



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS
DEPARTAMENTO DE ESTUDOS INTERDISCIPLINARES

LUIZ WANDERLEY LIMA FILHO

**A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: UMA ANÁLISE DA
IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO CEARENSE DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM
SAÚDE (2019-2022)**

FORTALEZA

2019

LUIZ WANDERLEY LIMA FILHO

A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: UMA ANÁLISE DA
IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO CEARENSE DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM
SAÚDE (2019-2022)

Monografia submetida à Coordenação o Curso de Gestão de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, como requisito obrigatório para a obtenção do grau de Bacharel em Gestão de Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Julio Alfredo Racchumi Romero.

FORTALEZA

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Filho, Luiz Wanderley Lima.

A Política de Educação Permanente em Saúde : uma análise da implementação do Plano Cearense de Educação Permanente em Saúde(2019-2022) / Luiz Wanderley Lima Filho. – 2019.
55 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências Agrárias, Curso de Gestão de Políticas Públicas, Fortaleza, 2019.
Orientação: Prof. Dr. Julio Alfredo Racchumi Romero.

1. SUS. 2. Educação Permanente em Saúde. 3. Políticas Públicas. 4. Implementação. I. Título.
CDD 320.6

LUIZ WANDERLEY LIMA FILHO

A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: UMA ANÁLISE DA
IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO CEARENSE DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM
SAÚDE (2019-2022)

Monografia submetida à Coordenação do Curso de Gestão de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, como requisito obrigatório para a obtenção do grau de Bacharel em Gestão de Políticas Públicas.

Aprovada em: _____/_____/_____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Julio Alfredo Racchumi Romero
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Francisca Silvânia de Sousa Monte
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Breno Aloisio Torres Duarte de Pinho
Universidade Federal do Ceará (UFC)

AGRADECIMENTOS

A Deus, por iluminar meu caminho nessa jornada e conceder todas as condições necessárias para a realização dessa fase da minha vida.

À minha família, por estar sempre compartilhando amor e apoio desde sempre, em especial à minha mãe, por sempre distribuir amor, esperança e por ser exemplo de perseverança, ao meu pai, por tudo que tem me proporcionado e pelo carinho incondicional, aos meus irmãos Vanderlucy, Vanderlyne e Wagner, por serem meus pilares na vida, e aos meus sobrinhos(as) Sophia, Duda e Kaleb, por trazerem amor e esperança na minha vida e por seus sorrisos encantadores.

À minha noiva, Karen Kappaun, por ser luz na minha vida e por me apoiar durante a construção desse trabalho, e aos seus, Pais, Cátia e Reuben, pelo carinho, cuidado e atenção.

Ao Professor Julio Alfredo Romero, pela orientação, pelo exemplo de profissional e por todos os ensinamentos que pretendo colocar em prática durante minha carreira.

À Universidade Federal do Ceará, por todos os desafios propostos e as possibilidades que me fizeram evoluir como ser humano durante todos esses anos.

Ao programa de extensão Centro de Empreendedorismo Inovador, por me proporcionar momentos desafiantes e de muito aprendizado.

Aos professores Breno Aloisio Torres Duarte de Pinho e Francisca Silvânia de Sousa Monte, por terem aceito o convite para participar de minha banca, declaro profunda admiração pelo profissionalismo, dedicação e compromisso para com o corpo discente do curso.

Aos meus colegas de turma 2015.1, que se tornaram inesquecíveis, agradeço pelos nossos momentos de imensa alegria e aprendizado, que foram momentos únicos que vivi intensamente.

Aos meus amigos de turma, Saul Garcia, Aline Lima, Inaiê Camargo, João Neto, Lohana Lemos, Felipe Takahashi e Lucas Abreu, que desde o início do curso estiveram presentes no meu cotidiano, e que durante todos esses anos me permitiram compartilhar momentos incríveis, admiro muito cada um de vocês e quero sempre tê-los por perto.

Aos meus amigos de outros semestres, Amon Elpídio, Carlos César, Débora Almeida e Andressa Venâncio, por todos os momentos inesquecíveis que vivemos juntos, por estarem presente na minha vida e por todo o apoio nesse momento.

RESUMO

No Brasil, a saúde é um direito social previsto na Constituição Federal de 1988, tendo como princípios o acesso integral, universal e igualitário à toda sociedade brasileira. As políticas públicas que são implementadas na área da saúde pública desencadeiam múltiplas propostas para que os objetivos constitucionais, em torno da saúde, sejam viabilizados. Dentro desse ecossistema da saúde pública brasileira, encontra-se a Política de Educação Permanente em Saúde (PEPS), que atua para a formação e desenvolvimento de trabalhadores do SUS. A PEPS é desenvolvida em âmbito nacional, estadual e municipal. Debater pontos que revelem fatores determinantes no processo de elaboração, execução e avaliação de ações do Estado para a sociedade, é essencial para compreender suas limitações e seus avanços mediante a atuação da política para seu público-alvo. Este trabalho tem como objetivo analisar a implementação do Plano Cearense de Educação Permanente em Saúde (PCEPS), a partir do modelo analítico Anatomia do processo geral de implementação. Visando o cumprimento dos objetivos pretendidos, a proposta metodológica empregada na pesquisa é qualitativa e exploratória, e delinea-se como bibliográfica e documental. O modelo analítico aplicado na pesquisa é a “Anatomia do processo geral de implementação”, a partir da contextualização acerca da elaboração, atores envolvidos e propósitos do PCEPS, correlacionando-se às dimensões analíticas da referida metodologia e aos aspectos observados no plano. Obtêm-se reflexões sobre as facilidades e impedimentos da implementação do PCEPS. Entre os resultados obtidos, observam-se algumas fragilidades em torno dos mecanismos do PCEPS para implementação, principalmente dado o caráter permanente da temática junto ao SUS, como: a falta de transparência sobre informações acerca dos mecanismos de acompanhamento e avaliação.

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde. Implementação de Políticas Públicas. Políticas Públicas. SUS.

ABSTRACT

In Brazil, health is a social right provided for in the Federal Constitution of 1988, having as principles the integral, universal and equal access to all Brazilian society. Public policies that are implemented in the area of public health trigger multiple proposals to make the constitutional goals around health possible. Within this Brazilian public health ecosystem is the Permanent Health Education Policy (PEPS), which acts to train and develop SUS workers. PEPS is developed at national, state and municipal levels. Discussing points that reveal determinant factors in the process of elaboration, execution and evaluation of State actions for society is essential to understand its limitations and advances through the policy action for its target audience. This paper aims to analyze the implementation of the Permanent Health Education Plan (PCEPS) of Ceará State, from the Anatomy analytical model of the general implementation process. Aiming at the fulfillment of the intended objectives, the methodological proposal employed in the research is qualitative and exploratory, and is outlined as bibliographic and documentary. The analytical model applied in the research is the “Anatomy of the general implementation process”, from the contextualization about the elaboration, actors involved and purposes of the PCEPS, correlating the analytical dimensions of the referred methodology and the aspects observed in the plan. Reflections on the facilities and impediments to the implementation of PCEPS are obtained. Among the results obtained, there are some weaknesses around the mechanisms of the PCEPS for implementation, especially given the permanent nature of the theme with the SUS, such as: the lack of transparency about information about the monitoring and evaluation mechanisms.

Keywords: Public policy Implementation. Permanent Health Education. Public policy. SUS.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Principais ações Governamentais para a Saúde Pública durante Século XX.....	18
Quadro 2 - Distribuição das competências federativas no SUS entre União, Estados e Municípios.....	23
Quadro 3 - Documentos vinculados a elaboração, institucionalização, implementação, e avaliação da Política Educação Permanente em Saúde.....	28
Quadro 4 - Plano Cearense de Educação Permanente em Saúde – Eixos, projetos e objetivos	41
Quadro 5 - Caracterização dos cenários de prática por macrorregião de saúde do Estado do Ceará.....	46

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - O Quadrilátero da Educação Permanente em Saúde.	27
Figura 2 - Da avaliação de processos aos sistemas da implementação.	37
Figura 3 - Fases e ações do Plano Cearense de Educação Permanente em Saúde em relação ao ciclo das políticas públicas.	38
Figura 4 - Organização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde instituída pela Portaria 1996/2007.	38
Figura 5 - Mapa das macrorregiões de saúde do Estado de Ceará.	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
CDROM	Compact Disc Read - Only Memory
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CESAU	Conselho Estadual de Saúde
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
CF	Constituição Federal
CIES	Comissão de Integração de Ensino-Serviço
CLAD	Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz
EPS	Educação Permanente em Saúde
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GM	Gabinete do Ministro
IAP	Institutos de Aposentadoria e Pensão
IE	Instituição de Ensino
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira Legislação e Documentos
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NOB-RH	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde

PAIS	Programa de Ações Integradas de Saúde
PAREPS	Plano de Ação Regional para a Educação Permanente em Saúde
PCEPS	Plano Cearense de Educação Permanente em Saúde
PEEPS	Política Estadual de Educação Permanente em Saúde
PEPS	Política de Educação Permanente em Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PRO EPS-SUS	Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação em Saúde no SUS
PUC-SP	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência
SESA-CE	Secretaria Estadual de Saúde - Ceará
SIMPAS	Sistema Nacional e Previdência Social
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, do Ministério da Saúde
SUDS	Sistema Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	O ESTADO BRASILEIRO E A SAÚDE: O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	15
2.1	O Estado e o caminho da saúde pública brasileira.	15
2.2	Direito à saúde no Brasil	20
2.3	O Sistema Único de Saúde	22
3	A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (PEPS)	25
3.1	Educação Permanente em Saúde (EPS)	26
4	POLÍTICAS PÚBLICAS	29
4.1	Políticas públicas: contexto e conceitos	29
4.1.1	O ciclo das políticas públicas.....	30
4.1.2	Análise do processo de implementação	31
4.1.3	Monitoramento e Avaliação	33
5	A IMPLEMENTAÇÃO DA PEPS NO CEARÁ: DESAFIOS E POSSIBILIDADES	35
5.1	Análise do Plano Cearense de Educação Permanente em Saúde (PCEPS), a partir da anatomia do processo geral de implementação.....	38
5.2	Resultados Observados - facilidades e impedimentos da implementação do PCEPS.....	42
5.2.1	Sistema gerencial e decisório.....	43
5.2.2	Processos de divulgação e informação.....	43
5.2.3	Processos de seleção de agentes implementadores e ou de beneficiários	43
5.2.4	Processos de capacitação de agentes e ou beneficiários	44
5.2.5	Sistemas logísticos e operacionais (atividade-fim)	44
5.2.6	Processos de monitoramento e avaliação internos	44
5.3	Outros resultados	44
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
	REFERÊNCIAS	51

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a saúde é um direito social previsto na Constituição Federal de 1988, tendo como princípios o acesso integral, universal e igualitário à toda sociedade brasileira. Universal porque atende a todos brasileiros, sem qualquer impedimento, tornando alcançável as ações e serviços de saúde aos que delas necessitam. Igualitário, porque visa que o acesso seja para todos, sem distinções. Integral, devido ser uma atenção pensada para a promoção, proteção e recuperação da saúde, objetivando contemplar o indivíduo em sua totalidade.

As políticas públicas que são implementadas na área da saúde pública têm desencadeado múltiplas propostas para que os objetivos constitucionais em torno da saúde sejam viabilizados. Dentro desse ecossistema da saúde pública brasileira, encontra-se a Política de Educação Permanente em Saúde (PEPS), que é o foco deste estudo e foi instituída através da portaria nº 198 do Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde (GM/MS), em 13 de fevereiro de 2004, tornando-se a estratégia adotada, pelo Estado, para a formação e desenvolvimento de trabalhadores do SUS. A PEPS é desenvolvida em âmbito nacional, estadual e municipal, e tem como premissa “articular as necessidades dos serviços de saúde, as possibilidades de desenvolvimento dos profissionais, a capacidade resolutiva dos serviços de saúde e a gestão social sobre as políticas públicas de saúde” (BRASIL, 2007, n.p.).

