesquisa, tem enfrentado obstáculos em se estabelecer, pois, a governança regional implica em um processo de negociação e tomada de decisão entre os atores envolvidos, que precisam acreditar que os benefícios resultantes de uma cooperação serão sempre maiores que os oriundos de uma competição. (CONASS, 2016).

Isso se traduz nas palavras de Santos e Giovanella (2014, p. 621), onde apresentam que o “[...] atraso da regionalização no Sistema Único de Saúde (SUS) arrefeceu a capacidade resolutiva dos sistemas locais de saúde, amplificando disputas entre os municípios por recursos, ao invés de conformar uma rede interdependente e cooperativa”, o que França (2016, p.83) complementa ao afirmar em sua pesquisa que

essa questão “[...] reside na dificuldade em estabelecer compromissos conjuntos e articulados para estruturação de uma rede de saúde sistematizada, cogestada, integral e descentralizada”.

É bastante difícil pensar a regionalização com realidades tão distintas enfrentadas pelos municípios. É uma negociação em que cada uma das partes sabe da necessidade (maior ou menor) do outro e boa parte dos municípios sendo de pequeno porte – 12 dos 21 municípios que compõem a V Região de Saúde têm até 20.000 habitantes –, “[...] a pergunta que permanece é como a soma articulada das individualidades municipais assimétricas gera unidade regional equitativa?” (CAMPOS e SANTOS, 2015, p.441).

Se existe a complexidade em firmar o processo de gestão como um todo, valorizar e situar como prioridade a discussão acerca da EPS exige ainda mais desenvoltura. A CIES Regional em essência deveria desempenhar esse papel junto aos gestores; entretanto, a mesma encontra dificuldade em manter o calendário de reuniões, de mobilização de pessoas, de continuidade de discussão, e ir além da oferta de cursos em alguns momentos. Isso foi expresso na leitura das atas ao longo do período pesquisado, onde muito foi pontuado sobre a necessidade de recompor a comissão, de orientar os gestores municipais a enviarem suas representações, de fortalecer este âmbito.

Isso é reflexo de uma situação nacional, onde foi corroborado [...] a necessidade de trabalhar junto às CIES seu papel de articulação macrorregional, a partir da configuração dada às Comissões no Estado (alinhamento com as macrorregiões de saúde) e da superposição de atribuições. (IBIDEM, 2016, p. 30). Além disso, no contexto da CIR,

O debate regional é permeado por questões urgentes (oferta insuficiente de serviços; majoração dos salários e procedimentos,

particularmente de médicos; superlotação em hospitais; Estratégia Saúde da Família pouco resolutiva, entre outros) e, assim, os pontos centrais, como o planejamento da oferta regionalizada, a definição do modelo de atenção e a reorganização do processo de trabalho em saúde para produção do cuidado, não aparecem ou permanecem marginais. (SANTOS e GIOVANELLA, 2014, p. 629).

No caso da V Região de Saúde, as discussões sobre a EPS ocorridas na CIR, encontravam-se distribuídas ao longo do período analisado, com menor ênfase do que outros pontos de pauta e de pactuação. E majoritariamente induzidos por atores da esfera Estadual (nível central), com maior expressão da CIES Regional nos últimos três anos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Educação Permanente em Saúde, semelhante ao Sistema Único de Saúde, encara barreiras para se consolidar. A mesma surgiu como estratégia de fortalecimento deste sistema, justamente por sua proposta abrangente, envolvendo diferentes seguimentos para contribuir com a formação dos trabalhadores para o SUS e transformação do processo de trabalho no próprio serviço; mas, igualmente complexa em se efetivar, por igual motivo: estabelecer o diálogo entre os diversos atores, com concepções diferenciadas sobre do que trata a política ou mesmo a EPS enquanto conduta pedagógica, ainda se configura como uma dura realidade, mesmo depois de tantos anos após a primeira publicação sobre a mesma.