Para que o processo de implementação da PEPS fosse viabilizado, o governo federal lançou o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação em Saúde no SUS (PRO EPS-SUS), por meio da Portaria GM/MS nº 3.194, de 28 de novembro de 2017, formalizado após encontros em oficinas que ocorreram em todo o Brasil, instituindo assim, estratégias e “incentivo de custeio para a elaboração de Planos Estaduais de Educação Permanente em Saúde (PEEPS) [...]” (BRASIL, 2018, p. 23). Durante o ano de 2018, o Estado do Ceará, através da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA), desenvolveu um amplo processo de articulação com atores-chaves, gestores, Instituições de Ensino (IE), trabalhadores do SUS e o controle social, em todas as macrorregiões de saúde do Ceará, elaborando o Plano Cearense de Educação Permanente em Saúde (PCEPS), para pactuar as demandas de Educação Permanente em Saúde (EPS), com vigência de 4 anos (2019-2022).

Debater pontos que revelem fatores determinantes no processo de elaboração, execução e avaliação de ações do Estado para a sociedade é essencial para compreender suas limitações e seus avanços mediante a atuação da política no seu público-alvo. Na formulação de um plano, indica-se o desenvolvimento de estratégias para solucionar problemas dentre um

conjunto de alternativas propostas, proporcionando um arcabouço instrucional, normativo e metodológico. Porém, a vinculação direta entre as medidas adotadas no plano e o sucesso na implementação não são garantidas. Dessa forma, reflete-se no presente trabalho sobre a existência de elementos no (PCEPS), que possibilitem condições para o êxito da implementação da política no Estado do Ceará, a partir dos pressupostos metodológicos da anatomia do processo geral de implementação.

Para tanto, foram traçados três objetivos específicos: *(i)* caracterizar o percurso da política de saúde no Brasil e a formação do SUS; *(ii)* descrever a Política de Educação Permanente em Saúde e; *(iii)* analisar a implementação do Plano Cearense de Educação Permanente em Saúde (2019-2022), a partir do arcabouço teórico das políticas públicas.

A proposta metodológica empregada na pesquisa é qualitativa e exploratória, pois busca revelar desafios intrínsecos do processo de implementação da PEPS no Ceará. A pesquisa delinea-se como bibliográfica e documental, uma vez que se utilizará de levantamento de informações e dados, consultas aos marcos legais relacionados à política, manuais técnicos, relatórios governamentais, relatórios gerenciais, livros e pesquisas acadêmicas.

Através da pesquisa exploratória, almeja-se estabelecer proximidade com o propósito do objeto principal da pesquisa. Köche (1997, p. 126) indica que, "nesse caso é necessário desencadear um processo de investigação que identifique a natureza do fenômeno e aponte as características essenciais das variáveis que se deseja estudar." Lakatos e Marconi (1985, p. 86, *apud* FERNANDES; GOMES, 2003, p. 7), entendem a pesquisa exploratória como uma lacuna do estudo de campo baseado nas seguintes finalidades: “desenvolver hipóteses, aumentar a familiaridade do pesquisador com um ambiente, fato ou fenômeno para a realização de uma pesquisa futura mais precisa ou modificar e clarificar conceitos”.

Segundo Gil (2002), a pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de trabalhos pretéritos já consolidados, tais como livros, teses, artigos e publicações periódicas; a pesquisa documental, apesar de grande semelhança, distingue-se pelo o material, como por exemplo documentos oficiais, dados estatísticos, legislações entre outros, ou seja, informações que ainda não receberam tratamentos analíticos. Assim, realizou-se levantamentos de informações e dados, consultas aos marcos legais relacionados à política, manuais técnicos, relatórios governamentais, relatórios gerenciais e pesquisas acadêmicas.

Visando o cumprimento dos objetivos pretendidos de acordo com o percurso metodológico proposto, houve, inicialmente, uma contextualização do cenário político-administrativo que permeou a formação da política de saúde no Brasil. Em seguida, se discutiu-

se a destinação e as garantias legais de acesso do público-alvo à política. Dando sequência, destacou-se, dentro das inúmeras ações da política de saúde, a PEPS, seus conceitos e princípios. No intuito de delimitar a análise, limitou-se o estudo ao âmbito do Estado do Ceará, a partir da utilização do PCEPS, como texto institucional que alicerçou a análise da pesquisa.

Para desenvolver esse processo analítico, o estudo organizou-se em quatro capítulos. Inicialmente, detalhou-se as características do Estado brasileiro, em aspectos administrativos e políticos, a partir do século XX, argumentando-se como este se organizava para promover políticas de saúde para a sociedade. Objetivou-se, nessa explanação inicial, discutir elementos básicos da administração pública para conformação do Sistema Único de Saúde (SUS), e seus princípios.

O capítulo seguinte analisou a PEPS, descortinando elementos que possibilitaram o entendimento de sua estrutura a partir de aspectos conceituais e normativos relacionados ao desenho da política. Para tanto, a pesquisa debruçou-se sobre a área governamental, na perspectiva analítica, discutindo a política de Estado (no sentido de ação permanente) da área da saúde, tendo como objeto a PCEPS, para o quadriênio 2019-2022.

A pesquisa foi direcionada através de bases teórico-conceituais, nas prerrogativas legais, bem como no arranjo institucional proposto para a implementação da política. Assim, buscou-se um aprofundamento do estudo da PEPS sobre pontos que permitiram compreender a atuação desta no Estado do Ceará, observando o plano local de execução da política mais recente, a PCEPS (2019-2022).

O quarto capítulo referiu-se aos conceitos do campo das políticas públicas, tendo em vista sua contextualização. Nele foi destacado o modelo teórico-analítico do ciclo das políticas públicas, dividido nas seguintes etapas: definição dos problemas, formação da agenda, formulação, implementação, monitoramento e avaliação. Assim, enfatizou-se a etapa de implementação, dada sua relação direta com os modelos teórico-analíticos adotados nesse estudo.

No quinto capítulo realizou-se a investigação sobre os desafios da fase de implementação da PEPS no Ceará, em seu contexto mais recente de planejamento (PCEPS 2019-2022). Para tanto, foram percebidas diversas reflexões suscitadas por Draibe (2001), no trabalho intitulado “Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas” (BARREIRA; CARVALHO, 2001).

2 O ESTADO BRASILEIRO E A SAÚDE: O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Para contextualizar o Estado brasileiro no seu papel frente a atual estratégia para promover saúde à população brasileira, resolveu-se debater elementos da trajetória da Política de Saúde no Brasil que antecedeu a atual estrutura do SUS, bem como assimilar seu percurso em aspectos essenciais e em momentos distintos da administração pública brasileira. Admitiu-se essa discussão para apreender elementos básicos da administração pública e seu papel para a conformação do SUS.

Apreciou-se, inicialmente, um conjunto de fatores que caracterizam a organização do Estado frente as demandas de saúde da sociedade brasileira, com foco no Estado enquanto protagonista das ações de saúde pública, a partir dos anos 1930 até 1980, período em que se inicia uma movimentação para a conformação da Constituição Federal de 1988. Posteriormente, apontou-se como a saúde passa a ser um direito social, e como isso afeta a administração pública frente a uma movimentação de reforma do Estado. Assim, após perpassar tais argumentações postas anteriormente, expôs-se o SUS, e como este se organiza para efetivar a saúde no Brasil atualmente.

2.1 O Estado e o caminho da saúde pública brasileira.

A saúde pública no Brasil, no século XVIII, era basicamente regida por ações filantrópicas e por iniciativas privadas com fins lucrativos. A administração portuguesa do período colonial brasileiro, voltava-se para uma organização do espaço social dedicada ao combate a fatores determinantes de doenças “agindo dentro de uma perspectiva mais de combater o mal do que o de cultivar um bem. A saúde não [aparecia] como algo que [pudesse] ser produzida, incentivada, organizada, aumentada; só percebida negativamente por causa da realidade representada pela doença” (GALVÃO, 2009, p. 10). Essas características da saúde pública passaram a se transformar somente no século XIX, quando surgiram iniciativas de campanhas com foco em problemas específicos, provocadas pelo contexto de modificações econômicas e políticas (BRAVO, 2008).

O Estado brasileiro, no início do século XX, caracteriza-se por sua administração burocrática, dominada por oligarquias que promoviam decisões sem critérios racionais-legais, utilizando-se do aparelho estatal como meio de construir mecanismos que favoreciam parcelas específicas da sociedade, sobretudo as elites, sem traçar, nas ações estatais, mecanismos

assertivos que distinguíssem o que era público e o que era privado, mostrando-se um Estado patrimonialista (BRESSER-PEREIRA, 2001).

As ações estatais do governo central, nesse período, não estabeleceram políticas de saúde pública de forma programática e periódica. Hochman (1993) destaca diversos aspectos das relações entre a saúde pública e o Estado brasileiro nesse período. Para o autor:

[...] os problemas de saúde pública, pelo menos até a década de 1910, não eram priorizados na agenda política do país, a não ser nos foros especializados, como Academia Nacional de Medicina (ANM) e o Instituto Oswaldo Cruz, numa florescente imprensa médica. De um modo geral, apenas em situações de crise sanitária, como na ocorrência de epidemias urbana, o tema da saúde ganhava espaço na tribuna da Câmara Federal ou numa Mensagem Presidencial. (HOCHMAN, 1993, p. 47).

As ações do Estado, no início do século XX, espelhavam seu autoritarismo, gerando, muitas vezes, oposição por parte da sociedade. Uma das ações mais emblemáticas da história ocorreu em 1904, e ficou conhecida como a Revolta da Vacina¹ (BRAGA; PAULA, 1981).

Segundo Paim *et al.* (2011, p. 14) “o modelo de intervenção do Estado brasileiro na área social data das décadas de 1920 e 1930, quando os direitos civis e sociais foram vinculados à posição do indivíduo no mercado de trabalho”.

O Estado Novo (1930-1945) constituiu-se em um novo momento na história da administração pública brasileira sobre a égide de uma administração burocrática e um Estado autoritário, porém, redesenhando-se para uma sociedade urbano-industrial; diminuiu-se a autonomia dos Estados federados na execução das políticas sociais. Durante esse período, a Saúde Pública foi institucionalizada através do Ministério da Educação e Saúde Pública, através de ações, que se prorrogaram até 1960, dedicadas a desenvolver condicionamento sanitário mínimo para os residentes urbanos e, de forma limitada, para o campo (MEDEIROS, 2001; PAIM, *et al.*, 2011; BRAVO, 2008).

¹ “Em meados de 1904, chegava a 1.800 o número de internações devido à varíola no Hospital São Sebastião. Mesmo assim, as camadas populares rejeitavam a vacina, que consistia no líquido de pústulas de vacas doentes. [...] o uso de vacina contra a varíola foi declarado obrigatório para crianças em 1837 e para adultos em 1846. Mas essa resolução não era cumprida [...]. Então, em junho de 1904, Oswaldo Cruz motivou o governo a enviar ao Congresso um projeto para reinstaurar a obrigatoriedade da vacinação em todo o território nacional. [...] Isso serviu de catalizador para um episódio conhecido como Revolta da Vacina. O povo, já tão oprimido, não aceitava ver sua casa invadida e ter que tomar uma injeção contra a vontade: ele foi às ruas da capital da República protestar. Mas a revolta não se resumiu a esse movimento popular. [...] estudantes aos gritos foram reprimidos pela polícia. No dia 11, já era possível escutar troca de tiros. No dia 12, havia muito mais gente nas ruas e, no dia 13, o caos estava instalado no Rio. “Houve de tudo ontem. Tiros, gritos, vaias, interrupção de trânsito, estabelecimentos e casas de espetáculos fechadas, bondes assaltados e bondes queimados, lampiões quebrados à pedrada, árvores derrubadas, edifícios públicos e particulares deteriorados”, dizia a edição de 14 de novembro de 1904 da Gazeta de Notícias”. (BRASIL, 2005, n.p.).

Importante destacar o período que, conforme Braga e Paula (1981 *apud* GERSCHMAN; SANTOS, 2006, p. 181):

As corporações e os sindicatos cresceram e ampliaram a proteção social para novas camadas de trabalhadores até o golpe de 1964, quando os trabalhadores foram afastados da arena política, com uma concomitante quebra do padrão corporativo estatal da prestação de serviços de saúde.