A V GERES apresentou em seus documentos institucionais aspectos referentes à gestão da EPS que merecem ser destacados. O primeiro deles, indica a necessidade de maior atenção ao processo de construção de instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação da política pública. O maior exemplo disso é o PAREPS. Apesar deste instrumento nortear as ações da EPS no âmbito regional, não está instituído no Regimento Interno da respectiva CIES detalhes sobre o período em que deve ser elaborado o plano e por qual período ficará vigente. Ainda que a legislação

nacional oriente que o mesmo deve seguir as normativas de elaboração dos instrumentos de planejamento do SUS, não fica claro como o processo tem ocorrido com a comissão local. Isso influencia na condução da política, pois com a periódica necessidade de recomposição de membros desta comissão, os mesmos ficam sem referência do que foi feito e do que precisa ser realizado no tempo-espaço em que se encontram.

O segundo ponto é a inexpressiva participação dos atores na CIES, o que leva a um efeito dominó, ao repercutir na qualidade das discussões referentes à EPS na CIR. Ainda é preciso maior investimento em estratégias que levem a uma maior adesão por parte dos diferentes seguimentos, principalmente aqueles que não foram sequer citados nas reuniões realizadas – como o movimento estudantil e os movimentos sociais. As instituições de ensino não somente através de seus representantes, mas em seu território acadêmico, devem estimular a produção de conhecimento junto à comunidade, aos trabalhadores no serviço e em consonância com os desafios enfrentados pelos gestores. Todos os atores podem contribuir muito no processo de gestão da EPS, mas na V Região de Saúde, ainda necessita de maior empenho dos envolvidos, com a consciência de que as ações realizadas hoje resultarão em mudanças expressivas só daqui a um tempo, porque lidar com o processo de trabalho, é também lidar com as relações interpessoais e conseqüentemente com as pessoas que as constituem. E isso está intrinsecamente relacionado à concepção que se tem da EPS. Essa confusão em torno do conceito se configura em um cenário onde se privilegia a realização de cursos e a mudança esperada na formação dos profissionais antes de chegarem ao serviço ainda não tem a ênfase necessária. O termo *permanente* não se refere à realização constante de capacitações para os trabalhadores; é o aqui-e-agora, onde o trabalhador é protagonista da mudança no serviço que está acontecendo. Não deve ser algo pontual, ele precisa

acreditar – e isso é a grande contribuição dessa política de formação – no próprio potencial de resolução dos problemas existentes na oferta das ações e serviços em saúde.

O último ponto, não menos importante, é a dimensão onde os atores se encontram e onde os instrumentos deveriam ser elaborados. A análise dos dados encontrados demonstrou a necessidade de problematizar as instâncias regionais enquanto espaço de governança. A CIES é uma comissão dentro de outra comissão; funciona como câmara técnica específica para a EPS no âmbito da CIR. Dessa forma identificamos a dificuldade que a mesma tem em funcionar tal como preconizada na política ou mesmo no seu regimento interno. Entretanto, do mesmo modo que isso repercute na CIR, esta é uma via de mão-dupla, onde os gestores também não têm dado o devido valor ao debate, resultando em quóruns mínimos nas reuniões da CIES pela ausência dos atores da grande maioria dos municípios da Região de Saúde.

É importante ressaltar que o estudo realizado apresentou importante limitação pelo fato de uma série de documentos referente ao período escolhido para a coleta de dados não ter sido encontrada, reduzindo o campo de análise e estreitando o arcabouço de informações.

Espera-se que os resultados obtidos na realização dessa pesquisa agreguem à discussão já existente em torno da EPS no nosso país, levando-se em conta a forma como a mesma tem sido operacionalizada e apoiada no domínio de uma Região de Saúde, contribuindo também na provocação dos atores envolvidos no processo de gestão desta política pública, possibilitando, tal qual a ideia-chave trazida pela EPS, a de mudança no processo de trabalho, repensando para isso o processo de gestão.

Notas

¹ Escola de Governo de Saúde Pública de Pernambuco, Garanhuns, Pernambuco, Brasil. Bacharel em Psicologia pela Universidade de Pernambuco. <vanessams.psico@gmail.com>

² Universidade de Pernambuco, Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças – FENSG, Recife, Pernambuco, Brasil. Mestrado em Enfermagem em Promoção à Saúde pela Universidade de Pernambuco e pela Universidade Estadual da Paraíba. <dani_chianca@hotmail.com>

³ Universidade de Pernambuco – Campus Garanhuns, Garanhuns, Pernambuco, Brasil. Especialista Gestão em Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz. <vanessaalves10@hotmail.com>

⁴ Pesquisa realizada para obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde, da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco. Os custos desta pesquisa foram financiados pela pesquisadora Vanessa Magalhães Silva. Não há conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

BARDIN. L. *Análise de Conteúdo*. Tradução: Luís Antero Reto Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Casa Civil. 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 República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jun. 2011 Seção 1, p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 03 de janeiro de 2018.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Trata das especificidades éticas das pesquisas nas ciências humanas e sociais e de outras que utilizam metodologias próprias dessas áreas. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, nº 98, 2016. Seção 1, p. 44, 45 e 46.