Logo após o golpe militar de 1964, o novo governo instituído passa a reformular sua estrutura para a área da saúde. No governo Geisel, em 1970, foram implementadas ações voltadas para a expansão da cobertura com foco nos serviços ofertados pelo setor privado, com reformas e criação de hospitais, bem como incentivos fiscais para empresas que atuavam em assistência médica. Destaca-se, como ação do governo, à época, o Programa Nacional de Imunização e o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (BRAVO, 2008; PAIM *et al.*, 2011).

Entre a década de 70 e início da década de 80, percebe-se um desenvolvimento do ensino médico com foco nas tecnologias propostas pela indústria farmacêutica e dos novos equipamentos médico-hospitalares, concomitantemente, entretanto, ocorre um distanciamento da formação médica vinculada à realidade sanitária da população, acompanhado de um emergente avanço da área de serviços médicos protagonizados por empresas centradas em uma lógica capitalista (LUZ, 1991).

O Estado brasileiro, após o período conhecido como o milagre econômico (elevado crescimento econômico experimentado entre 1969 e 1973), desencadeia uma crise derivada do endividamento externo, tendo o seu ápice no início da década de 1980. Segundo Ometto, Furtuoso e Silva (1995, p. 405) a crise “[...] reflete-se em desequilíbrios internos que impactam desfavoravelmente na situação econômica da população principalmente através da queda dos níveis de emprego (e crescimento da proporção de trabalhadores sem vínculos formais)”.

Com o novo contexto econômico, o Estado produziu resultados insatisfatórios em suas políticas sociais. Com o intuito de fazer frente ao modelo de política de saúde exercido durante o regime militar, ocorreram diversas mobilizações no Brasil durante o final da década de 1970. Pesquisadores, discentes e docentes de Saúde Pública, sindicatos, grupos da sociedade civil organizada, protagonizaram ações reivindicatórias contra o modelo de saúde vigente, bem como ampliaram a discussão sobre a concepção política e ideológica da saúde brasileira (LUZ, 1991; PAIM, *et al.*, 2011).

O caminho percorrido pelo Estado brasileiro entre 1920 e 1980, mostra ações governamentais em prol da saúde pública com estratégias distintas entre as décadas, porém, o

foco do Estado estava no crescimento econômico, em contexto mundial, por meio da industrialização. Assim o desenvolvimento de políticas sociais só se destinava a fortalecer este propósito, como explica Bacelar (2003):

Não era um Estado de Bem-Estar Social. O Estado era o promotor do desenvolvimento e não o transformador das relações da sociedade. [...] O essencial das políticas públicas estava voltado para promover o crescimento econômico, acelerando o processo de industrialização, o que era pretendido pelo Estado brasileiro, sem a transformação das relações de propriedade na sociedade brasileira. (BACELAR, 2003, p. 2).

No início da década de 1980, o Brasil passou por um amplo processo de redemocratização após o regime militar imposto em 1964, tendo sua primeira eleição direta para governador de estado, em 1982, configurando-se em um novo momento político para a sociedade brasileira, no esforço de demonstrar ações governamentais vinculadas direta ou indiretamente à saúde pública, quer através de legislações, programas ou políticas públicas. O quadro abaixo descreve sucintamente algumas das estratégias adotadas pelo governo brasileiro em relação às ações de saúde durante o século XX.

Quadro 1 - Principais ações Governamentais para a Saúde Pública durante Século XX.

Ano	Ação Estatal	Características
1923	Caixas de Aposentadorias e Pensão	Em um contexto de rápido processo de industrialização e acelerada urbanização, a lei vem apenas conferir estatuto legal a iniciativas já existentes de organização dos trabalhadores por fábricas, visando garantir pensão em caso de algum acidente ou afastamento do trabalho por doença, e uma futura aposentadoria.
1932	Institutos de Aposentadorias e Pensão (IAPs)	Foram criados no Estado Novo de Getúlio Vargas. Os IAPs podem ser visto como resposta, por parte do Estado, às lutas e reivindicações dos trabalhadores no contexto de consolidação dos processos de industrialização e urbanização brasileiros.
1965	Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)	Resultou da unificação dos IAPs, no contexto do regime autoritário de 1964, vencendo as resistências a tal unificação por parte das categorias profissionais que tinham institutos mais ricos. O INPS consolida o componente assistencial, com marcada opção de compra de serviços assistenciais do setor privado, concretizando o modelo assistencial hospitalocêntrico, curativista e médico-centrado[...].
1977	Sistema Nacional e Previdência Social (SIMPAS) e; Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social	Em 1977 foi criado o Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS), e, dentro dele, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que passa a ser o grande órgão governamental prestador da assistência médica – basicamente à custa de compra de serviços médico-hospitalares e especializados do setor privado.

Continua

Ano	Ação Estatal	Características
1982	Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS)	[...] o PAIS, que dava particular ênfase na atenção primária, sendo a rede ambulatorial pensada como a “porta de entrada” do sistema. [...] Propunha a criação de sistemas de referência e contra-referência e a atribuição de prioridade para a rede pública de serviços de saúde, com complementação pela rede privada, após sua plena utilização; previa a descentralização da administração dos recursos; simplificação dos mecanismos de pagamento dos serviços prestados por terceiros e seu efetivo controle; racionalização do uso de procedimentos de custo elevado; e estabelecimento de critérios racionais para todos os procedimentos. Viabilizou a realização de convênios trilaterais entre o Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social e Secretarias de Estado de Saúde, com o objetivo de racionalizar recursos utilizando capacidade pública ociosa.
1986	VII Conferência Nacional de Saúde	A realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, [...] e consagrou uma concepção ampliada de saúde e o princípio da saúde como direito universal e como dever do Estado; princípios estes que seriam plenamente incorporados na Constituição de 1988.
1987	Sistema Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS)	[...] tinham como principais diretrizes: universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde; integralidade dos cuidados assistenciais; descentralização das ações de saúde; implementação de distritos sanitários. Trata-se de um momento marcante, pois, pela primeira vez, o Governo Federal começou a repassar recursos para os estados e municípios ampliarem suas redes de serviços, renunciando a municipalização que viria com o SUS.
1988	Constituição Federal “Constituição Cidadã”	Em 1988, foi aprovada a “Constituição Cidadã”, que estabeleceu a saúde como “Direito de todos e dever do Estado” e apresenta, na sua Seção II, como pontos básicos: “as necessidades individuais e coletivas são consideradas de interesse público e o atendimento um dever do Estado; a assistência médico-sanitária integral passa a ter caráter universal e destina-se a assegurar a todos o acesso aos serviços; estes serviços devem ser hierarquizados segundo parâmetros técnicos e a sua gestão deve ser descentralizada.”
1990	Sistema Único de Saúde (SUS)	Criação do Sistema Único de Saúde (SUS) se deu através da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”.

Fonte: Adaptado de (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2009).

Pode-se observar que a questão político-social estava fortemente entrelaçada às ações do Estado em torno da saúde, todavia, questões como a industrialização e a urbanização, foram tratadas acima da saúde, principalmente com as recentes relações de trabalho implantadas no período. As caixas de aposentadoria e pensão, não abarcavam boa parte dos trabalhadores, dedicando-se basicamente aos ferroviários e, posteriormente, aos portuários e marítimos, deixando de cobrir os trabalhadores das pequenas empresas, uma vez que essas não arrecadavam recursos suficientes para montar e gerir uma caixa de aposentadoria e pensão.

A criação dos IAPs, em um cenário de reivindicações por parte dos trabalhadores, provocou mudanças, pois os trabalhadores agora estavam organizados, não mais por empresa, mas, por categoria profissional (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005; DELGADO, 2001).

Logo após o golpe militar, em 1966, o regime vigente impôs as juntas interventoras no lugar dos conselhos administrativos, promovendo intervenções nos IAPs. Na sequência, ocorreu a junção dos seis IAPs, a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social e o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU) e a implantação do INPS (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005). Nos anos seguintes, o governo expôs claramente sua preferência pela medicina curativista, ou seja, a abordagem da medicina que trabalha somente com procedimentos visando sanar a doença, e não no sentido de preveni-la, “ao passo em que se vivia a década de maior crescimento da economia brasileira, o Ministério da Saúde tornou-se muito mais um órgão normativo do que um executor de política de saúde no Brasil” (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005, p. 161).

Decorrente do contexto de modificações descrito durante a década de 1970, a recessão econômica ocasionou o desequilíbrio do financiamento da previdência social. Tal fato, resultou em agravamento do modelo de política de saúde, à época. No referido período, a indignação da população brasileira cresce, sendo este um dos motes que entusiasmaria o movimento pela reforma sanitária, no decorrer da década de 1980 (CUNHA, 2017).

2.2 Direito à saúde no Brasil

Devido ao contexto político da década de 1980, antes de efetivamente ter-se a promulgação da Constituição Federal de 1988, os movimentos sociais anteriormente citados, fortaleceram-se em busca de conceber novas perspectivas para as políticas públicas de saúde. O movimento pela reforma sanitária agigantou-se junto com a proposta de um redesenho constitucional aclamado por boa parte da sociedade brasileira. O movimento sanitário emergiu como uma nova proposta paradigmática sobre a organização da saúde, Teixeira (1987) reforça que o movimento desenvolveu:

Uma leitura socializante da problemática evidenciada pela crise da medicina mercantilizada, bem como da sua ineficiência, enquanto possibilidade de organização de um sistema de saúde capaz de responder às demandas prevalentes, organizado de forma democrática em sua gestão e administrado com base na racionalidade do planejamento. (TEIXEIRA, 1987, p. 95).

O movimento da reforma sanitária estabeleceu pontos de convergência não só com os profissionais da saúde, mas, passou a articular ações e estratégias com “parlamentares progressistas, gestores de saúde municipal e outros movimentos sociais” (PAIM, *et al.* 2011, p. 18). O debate sobre saúde pública amplia-se para a questão política e do direito, sendo este um dos motivos primordiais, bem como a mudança dos mecanismos institucionais e a mudança dos marcos legais. Instituir um diálogo politizado para aprofundar a consciência sanitária foi a primeira ação a ser efetivada para garantir apoio para as mudanças e inclusão de demandas na agenda governamental (BRAVO, 2008; TEIXEIRA, 1987).

A nova estrutura legal formalizada pela Constituição Federal de 1988 possibilitou diversas modificações nas ações governamentais, sob aspectos político-administrativos. Dessa forma, diminuiu-se, significativamente, o papel do setor privado na prestação de serviços de saúde, passando este a atuar apenas de forma complementar. A descentralização que “sustentasse em um desenho institucional [...] buscava garantir a institucionalização de governos subnacionais e da população, via conselhos de saúde [...]” (GERSCHMAN; SANTOS, 2006, p. 183).

No início da década de 1990, o Estado brasileiro norteia suas estratégias a partir de duas vertentes ligadas a reestruturação, sendo a primeira fortemente relacionada com a nova fase proposta pela reforma constitucional, com a ampliação dos direitos e redesenho da legislação ordinária. A segunda, relacionou-se à parte técnico-administrativa, motivada fortemente pela crise financeira. Dessa forma, o Estado brasileiro executou um conjunto de ações na tentativa de romper com o modelo burocrático, e iniciou uma reforma administrativa para implementar o novo modelo Gerencial² (CARNEIRO JÚNIOR; ELIAS, 2003).

As reformas setoriais exploradas nos países em desenvolvimento na década de 1990, sobre a égide dos pacotes de ajuste macroeconômico em sua maioria influenciados pelos organismos multilaterais, como o Banco Interamericano de Desenvolvimento e Banco Mundial, apresentavam elementos similares para a área da saúde, tais como transformação das normas de financiamento, participação de agentes públicos e privados e separação das funções de financiamento, provisão e regulação (ALMEIDA, 2000).