_____. Lei Orgânica da Saúde 8080 de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília de 20.09.1990, p. 18.055. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 01 de fevereiro de 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996/07, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. [documento internet] 2007a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html>. Acesso: 01 de fevereiro de 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 - consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.127, de 4 de agosto de 2015. Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/23/COAPES-PORTARIA-INTERMINISTERIAL-N1.127%20-DE-04%20DE-AGOSTO-DE-2015.pdf>>. Acesso: 02 de janeiro de 2018.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Brasília: MS; 2004.

_____. Senado Federal. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988. 140p. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 20 de janeiro de 2018.

CAMPOS, K. F. C., BRANT, P. de B. O., RANDOW, R., GUERRA, V. de A. *Educação Permanente: Avanços, Desafios para a Gestão em Saúde no Brasil*. Atas do Congresso Ibero-Americano de Investigação Qualitativa, v.1, 2016. Disponível em: <<http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/729>>. Acesso em: 08 de março de 2017.

CAMPOS, G. W. D. S e SANTOS, L. *SUS Brasil: a região de saúde como caminho*. Revista Soc. São Paulo, v. 24, n. 2, p. 438-446, 2015.

CECCIM, R. B. *Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário*. Botucatu: Interface – Comunicação, Saúde e Educação, v. 9, n. 16, p. 161-177, set.2004/fev.2005.

_____ e FEUERWERKER, L. C. M. *O Quadrilátero da Formação para a Área da*

Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. Physis: Revista Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 14 (1): p. 41-65, 2004.

CONASS Debate – *Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde /Conselho Nacional de Secretários de Saúde.* – Brasília: CONASS, 2016. 118 p. – (CONASS Debate, 6).

CIES ESTADUAL. Comissão de Integração Ensino-Serviço do Estado de Pernambuco. Regimento Interno, estabelecido pela Resolução CIB/PE nº2548, de 27 de março de 2014. Disponível em:
<http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/resol_2548_-_regimento_interno_da_cies_estadual.pdf>. Acesso em: 19 de março de 2018.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa.* - 4. Ed. - São Paulo: Atlas, 2002.

FARIAS, P. A. M. D., MARTIN, A. L. D. A. R., CRISTO, C. S. *Aprendizagem Ativa na Educação em Saúde: Percurso Histórico e Aplicações.* Revista Brasileira de Educação Médica, p.143-158, 2015.

FRANÇA, T. *Análise da Política de Educação Permanente do SUS (PEPS) implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES).* Rio de Janeiro: IMS/UERJ, ObservaRH, 341p, 2016.

FONSECA, J. J. S. *Metodologia da pesquisa científica.* Fortaleza: UEC, 2002. Apostila. Disponível em: <www.ia.ufrj.br/ppgea/conteudo/conteudo-2012-1/1SF/.../apostilaMetodologia.pdf>. Acesso em 11 de março de 2017.

MACÊDO, N. B. D., ALBUQUERQUE, P. C. D. e MEDEIROS, K. R. D. *O Desafio da Implementação da Educação Permanente na Gestão da Educação na Saúde.* Rio de Janeiro: Trabalho, Educação e Saúde, v. 12, n.2, p. 379-401, maio/ago. 2014.

MORAES, K.G. e DYTZ, J.L.G. *Política de Educação Permanente em Saúde: análise de sua implementação.* ABCS Health Sci, 2015.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. *Plano Diretor de Regionalização do SUS/PE.* Recife, 2011.

SANTOS, A. M. D. e GIOVANELLA, L. *Governança Regional: estratégias e disputas para gestão em saúde.* Revista de Saúde Pública, 2014, v.48, n. 4, p.622-631.

SILVEIRA, D. T. e CÓRDOVA, F. P. A Pesquisa Científica. In: GERHARDT, T. E. e SILVEIRA, D. T. (Org.) *Métodos de pesquisa*. Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.