² A origem da vertente da qual deriva a administração pública gerencial brasileira está ligada ao intenso debate sobre a crise de governabilidade e credibilidade do Estado na América Latina durante as décadas de 1980 e 1990. Esse debate se situa no contexto do movimento internacional de reforma do aparelho do Estado, que teve início na Europa e nos Estados Unidos. Para uma melhor compreensão desse movimento, é preciso levar em consideração que ele está relacionado com o gerencialismo, ideário que floresceu durante os governos de Margareth Thatcher e de Ronald Reagan (PAULA, 2005).

Assim, cabe destacar que a absorção da nova concepção de política de saúde proposta pela reforma sanitária brasileira nos anos 1980, foi estruturada na contracorrente das convergências hegemônicas de reformas dos Estados nos anos 1980. “A efetivação do direito à saúde, principalmente no contexto brasileiro, é uma luta constante para garantir e avançar nesses objetivos e fundamentos da República, portanto, não há dúvida que o direito à saúde é um direito de relevância pública” (CUNHA, 2017, p. 71).

O movimento pela reforma sanitária, obteve uma grande conquista em 1986, quando, na VIII a Conferência Nacional da Saúde (CNS)³, realizada em Brasília, de forma representativa, legitimou os anseios de grupos da sociedade frente ao modelo de política pública de saúde, divulgando um novo projeto para essa área (CUNHA, 2017).

Em 1988 foi promulgada a Constituição Federal. Seu processo de formação absorveu boa parte das demandas propostas pelo movimento sanitárista. Um dos principais aspectos relacionados à saúde na Constituição Federal de 1988 foi o artigo 196, que evidencia que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

O contexto político-administrativo do início dos anos 1990 evidenciava uma transição de um sistema fortemente centralizado, para um mais descentralizado. A descentralização, também como uma diretriz basilar do SUS, de certa forma foi poupada pela crescente abordagem neoliberal que permeava a década, evidenciando que “os ideais de democratização e de redução do tamanho do Estado [...]” favoreceram o avanço desse processo (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

2.3 O Sistema Único de Saúde

Após a consolidação de uma nova proposta de saúde pública, por meio da Constituição Federal de 1988, O SUS emergiu como uma nova proposta formulada e organizada para ser uma política de Estado, com isso, foi criada uma legislação específica para determinar

³ A 8ª Conferência, num a articulação bem diversa das anteriores, contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre as quais mil delegados. Representou, inegavelmente, um marco, pois introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade. Os debates saíram dos seus fóruns específicos (ABRASCO, CEBES, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento. A questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária (BRAVO, 2008, p. 9).

o ordenamento do SUS para atender a população brasileira (PAIM, 2009). Como resultado surgiram leis como a Lei 8.080 de 1990 dispõe sobre “as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes” (PAIM, 2009, p. 35).

O SUS norteia-se a partir de princípios e diretrizes que entende-se como princípios (ou princípios doutrinários), que são o acesso integral, universal e igualitário à saúde. Universal, porque atende a todos brasileiros, sem qualquer impedimento, alcançando, com as ações e serviços de saúde, aos que mais necessitados. Igualitário, porque preconiza que o acesso é para todos, sem distinções. Integral, devido ter uma atenção pensada para a promoção, proteção e recuperação da saúde, objetivando contemplar o indivíduo em sua totalidade (BRAVO, 2008; PAIM, 2009; BRASIL, 1988).

As diretrizes, também denominadas de princípios organizativos, são a descentralização, regionalização, hierarquização e participação social. A descentralização da gestão do sistema reflete a redistribuição do poder entre os governos federal, estadual e municipal. Ressalte-se que a gestão de cada esfera de governo possui autonomia e soberania em suas decisões e ações, respeitando a participação social e os demais princípios (PAIM, 2009).

A regionalização e a hierarquização viabilizam a distribuição dos estabelecimentos públicos de saúde em um determinado território, de tal maneira que o acesso aos serviços básicos seja mais pulverizado e descentralizado, e os mais especializados, mais centralizados e concentrados. Dessa forma, entende-se que esse modelo organizacional visa garantir o atendimento integral da população com a disposição de postos de saúde, laboratórios, ambulatórios, hospitais etc (PAIM, 2009).

Quadro 2 – Distribuição das competências federativas no SUS entre União, Estados e Municípios.

Esferas de Governo	Distribuição federativa de competências	
	Competências específicas de cada esfera	Competências comuns
União	<ul style="list-style-type: none"> - Formular, apoiar a implementação e avaliar as políticas prioritárias em âmbito nacional; - Elaborar o planejamento estratégico do SUS; - Coordenar sistemas de alta complexidade; - Coordenar sistemas de laboratórios de saúde pública, de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária; - Formular a política nacional de produção de insumos e equipamentos; - Promover a descentralização de ações e serviços de saúde; - Estabelecer e coordenar os sistemas nacionais de auditoria e ouvidoria. 	<ul style="list-style-type: none"> - Acompanhar, avaliar e divulgar o nível de saúde da população; - Administrar recursos orçamentários e financeiros; - Estabelecer padrões e mecanismos de controle e avaliação dos serviços de saúde;

Continua

Esferas de Governo	Distribuição federativa de competências	
	Competências específicas de cada esfera	Competências comuns
Estados	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a articulação sistêmica, o planejamento e coordenação regional das políticas, ações e serviços de saúde; - Monitor e avaliar as redes regionalizadas e hierarquizadas no SUS; - Elaborar e sistematizar os planos de médio e longo prazo no âmbito estadual; - Fornecer apoio técnico e financeiro aos Municípios nas ações de descentralização; - Coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros. 	<ul style="list-style-type: none"> - Organizar e coordenar sistemas de informação; - Elaborar e atualizar os planos de saúde; Relatório de Gestão, Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) e Programação Anual de Saúde (PAS). - Elaborar normas para regular as atividades dos serviços privados de saúde.
Municípios	<ul style="list-style-type: none"> - Planejar, organizar e avaliar a provisão local de serviços de saúde; - Gerenciar as unidades públicas de saúde; - Executar serviços de vigilância epidemiológica e sanitária, de alimentação e nutrição, de saneamento básico e de saúde do trabalhador; - Implementar a política de insumos e equipamentos em saúde; - Controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos; - Elaborar proposta orçamentária (Inciso X da Lei nº 8.080, de 1990).

Fonte: (BRASIL, 1990).

O quadro acima demonstra como está posta a descentralização das ações de saúde entre os entes federados, com a construção de um sistema integrado que possui um conjunto de obrigatoriedades, com responsabilidades distintas entre as esferas do governo, que, apesar de serem autônomas, denotam a articulação necessária para a execução da política em âmbito nacional, estadual e municipal (BRASIL, 2016).

3 A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (PEPS)

Após a contextualização do processo formativo da política de saúde brasileira durante o século XX até a concretização dos direitos sociais e as determinações organizativas para SUS através da Constituição Federal de 1988 e da lei ordinária 8.080 de 1990, a pesquisa se encaminhou para a reflexão e descrição da estratégia utilizada para os recursos humanos do SUS, tendo em vista o desafio de “transformar-se num modelo de atenção incluyente, com enfoque na saúde ampliada e familiar, invertendo, assim, a condição de um sistema condicionado à lógica curativa e individualista” (LAVRAS, 2014, p. 9).

“A Educação Permanente em Saúde (EPS), que já vinha se desenvolvendo e disseminando no Brasil a partir da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), na década de 1980, passa a ser vista como estratégica” (CARDOSO *et al.*, 2017, p. 1493). Dessa forma, a atenção com a formação dos profissionais que atuavam na nova estratégia semeada pela reforma sanitária pôde ser observada desde a VIII Conferência Nacional em Saúde, em 1986, momento em que se instituiu uma proposta de redesenho do Sistema Nacional de Saúde, quando foram ressaltados os princípios relacionados aos recursos humanos, como se vê na afirmação de Ceccim, Armani e Rocha (2002):

Novo Sistema deverá reger-se pelo princípio da capacitação e reciclagem permanentes de seus Recursos Humanos; 2) a formação dos profissionais de saúde deve estar integrada ao sistema regionalizado e hierarquizado de atenção à saúde; 3) os currículos da área da saúde deverão ser integrados por conhecimentos das práticas terapêuticas alternativas. (CECCIM; ARMANI; ROCHA. 2002, p. 375).

A formação e o desenvolvimento de pessoal tornam-se questões centrais para implementar o SUS, não obstante um cenário de reforma do Estado com a perspectiva neoliberal, que preconizava a redução de gastos, inclusive com pessoal, dificultando, muitas vezes, a contratação de pessoas e de equipes técnicas nas secretárias estaduais e municipais de saúde. Assim, o estímulo por trabalhadores para desenvolver o SUS, sobretudo nos municípios, englobou, diretamente, os novos desafios que permeiam a implantação do SUS em sua estratégia para promover uma ampliação da rede pública para viabilizar os serviços operacionais na atenção à saúde (PIERANTONI, *et al.*, 2008).

Dito isso, observou-se os marcos legais que induziram a criação da PEPS, na Constituição Federal de 1988, o artigo nº 200, nos incisos “III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; e V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento

científico e tecnológico e a inovação” (BRASIL, 1988), e, posteriormente, a Lei Orgânica da Saúde, de 1990, com destaque para o artigo 6º, que diz que:

“Estão incluídas no campo de atuação do SUS: III – a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde; X – o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico”. Destaca-se, a partir dos marcos legais, indicativos para desenvolver estratégias no modo de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva. Desta forma, o cenário educacional torna-se campo estratégico para o SUS. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Nesse capítulo, objetiva-se descrever a PEPS para posterior levantamento de fatores relacionados ao PCEPS 2019-2022. Adotou-se como estratégia, perpassar a trajetória da PEPS, discutindo seus objetivos, marcos legais, atores envolvidos e seu papel dentro do SUS enquanto estratégia para a saúde pública brasileira. Assim, esse capítulo subsidiará a análise da PEPS no estado do Ceará, com foco no planejamento Estadual para a implementação da PEPS em (2019-2022).

3.1 Educação Permanente em Saúde (EPS)

A Educação Permanente em saúde pode ser entendida como “aprendizagem significativa (que promove e produz sentidos) e propõe que a transformação das práticas profissionais deva estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços” (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994, p. 49 *apud* CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 49). A promoção de estratégias que almejem o desenvolvimento da formação dos trabalhadores da saúde institui-se como uma questão fundamental para a qualificação da gestão dos serviços prestados pelo SUS à população. Portanto, a gestão da educação na saúde torna-se pauta permanente do SUS, como indica a Norma Operacional Básica/RH-SUS, que define a Educação Permanente em Saúde como:

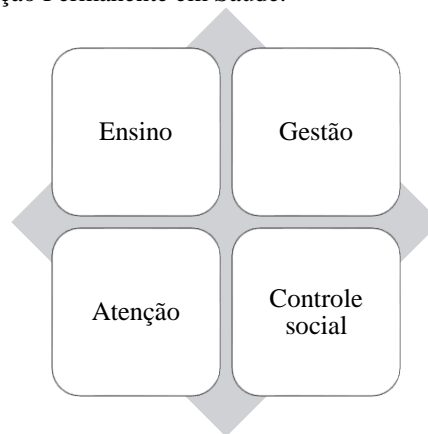
Uma proposta de ação estratégica que contribua para transformar a organização dos serviços e dos processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas implica trabalho articulado entre o sistema de saúde (em suas várias esferas de gestão) e as instituições formadoras, colocando em evidência a formação e o desenvolvimento para o SUS como construção da educação em serviço/educação permanente em saúde: agregação entre desenvolvimento individual e institucional, entre serviços e gestão setorial e entre atenção e controle social. (BRASIL, 2003, p. 3).

A EPS deriva da busca constante de provocar mudanças nos processos de trabalho no SUS. Sarreta (2009) faz o seguinte destaque:

[...] o diferencial é a construção coletiva de novas estratégias de trabalho comprometidas com os princípios e as diretrizes do SUS e com as necessidades de cada região mediante a problematização das práticas cotidianas, visando recuperar as ações e desenvolver a autonomia e a participação. (SARRETA, 2009, p. 179).

O processo de formulação da EPS enquanto política pública emerge a partir do amplo debate pela sociedade através de conferências, oficinas e pautas em instâncias participativas, no decorrer de 1998 a 2002. Como produto resultante, obtém-se a Norma Operacional Básica concernente aos Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde (NOB/RHSUS), sendo esse o instrumento de gestão aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) com o objetivo de ser o meio norteador de princípios e diretrizes para formar e desenvolver os trabalhadores do SUS (CECCIM, 2008).

Figura 1 - O Quadrilátero da Educação Permanente em Saúde.



Fonte: Adaptado de (CEARÁ, 2018).

Em 2002, ocorre uma renovação política em virtude do processo eleitoral, configurando-se em um cenário mais aberto ao diálogo com os movimentos sociais e mudanças nas políticas setoriais da área da saúde. Para tanto, destaca-se que no início do novo governo do Partido dos Trabalhadores (PT) ocorre a reformulação da estrutura organizacional do Ministério da Saúde, sendo instituída a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SEGTES) e, nessa, os Departamentos de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde e de Gestão da Saúde (DEGES), assumindo “o papel fundamental de propor e implementar uma política de educação para o SUS, essa instância passa a aglutinar diversos programas e projetos de cunho educacional dispersos em outras secretarias ministeriais (CECCIM, 2008; BRASIL, 2004).

Em seguida, foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), no início de 2004, a política de “Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação

Permanente em Saúde”, representando, na área da saúde, a emergência de uma formulação intelectual e política em diálogo com a área da educação.

Quadro 3 - Documentos vinculados a elaboração, institucionalização, implementação, e avaliação da Política Educação Permanente em Saúde.

Documentos	Descrição
Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS nº 330, de 4 de novembro de 2003.	Resolve aplicar os Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS - NOB/RH – SUS, como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no âmbito do SUS.
Norma Básica Operacional/ RH-SUS: Políticas de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a educação permanente em saúde.	Constitui-se em mais um dos instrumentos produzidos a partir da participação da sociedade organizada para a consolidação do Sistema Único de Saúde, recolocando a importância do trabalho, a necessidade da valorização dos profissionais na implantação dos modelos assistenciais e a regulação das relações de trabalho no setor Saúde.
Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS nº 335, de 27 de novembro de 2003.	Aprova a “Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde” e a estratégia de “Polos de Educação Permanente em Saúde” como instâncias regionais e interinstitucionais de gestão da Educação Permanente.
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.
Portaria Nº 1.996 de 20 agosto de 2007.	Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.
Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. MS/SGTES 2009.	Texto que faz processo de cooperação técnica que o Ministério da Saúde oferece aos demais gestores do SUS na execução da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Com o objetivo de ser um instrumento orientador do trabalho dos Estados, Distrito Federal e Municípios na construção e acompanhamento dos seus termos de compromisso de gestão e planos de saúde, no que se refere à educação na saúde.
Portaria Interministerial Nº 1.127, de 04 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).
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.

Fonte: Elaborado pelo Autor, baseado em (BRASIL 2003; 2004; 2007; 2017).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) foi amplamente debatida pela sociedade brasileira organizada em torno da temática da saúde, tendo sido aprovada na XII Conferência Nacional de Saúde, e no Conselho Nacional de Saúde (CNS), como política específica no interesse do sistema de saúde nacional, o que se pode constatar na Resolução CNS nº 353, de 2003 e da Portaria MS/GM nº 198, de 2004. A Educação Permanente em Saúde tornou-se, dessa forma, a estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para a saúde (PAIM, 2009).

4 POLÍTICAS PÚBLICAS

Para contextualizar a perspectiva analítica que está sendo desenvolvida nesse estudo, nessa sessão expor-se-á algumas classificações relacionadas ao campo das políticas públicas. Utiliza-se do conceito de ciclos das políticas públicas para, dedicando-se a fase de implementação, analisar o PCEPS (2019-2022), de acordo com o modelo analítico proposto.

4.1 Políticas públicas: contexto e conceitos

O contexto em que se origina o conceito de política pública se dá nos Estados Unidos da América, no cenário pós-Segunda Guerra Mundial, mediante desafios sociais que se apresentavam no país, transformando a relação do Estado com a sociedade norte-americana, fazendo com que o Estado adotasse, por meio de políticas públicas, a posição de protagonista em questões como o racismo e desigualdade. Já na Europa, mais especificamente na Alemanha, aconteceu o desdobramento da temática a partir do avanço significativo das políticas setoriais, e o enfoque em planejamento econômico iniciado na década de 1970 (SOUZA, 2006).

Vale ressaltar que as políticas públicas estão diretamente ligadas à condução política, sendo que, na maioria das situações, o campo político produz efeito sobre a política pública. Dessa forma, a política pública se constitui em um processo com a ausência de neutralidade e envolvimento em interesses.

A destinação de recursos diversos, sob critérios legais, envolve a tomada de decisão em um cenário de disputa (CONDÉ, 2012). A respeito desta constatação, Frey (2000) evidencia o cenário de disputa de recursos na política pública, no qual “surgem relações de cumplicidade setorial, tendo como objetivo comum a obtenção de um montante - o maior possível - de recursos para a sua respectiva área política” (FREY, 2000, p. 222).

Evidencia-se, que existem várias definições na literatura sobre o conceito de política pública, pois ela deriva do resultado da atividade de diversos atores, sejam eles do setor público ou não, frente a um determinado problema público. Apesar de o Estado ser o agente principal na execução da política pública, esse cenário se torna complexo dada a influência de outros agentes que representam diversos setores da sociedade (CAVALCANTI, 2007). Conforme salienta Condé (2012, p. 81) “é a política e suas possibilidades o meio para resolver conflitos instalados em torno dos problemas coletivos e dos bens públicos de forma pacífica”. Assim, utiliza-se, no presente trabalho, a definição de Cavalcanti (2007), que diz que:

As políticas públicas são entendidas como feitas em nome do "público"; a política geralmente iniciada por um governo; as políticas públicas podem ser implementadas por atores do setor público, atores de setores privados ou ainda por atores de organizações não governamentais; a política pública é o que o governo pretende fazer ou não fazer. (CAVALCANTI, 2007, p. 20).

Vale ressaltar que, apesar da política pública ser também derivada da ação estatal, esta não deve ser confundida com a política governamental. Cavalcanti (2007) destaca que não são termos equivalentes, e sua diferenciação existe, pois, as políticas públicas “[...] enquanto estratégias de ação implementadas por uma organização governamental, devem atender ao interesse público. A política governamental, por seu turno, pode satisfazer interesses privados que não respondam aos interesses do 'público cidadão’” (CAVALCANTI, 2007, p. 21).

4.1.1 O ciclo das políticas públicas

Para analisar, teoricamente, o processo político-administrativo da política pública, utiliza-se a subdivisão desse em fases, o que se pode denominar de ciclo das políticas públicas, de modo a evidenciar que elas “[...] podem ser investigadas no que diz respeito às constelações de poder, às redes políticas e sociais e às práticas político-administrativas que se encontram tipicamente em cada fase” (FREY, 2000, p. 226). Souza (2006), ainda acrescenta que:

Esta tipologia vê a política pública como um ciclo deliberativo, formado por vários estágios e constituindo um processo dinâmico e de aprendizado. O ciclo da política pública é constituído dos seguintes estágios: definição de agenda, identificação de alternativas, avaliação das opções, seleção das opções, implementação e avaliação. (SOUZA, 2006, p. 29).

O ciclo das políticas públicas pode ser de forma concomitante, uma ferramenta teórica, descritiva e analítica, formando um quadro referencial para análise do processo por meio da atribuição de funções específicas às fases, possibilitando a interface de diversas dimensões analíticas, atores e instituições, relacionando-os aos efeitos positivos ou negativos para os distintos atores, e principalmente ao público-alvo ao qual se destina a política pública. Dessa forma, evidencia-se o contexto no qual a definição do problema se dá na fase inicial do ciclo das políticas públicas (CONDÉ, 2012; FREY, 2000).

Para ganhar relevância, o problema a ser solucionado geralmente atende a algumas condições, a saber: o interesse do governo eleito e/ou sua capacidade para mobilizar ações e grupos externos; resulte de uma crise que demande solução mais imediata sem aumentar o problema; seja resultado do aproveitamento de uma janela de oportunidade (*window opportunity*), que pode ser derivada de uma crise, de uma situação dramática ou da abertura de espaço sobre um tema que antes não se apresentava. (CONDÉ, 2012, p. 85).

Após o reconhecimento e escolha de uma determinada demanda como problema público, esta passa a fazer parte da agenda, na qual, por meio de processos interativos e reações mútuas dos atores envolvidos, irá se desenvolver uma sequência de ações políticas-institucionais para que, de fato, se tenha a formulação de uma política ou programa que vise impactar e solucionar o problema político identificado (FREY, 2000). Sobre tais processos interativos, Condé (2012, p. 83) destaca que “[...] a atuação sobre as políticas exige atores públicos, com funções públicas e mobilizadoras dos recursos dessas funções. Nesse campo, a burocracia governamental e os políticos são elementos indispensáveis de análise”.

As alternativas de solucionar o problema identificado são conduzidas, elencadas e priorizadas estrategicamente na etapa de formulação da política pública. Contudo, salienta-se que outras variáveis incidirão sobre a decisão e o atendimento da demanda, a exemplo da execução das diretrizes legais, administrativas e institucionais definidas na etapa de formulação que serão aplicadas à realidade, ou seja, postas em prática na etapa da implementação da política (CONDÉ, 2012). Sobre a implementação da política formulada, Cavalcanti (2007, p. 29) salienta que “[...] para a política pública ser colocada em prática são necessários programas ou projetos que durante um determinado período deverão ser implementados pelos órgãos públicos ou instituições (privadas, ONGs, etc) visando atingir os objetivos e resultados previstos”.

4.1.2 Análise do processo de implementação

A fase de implementação foi abordada com um aprofundamento maior, visando a compreensão da metodologia de análise aplicada no próximo capítulo. Dessa forma, iniciando a análise da fase de implementação, é importante observar a forma com que Januzzi (2002) destaca alguns elementos que são relevantes para o resultado esperado para essa etapa:

[...] A implementação das políticas está sujeita ao papel crucial desempenhado pelos agentes encarregados de colocá-la em ação, que podem potencializar ou criar barreiras adicionais à sua efetivação. Como tem mostrado a experiência histórica, a resistência às mudanças — legítima ou não — pelos agentes implementadores e os embates corporativos ou político-partidários entre as diferentes esferas de poder público são elementos que não podem ser desprezados no processo de formulação e implementação de políticas públicas no Brasil. (JANNUZZI, 2002, p. 70).

Existem abordagens, no tocante à análise dos processos de implementação, que se destinam de forma mais detalhada à qualidade técnica da política, do programa ou do projeto que está sendo executado. Existem também as abordagens que se debruçam sobre aspectos mais político-estruturais, analisando a atuação dos agentes envolvidos (FREY, 2000), pois “de

maneira indutiva e empírica descreve-se o que acontece, quais atores atuam com quais motivos e com quais resultados (WINDHOFF-HÉRITIER, 1987, p. 88 *apud* FREY, 2000).

Condé (2012, p. 91) resume a etapa como sendo o “teste da realidade, o lugar da ação. [...] Na prática, quem “faz” a política são os implementadores”, destacando que o implementador possui poder discricionário, denominando-o de “burocrata no nível da rua” (*street level bureaucrats*), dado que este atua no cotidiano da política pública e conclui que “o resultado prático é que a implementação não pode ser vista como um processo separado da formulação” (p. 93).

Condé (2012), lista alguns problemas gerais da fase de implementação:

- questões como baixo nível de comprometimento por partes dos sujeitos em nível “de rua” devido à alta concentração pelo escalão de gestores de nível mais alto;
- políticas que chegam aos envolvidos totalmente prontas, sem espaço para alterações, fazendo com que as diretrizes originais não cheguem ao público-alvo;
- relação dos implementadores com o público-alvo sem tratá-lo como agente elementar da política, mas apenas como meio de executar a política;
- desconhecimento, incompetência, e falta de interesse e de capacitação dos gestores.

O autor finaliza a extensa, porém não exaustiva lista, discorrendo sobre problemas relacionados a delimitação das competências entre os órgãos executores que podem gerar conflitos, além de outros aspectos relevantes (CONDÉ, 2012).

No entanto, alguns desses desafios podem ser mitigados com a caracterização de metas bem definidas, objetivos claros a serem buscados, e a partir de conhecimento de informações, dados e resultados de indicadores específicos para cada um desses parâmetros. Essas observações são pertinentes à etapa de monitoramento e avaliação da política pública em questão, e são importantes instrumentos para o aprimoramento da qualidade da gestão, ritmo e forma de implementação, com os indicadores de monitoramento, bem como para o aumento da eficiência do gasto público, e conseqüente maior transparência na divulgação de resultados e efeitos à sociedade, com os indicadores de avaliação (CONDÉ, 2012; RAMOS; SCHABBACH, 2012).

4.1.3 Monitoramento e Avaliação

O monitoramento e a avaliação da política não são atividades restritas ao final do ciclo das políticas públicas, pelo contrário, é fundamental que durante todo o processo, desde a definição da agenda, passando pela formulação e implementação, os dados, informações e indicadores sejam utilizados para a melhor alocação de recursos, gestão das atividades e, a partir do conhecimento dos avanços e limites encontrados, subsidiarem a tomada de decisão dos gestores quanto aos rumos que a referida política deve ter posteriormente (CAVALCANTI, 2007; CONDÉ, 2012; RAMOS; SCHABBACH, 2012).

Ao afirmar que a avaliação atribui valor, Souza (2005, p.22) chama a atenção que, para ser operacionalizada, ela demanda a criação de critérios que devem estar de acordo com a política que será estudada. A avaliação tem o objetivo de indicar, a partir desses critérios, se a política avaliada deve ou não continuar a ser implementada e se essa é “preferível a qualquer outra”. (CAVALCANTI, 2007, p, 239).

Alguns organismos internacionais, agências multilaterais de cooperação e de financiamento, como as Organizações das Nações Unidas (ONU), Banco Mundial, Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE), Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (Cepal), Centro Latino-Americano de Administração para o Desenvolvimento (Clad), desenvolveram robustas abordagens metodológicas a respeito do monitoramento e da avaliação das políticas públicas (RAMOS; SCHABBACH, 2012).

No Brasil, Guimarães e Jannuzzi (2004) abordam a importância de outras instituições para o progresso da área de fornecimento e análise de dados sobre estatísticas públicas e sobre o monitoramento e avaliação das políticas públicas:

Também se deve creditar aos órgãos do Sistema Estatístico Nacional - IBGE, agências federais como INEP, DATASUS, do Ministério do Trabalho e os institutos estaduais de estatísticas - uma contribuição fundamental para a pesquisa na área, seja pela ampliação do escopo das estatísticas públicas disponíveis, seja pela prontidão e versatilidade com que as mesmas passaram a ser disseminadas, pela Internet, CDROMS inteligentes, microdados e outros meios e suportes. Não fosse a rapidez com que as agências estatísticas absorveram as novas tecnologias de informação e comunicação e reformularam suas políticas de disponibilização de dados e microdados aos usuários certamente o campo aplicado em Indicadores Sociais e Políticas Públicas não teria apresentado tal desenvolvimento no país. (GUIMARÃES; JANNUZZI, 2004, p. 3)

Corroborando a busca pela eficiência, transparência e tomada de decisão assertiva, tem-se as perspectivas legais e jurídicas de garantia da proteção legal aos indivíduos ou grupos

potencialmente interessados ou envolvidos com a política, a partir do atingimento dos objetivos aos quais a política se propôs, abrangendo seu público-alvo e garantindo os direitos previstos. Além disso, a avaliação também impacta positivamente para desenhos de políticas mais consistentes, promoção da responsabilização por decisões e ações (*accountability*) dos governantes, e em resultados mais assertivos com recursos melhor utilizados (CAVALCANTI, 2007; RAMOS; SCHABBACH, 2012).

Em suma, a execução de ações que visem o monitoramento e a avaliação da política é atividade estratégica em que “a avaliação gera uma retroalimentação que permite escolher entre diferentes projetos de acordo com sua eficácia e eficiência, e, ao cotejar os resultados, possibilita retificar as ações e reorientá-las em direção ao fim postulado (COHEN; FRANCO, 2004, p. 73 *apud* RAMOS; SCHABBACH, 2012, p. 1273). E ainda, por fazer parte do planejamento de qualquer política pública:

- a) Propicia a compreensão das políticas e do Estado em ação, visando o seu aprimoramento (DRAIBE, 1997 *apud* RAMOS; SCHABBACH, 2012, p. 1273). Assim, beneficia o pesquisador, o técnico, o usuário, o Estado e a sociedade em geral;
- b) É um instrumento para a tomada de decisões e para viabilizar o controle social sobre o gasto público e as ações de governo, um importante direito democrático (LOBO, 2001; ARRETICHE, 2001 *apud* RAMOS; SCHABBACH, 2012, p. 1273).

As atividades e ações de avaliação podem ser definidas de maneiras diferentes, de acordo com o agente que avalia e de quem participa do processo de avaliação, com a natureza da avaliação, com o momento de realização da avaliação, conforme o tipo de problema ao qual a avaliação responde, entre outras diferenciações (RAMOS; SCHABBACH, 2012).

Quando se leva em conta o momento de sua realização, os estudos avaliativos diferenciam-se em *ex ante* e *ex post*. A avaliação *ex ante* é realizada antes do começo de um programa, com o fito de dar suporte à decisão de implementá-lo ou não, e ordenar os vários projetos segundo sua eficiência para alcançar os objetivos determinados. (RAMOS; SCHABBACH, 2012, p.1276).

A avaliação *ex-ante*, também é denominada de avaliação formativa por ocorrer antes do início da execução da política ou programa. Já a avaliação *ex-post*, ou somativa, ou ainda, avaliação de processos por ocorrer durante o processo de implementação da política ou programa, tem como objetivo julgar o mérito com a produção de informações acerca do sucesso ou fracasso de um programa (RAMOS; SCHABBACH, 2012). “[...] O resultado dessa avaliação se converte no principal indicador da eficácia do programa” (CAVALCANTI, 2007, p. 78).

5 A IMPLEMENTAÇÃO DA PEPS NO CEARÁ: DESAFIOS E POSSIBILIDADES

De maneira geral, a implementação da PEPS no Ceará, no decorrer de 2018, somente conseguiu avançar nas seguintes fases:

1. na definição do problema, quando aderiu ao programa PRO EPS-SUS, tendo em vista a movimentação nacional para revisar a PEPS, no sentido de superar os desafios da implementação da política em âmbito estadual e municipal;
2. na formação da agenda, quando a SESA, por meio da CGEPS coordenou durante o primeiro semestre do referido ano, estratégias para instituir ações de EPS, a partir de oficinas de pactuação nas Macrorregionais, com as devidas representações;
3. na formulação, a partir da criação do PCEPS (2019-2022), no fim de 2018, quando foram entregues os eixos de atuação e as atividades que serão realizadas posteriormente, com objetivos, metas e indicadores definidos.

Entende-se que debater pontos que revelem fatores determinantes no processo de elaboração, execução e avaliação de ações do Estado para a sociedade é essencial para compreender suas limitações e seus avanços mediante a atuação da política para seu público-alvo. Assim, na formulação de um plano, indica-se o desenvolvimento de estratégias para solucionar problemas dentre um conjunto de alternativas propostas, proporcionando um arcabouço instrucional, normativo e metodológico. Porém, a vinculação direta entre as medidas adotadas no plano e o sucesso na implementação não são garantidas.

Na busca de desenvolver reflexões sobre a estratégia desempenhada no estado do Ceará, o capítulo seguinte abordará dois pontos específicos: a descrição do PCEPS, que se torna o principal instrumento que define o caminho a ser percorrido para os implementadores da política do estado, além de outros detalhes e, posteriormente, dos desafios e possibilidades da implementação do PCEPS no Estado do Ceará.

Assim, para que a investigação acerca dos desafios da fase de implementação da PEPS no Ceará em seu contexto mais recente de planejamento (PCEPS 2019-2022) possa ser melhor observada, serão fornecidas reflexões suscitadas pelo trabalho de Sônia Miriam Draibe, doutora em Ciência Política pela Universidade de São Paulo, intitulado “Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas”, presente no livro “Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais”, lançado em 2001 pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), a partir do trabalho do

Instituto de Estudos Especiais (IEE) e outros centros de pesquisas e intervenção no âmbito das políticas sociais.

A avaliação de políticas públicas perpassa as diferentes fases do ciclo das políticas públicas, sendo esta, uma análise proposta para a fase de implementação. De acordo com a referida autora, as avaliações podem se distinguir quanto à natureza, em avaliações de resultado e de processos. A pesquisa de avaliação de resultado, de forma ampla, continuamente visa identificar se determinadas políticas ou programas atingiram os objetivos propostos. De modo semelhante, a avaliação de processo, utiliza-se do desenho das características organizacionais para “detectar os fatores que, ao longo da implementação, facilitam ou impedem que um dado programa atinja seus resultados da melhor maneira possível” (BARREIRA; CARVALHO, 2001, p. 20).

A disseminação da cultura avaliativa adquire robustez e força no Brasil com a incorporação de práticas gerencialistas, que trazem a modernização da gestão pública por meio da aplicação de uma postura empreendedora, voltada ao atendimento das demandas dos cidadãos (BARREIRA; CARVALHO, 2001). O SUS, da mesma maneira, tem na incorporação da cultura avaliativa o esforço de qualificar a tomada de decisão. No entanto, de acordo com Yoshimitanaka (2015):

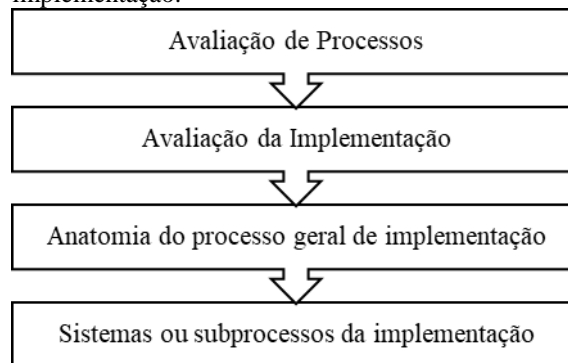
[...] a institucionalização dessa cultura de monitoramento e avaliação no SUS, realizada pelos próprios atores institucionais no cotidiano da gestão, é um processo complexo, que depende de inúmeras condições, desde o compromisso político do gestor até a disponibilidade e capacitação de profissionais” (YOSHIMITANAKA, 2015, p. 1).

A avaliação de processos tem como objeto o desenvolvimento do ciclo das políticas públicas, e se torna mais completa quando possui indicadores que captam os aspectos subjetivos e discricionários envolvidos, como os interesses, conflitos e possíveis embates inerentes ao processo estratégico de implementação. A dimensão temporal, os atores estratégicos a serem mobilizados, os subprocessos que sustentarão a implementação, são dimensões de análise que permeiam a avaliação de processos. A dimensão temporal ressalta a temporalidade das ações, evidenciando a necessidade de mapear as alianças ou coalizões de apoio capazes de vencer as resistências. Para reconstruir a estratégia de implementação o avaliador precisará conhecer e reconhecer os atores envolvidos, sejam eles individuais ou institucionais, na mobilização, apoio e parcerias formadas para viabilizar a implementação (BARREIRA; CARVALHO, 2001).

É importante reconhecer que a avaliação de processo se enraíza no campo de interesses e se apoia em mecanismos e instrumentos que precisem a identificação de tais

interesses. De natureza qualitativa, a avaliação de processos averigua pontos favoráveis e desfavoráveis ao cumprimento de metas e objetivos da política, “tais fatores podem ser entendidos como condições institucionais e sociais dos resultados” (BARREIRA; CARVALHO, 2001, p.30).

Figura 2 – Da avaliação de processos aos sistemas da implementação.



Fonte: Elaborado pelo Autor, baseado em (BARREIRA; CARVALHO, 2001).

É importante salientar que esse estudo não se dedica a abordar a metodologia de avaliação de processo em sua totalidade, mas, sim, realizar a análise por meio da “anatomia do processo geral de implementação”, identificando no PCEPS, elementos relacionados aos subprocessos ou sistemas indicados pelo modelo avaliativo, conforme pode ser visto na Figura 3, acima, sendo eles:

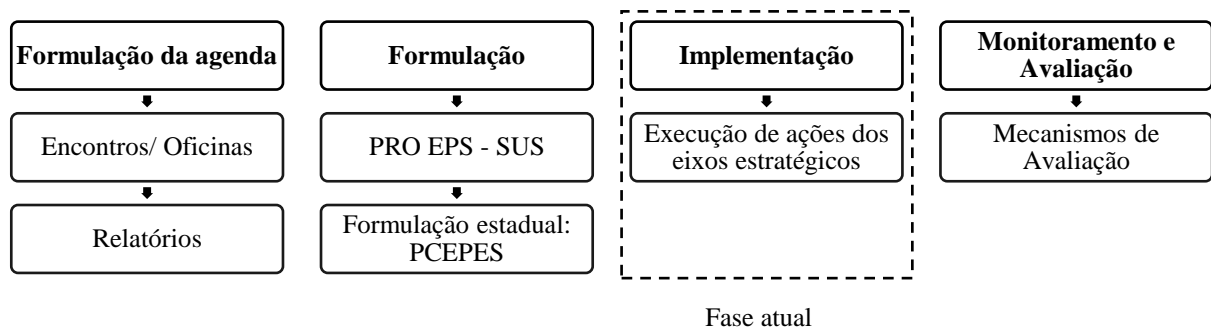
- a) Sistema gerencial e decisório;
- b) Processos de divulgação e informação;
- c) Processos de seleção (de agentes implementadores e ou de beneficiários);
- d) Processos de capacitação (de agentes e ou beneficiários);
- e) Sistemas logísticos e operacionais (atividade-fim);
 - i. - Financiamento e gasto;
 - ii. - Provisão de recursos materiais;
- f) Processos de monitoramento e avaliação internos. (BARREIRA; CARVALHO, 2001, p.31)

Dessa forma, na análise dessa pesquisa será utilizada a metodologia elaborada por Sônia Draibe, caracterizando as condições institucionais e sociais dos resultados para a análise das facilidades e impedimentos do PCEPS, a partir da metodologia da avaliação de processos de implementação.

5.1 Análise do Plano Cearense de Educação Permanente em Saúde (PCEPS), a partir da anatomia do processo geral de implementação

Conforme abordado no capítulo anterior, a PEPS no Estado do Ceará, no decorrer de 2018, avançou nas fases de definição do problema, na formação da agenda, e em sua formulação (Figura 3).

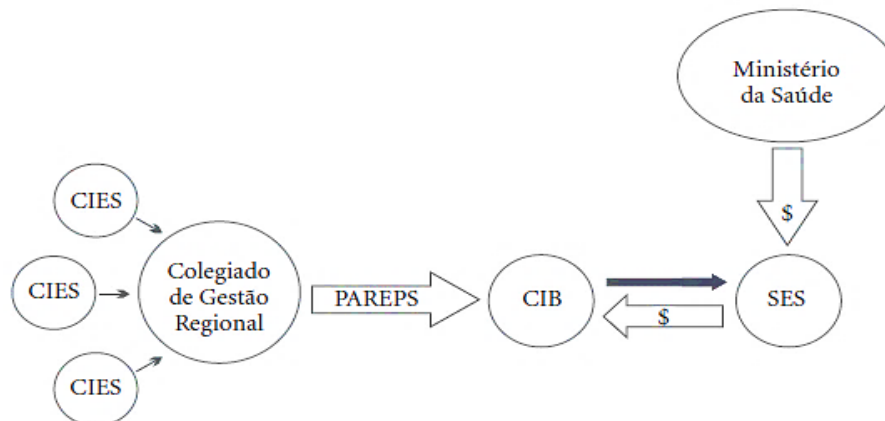
Figura 3 – Fases e ações do Plano Cearense de Educação Permanente em Saúde em relação ao ciclo das políticas públicas.



Fonte: Elaborado pelo Autor, baseado em CEARÁ, 2018.

Em 2019, a SESA iniciou a fase de implementação da PEPS (Figura 4), de acordo com o PCEPS (2019-2022).

Figura 4 - Organização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde instituída pela Portaria 1996/2007.



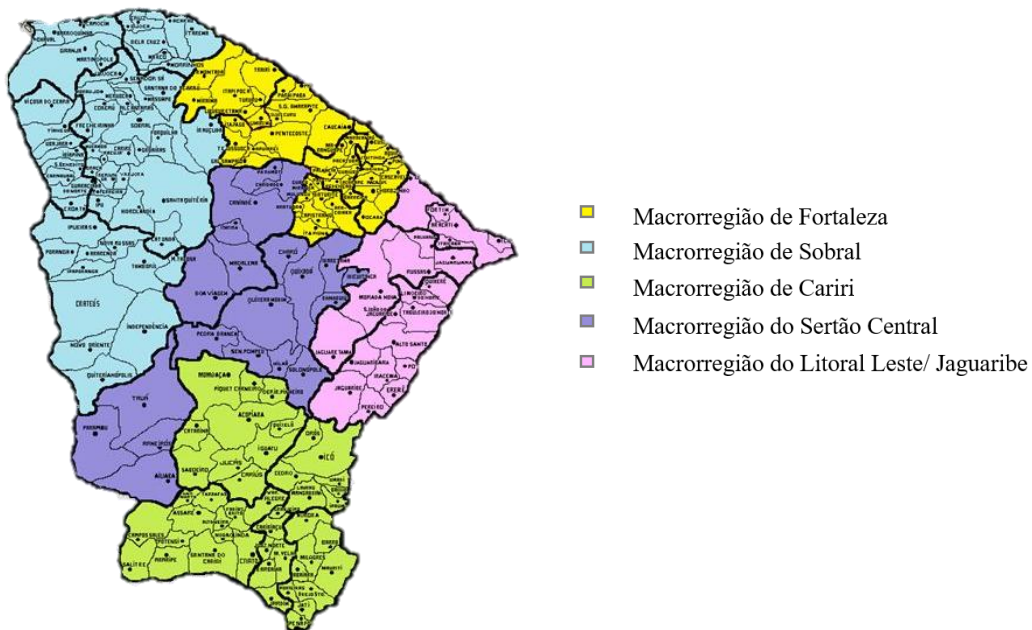
Fonte: Cardoso et al (2017, p. 1498).

Foram desenvolvidas estratégias para instituir ações de EPS, a partir de oficinas de pactuação nas macrorregiões de saúde do Estado do Ceará, com as devidas representações, sendo estas: a Secretaria da Saúde do Ceará (SESA-CE), o Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Ceará (COSEMS), o Conselho Estadual de Saúde (CESAU), a Comissão de Integração Ensino Serviço (CIES) e as Instituições de Ensino Superior (IES) (CEARÁ, 2018).

Em torno do processo de Regionalização do Ceará, que teve seu início em 1999, o Estado do Ceará foi dividido em 5 macrorregiões de saúde e 22 regiões de saúde. O processo de regionalização da saúde constitui a diretriz do Sistema Único de Saúde, que orienta o processo de descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores. As macrorregiões de saúde do Estado do Ceará são: Fortaleza, Sobral, Cariri, Sertão Central e Litoral Leste/Jaguaribe. (CEARÁ, 2018, p. 23).

Para implementar a PEPS em âmbito estadual, foi levado em consideração, segundo o artigo 1º, no parágrafo único da portaria nº 1.996 de 2007, as variáveis a serem observadas durante o processo, sendo elas: “as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde”. (BRASIL, 2007, n. p).

Figura 5 - Mapa das macrorregiões de saúde do Estado de Ceará.



Fonte: (COSEMSCE, 2018, n.p.).

A CIES se caracteriza por instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes, e são suas atribuições apoiar e colaborar tecnicamente com o Colegiado de Gestão Regional na elaboração dos Planos Regionais, articular com as instituições de ensino, incentivar a adesão cooperativa e solidária de instituições de formação e desenvolvimento dos trabalhadores, colaborar com o acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações estratégicas de Educação Permanente em Saúde implementadas, apoiar, cooperar e propor intervenções nas discussões sobre a Política de Educação Permanente. A CIES é formada por Gestores estaduais e municipais de educação e/ou seus representantes, trabalhadores do SUS

e/ou suas entidades representativas, Instituições de ensino com cursos na área da Saúde, por meio de seus distintos segmentos, movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS (BRASIL, 2007).

Para nortear a PEPS em âmbito estadual, foi elaborado-se o Plano de Ação Regional para a Educação Permanente em Saúde (PAREPS), com duração de quatro anos. Esse plano possibilitou desenvolver as ações de Educação na Saúde por meio da interatividade entre a Secretarias de Saúde Estadual e Municipal, o Colegiado de Gestão Regional e a CIES. O PAREPS, segundo a portaria nº 1.996 de 2007 no anexo II deveria estar “de acordo com o Plano Regional de Saúde e coerente com a Portaria GM/ MS nº. 3.332, de 28 de dezembro de 2006, que aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS” (BRASIL, 2007, Anexo II - p. 22), e deveria conter:

- a) Caracterização da região de saúde – definição dos municípios constituintes, dos fluxos e equipamentos de atenção à saúde na região; os principais indicadores e metas estratégicas de investimento e implementação de serviços de saúde;
- b) Identificação do(s) problema(s) de saúde – identificar os principais problemas enfrentados pela gestão e pelos serviços daquela região, assim como seus descritores;
- c) Caracterização da necessidade de formação em saúde – identificar desenvolvimento dos profissionais dos serviços a partir do perfil epidemiológico da população e dos processos de organização do cuidado em saúde de uma dada região;
- d) Atores envolvidos – identificar os atores envolvidos no processo a partir da discussão política, da elaboração até a execução da proposta apresentada;
- e) Relação entre os problemas e as necessidades de educação permanente em saúde – identificar as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde; definir e justificar a priorização de um, ou um conjunto de problemas, em relação aos demais, na busca de soluções originais e criativas guardando as especificidades regionais; descrever ações a curto, médio e longo prazo, para o enfrentamento das necessidades identificadas; formular propostas indicando metodologias de execução e correlacioná-las entre si;
- f) Produtos e resultados esperados – estabelecer metas e indicadores de processos e resultados para o acompanhamento e avaliação a curto, médio e longo prazo;
- g) Processo de avaliação do plano – identificar a metodologia da avaliação a ser utilizada, bem como os atores, os recursos e um cronograma para a sua execução;
- h) Recursos envolvidos para a execução do plano – analisar a viabilidade do plano a partir dos recursos disponíveis. Considerar os recursos financeiros alocados pelas três esferas de governo e os recursos materiais, de infraestrutura, de tempo, entre outros. (BRASIL, 2007, ANEXO II, p. 22).

A Escola Pública do Ceará (ESP/CE), desenvolveu, em paralelo ao processo de elaboração do PCEPS, uma pesquisa com observação participante⁴, acompanhando as

⁴ A Observação Participante é realizada em contato direto, frequente e prolongado do investigador, com os atores sociais, nos seus contextos culturais, sendo o próprio investigador instrumento de pesquisa. Requer a necessidade de eliminar deformações subjetivas para que possa haver a compreensão de factos e de interações entre sujeitos em observação, no seu contexto. É por isso desejável que o investigador possa ter adquirido treino nas suas habilidades e capacidades para utilizar a técnica (CORREIA, 1999, p. 31 *apud* CEARÁ, 2018, p. 17).

discussões em torno da condução do plano estadual, em todas as macrorregiões de saúde do Estado, bem como das oficinas, reuniões e processos formativos. Os resultados dessa pesquisa foram publicados em “Caminho Trilhado na Construção do Plano de Estadual de Educação Permanente - Percursos e discursos” (CEARÁ, 2018).

No sentido de garantir os processos de capacitação, tanto dos agentes quanto dos beneficiários da PEPS, em virtude de estes serem potenciais espaços para o ensino, a pesquisa e a extensão, corroborando os fundamentos da Política, preveem o diálogo e aproximação Ensino-Serviço. Tais diálogos são possibilitados pelos cenários de prática do SUS, que “produzem o cuidado e permitem que os sujeitos realizem um trabalho entorno do processo de ensino e aprendizagem, otimizando assim as relações para gerarem conhecimento em saúde” (CEARÁ, 2018, p. 76). Os diagnósticos observados constam no PCEPS (Quadro 4), e evidenciam os desafios da gestão da política relacionados à capacitação e nivelamento dos executores por toda a extensão da área de atuação da PEPS no Ceará.

Quadro 4 - Plano Cearense de Educação Permanente em Saúde – Eixos, projetos e objetivos

Eixo	Projeto	Objetivos
Eixo 1: Construção e Consolidação do Sistema de Saúde Escola – Comunidades de Aprendizagem	Sistema Saúde Escola no Estado do Ceará	<ul style="list-style-type: none"> - Instituir e implementar o Sistema de Saúde Escola (SSE) no Estado do Ceará; - Articular o Plano Estadual com os Planos Municipais de Educação Permanente em Saúde; - Qualificar a gestão das atividades de Educação Permanente em Saúde nos Municípios; - Organizar a regionalização do Sistema de Saúde Escola (5 macrorregiões, 22 CRES/CIR); - Valorizar e ampliar o reconhecimento e respaldo ao Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde; - Articular os Movimentos Sociais/Movimentos de Base (movimentos de luta pelo direito à saúde) junto às discussões sobre a EPS.
Eixo 2: Incentivo ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico – Gestão do Conhecimento	Gestão do Conhecimento para o SUS Ceará	<ul style="list-style-type: none"> - Organizar a produção e difusão do conhecimento; - Fortalecer e expandir as Escolas do SUS; - Construir a capacidade de registro da informação científico-tecnológica; - Incentivar a comunicação científica em saúde; - Desenvolver as competências necessárias à ouvidoria do SUS; - Incentivar a comunicação social em saúde.
Eixo 3: Contribuição às Inovações Metodológicas de Educação na Saúde – Desafios Metodológicos	Inovações Metodológicas de Educação na Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Valorizar as Preceptorias e Tutorias das Residências em Saúde; - Destacar a Política Estadual de Residências em Saúde; - Destacar a docência em serviço na Orientação e Supervisão de Estágios Curriculares; - Expandir interações e suportes às conversas educativas em rede; - Fortalecer o Programa Estadual de Bolsas de Incentivo à Educação na rede SESA – ProEnsino/SESA; - Fortalecer o Projeto Estadual Vivências e Estágios no SUS (VER-SUS) para discentes e docentes; - Fortalecer o protagonismo popular e dos trabalhadores em saúde - Formar egressos dos cursos de saúde em atenção primária à saúde no serviço;

Continua

Eixo	Projeto	Objetivos
Eixo 4: Participação no Desenvolvimento de Gestores e Lideranças no SUS – Desenvolvimento Institucional	Desenvolvimento de Gestores e lideranças no SUS	<ul style="list-style-type: none"> - Captar gestores e líderes no SUS; - Formar e desenvolver gestores e lideranças; - Fortalecer o controle social; - Apoiar as ações do QualificaSUS (APS, EspSUS, HospSUS); - Qualificar a área de gestão do trabalho na saúde; - Desenvolver quadros de alta qualificação profissional em gestão, atenção e educação na saúde;
Eixo 5: Fortalecimento da Integração Ensino-Serviço-Comunidade – Interações Educativas na Saúde	Integração Ensino-Serviço-Comunidade no SUS Ceará	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar planejamento e avaliação continuados e participativos em EPS de forma ascendente; - Realizar fortalecimento e alinhamento organizacional e político-institucional das CIES municipais, estadual, regionais e macrorregionais; - Fortalecer e capilarizar nos municípios a Regulação das Práticas de Ensino na Saúde; - Construir o compromisso social das Instituições de Ensino Superior e Técnico com o SUS; - Desenvolver as Residências em Saúde (Residência em Área Profissional da Saúde – multi e uniprofissionais e Residência Médica – especialidades e áreas de atuação); - Avaliar a necessidade de abertura de novos cursos da área da saúde no estado ou regiões de saúde
Eixo 6: Desenvolvimento e Aperfeiçoamento da Atenção Integral à Saúde – Cuidar da Vida e Saúde	Cuidar da Vida e Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Atender às diretrizes de Humanização na Saúde e Segurança do Paciente; - Articular ações em Saúde Mental e em Atenção Psicossocial em Álcool, Crack e outras Drogas; - Articular ações em atenção à pessoa com deficiência; - Articular ações pela redução de acidentes, de sequelas à saúde e de mortes no trânsito; - Articular ações com populações vulneráveis; - Articular ações em ambiente, trabalho e saúde por territórios sanitários; - Articular ações tradicionais, inovadoras e atuais em Saúde da Mulher; - Fortalecer e valorizar as Práticas Integrativas e Complementares do Cuidado em Saúde; - Integrar ações em arte, cultura, educação e saúde; - Inserir a Educação Popular em Saúde na agenda da atenção integral; - Aperfeiçoar as equipes de saúde para a adoção dos protocolos clínicos e diretrizes assistenciais implicados com os indicadores de qualidade da atenção à saúde no Estado; - Promover a intersetorialidade para fortalecimento da integralidade do cuidado em rede; - Empoderamento das pessoas com condições crônicas, autocuidado e participação do usuário na gestão da clínica.

Fonte: Elaborado pelo Autor, baseado em (CEARÁ, 2018).

5.2 Resultados Observados - facilidades e impedimentos da implementação do PCEPS

Dada a contextualização da elaboração, atores envolvidos e propósitos do PCEPS, serão correlacionadas as dimensões analíticas da referida metodologia e os aspectos observados. Dito isso, a “anatomia do processo geral de implementação” suscitará reflexões

sobre as facilidades e impedimentos da implementação do PCEPS, conforme explana-se a seguir.

5.2.1 Sistema gerencial e decisório

Dentro dos principais subprocessos e sistemas, tem-se o “sistema gerencial e decisório”, cujas maiores facilidades encontram-se nas pactuações em várias instâncias, com representação de atores chaves na elaboração conjunta e com determinações específicas para cada macrorregião de Saúde, na pesquisa de observação participante para formular o plano coordenado pela SESA/CGEPS, e na divisão de eixos com atenção aos problemas e especificidades de cada macrorregião. Já em relação aos impedimentos, esses se apresentam na ausência de análises de riscos, e na falta de informações relacionadas à execução do plano anterior (BARREIRA; CARVALHO, 2001; CEARÁ, 2018).

5.2.2 Processos de divulgação e informação

Quanto aos processos de divulgação e informação, a facilidade está na divulgação do PCEPS no sítio eletrônico institucional, de forma tempestiva em relação ao início das atividades, e o impedimento pode estar na ausência de transparência sobre como se dará a publicização das atividades ‘executadas’ durante a fase implementação (O PCEPS não indica onde é possível encontrar informações sobre as atividades desenvolvidas) (BARREIRA; CARVALHO, 2001; CEARÁ, 2018).

5.2.3 Processos de seleção de agentes implementadores e ou de beneficiários

Os processos de seleção de agentes implementadores e ou de beneficiários propiciaram facilidades na contratação de consultor especialista para o construto do PCEPS (2019-2022), e na seleção de 06 bolsistas que ocorreu por meio do Edital, para acompanhar as atividades junto as Macrorregiões de Saúde; não foram percebidos impedimentos (BARREIRA; CARVALHO, 2001; CEARÁ, 2018).

5.2.4 Processos de capacitação de agentes e ou beneficiários

Nos processos de capacitação de agentes e ou beneficiários podem ser percebidas facilidades na existência de cenários de prática e na previsão de encontros através de oficinas avaliativas/aprendizagem sobre a execução das ações propostas junto com as CIES. O único impedimento está relacionado ao desnivelamento da capacidade instalada das Macrorregiões de saúde do Estado, gerando disparidade na capacitação de agentes entre as Macrorregiões (BARREIRA; CARVALHO, 2001; CEARÁ, 2018).

5.2.5 Sistemas logísticos e operacionais (atividade-fim)

Em relação aos sistemas logísticos e operacionais (atividade-fim), ao financiamento e gasto, e à provisão de recursos materiais, as facilidades percebidas estão na utilização de indicadores-insumos, e na previsão orçamentária. Entretanto, os impedimentos dizem respeito ao baixo detalhamento da execução orçamentaria e à ausência de plano de contingenciamento e continuidade em caso de crise econômica (BARREIRA; CARVALHO, 2001; CEARÁ, 2018).

5.2.6 Processos de monitoramento e avaliação internos

E, quanto aos processos de monitoramento e avaliação internos, as facilidades são encontradas na definição de uma Comissão de Acompanhamento e Avaliação do PCEPS através da CIES estadual, na determinação de um mecanismo de acompanhamento e avaliação a partir de dos seguintes elementos:

1. Sistema de Monitoramento e Avaliação;
2. Instrumento de Avaliação e;
3. Oficinas de Avaliação do PCEPS (BARREIRA; CARVALHO, 2001; CEARÁ, 2018).

5.3 Outros resultados

A tomada de decisão do PCEPS se dá de forma descentralizada, à luz da análise do sistema gerencial e decisório, pois, envolve, tanto durante a fase de formulação quanto a de

implementação, várias entidades que representam instituições e regiões da área de atuação da política, ou seja, no Estado do Ceará. Os eixos estratégicos representam a materialização dos objetivos estratégicos que serão implementados levando em consideração as especificidades das macrorregiões de saúde do Ceará. No entanto, observa-se como impedimento na capacidade de tomada de decisão a falta de comparabilidade viabilizada pelos indicadores, quando através da informação de contextos anteriores que se evidencia como ausente no caso PCEPS, configurando uma fragilidade da gestão dada a lógica de ser uma política permanente e estratégica.

O processo de divulgação e compartilhamento de informações da PEPS no Ceará tem aspectos favoráveis quando disponibiliza, tempestivamente, o PCEPS deixando aos implementadores diversos e beneficiários da política o acesso ao plano antes do início de suas atividades em meio virtual no *site* da SESA.

Sobre a fase de implementação da PEPS no Ceará, vale ressaltar alguns pontos de fragilidades. Referente à transparência, há pontos não determinados no PCEPS, seja sobre a divulgação da execução das atividades propostas ou mesmo sobre a forma de divulgação dos resultados obtidos, apesar do PCEPS ressaltar o uso de mecanismos de avaliação que envolvem diretamente as atividades dos implementadores. Entretanto, nele não se divulgam questões básicas como a periodicidade da coleta de dados e das informações que serão geradas, deixando, assim, de evidenciar, para sociedade e os públicos internos e externos, o entendimento sobre quais parâmetros se averiguará o desenvolvimento da PEPS no estado.

O processo de seleção de agentes para a implementação do PCEPS foi executado, assim como preconiza o marco legal da Política Nacional, com participação de diversos atores, mas indo além, com a contratação de um especialista para a fase de formulação e ampliando o corpo executor da política a partir da seleção de bolsistas de nível superior para aumentar a capacidade técnica de implementação.

Na categoria processos de capacitação a PEPS destaca-se por ser uma ação inteiramente voltada aos seus objetivos, assim, a capacitação é produto das atividades da PEPS, e mantém relação direta com os beneficiários⁵ da política, sendo essa uma facilidade para desenvolver outras capacitações. Além disso, a política disponibiliza cenários de prática que se tornam *locus* para o ensino e serviço, assim como preconizado pela mesma.

⁵ Entende-se por beneficiários os profissionais da SUS e estudantes e pesquisadores que tem como cenário de atuação o SUS.

Importante salientar que, aqui, nesse estudo, não serão abordados os tipos de capacitações realizadas pelos coordenadores estaduais, principalmente, devido à ausência destes no Plano Cearense de Educação Permanente em Saúde (PCEPS). Entretanto, destaca-se no PCEPS algumas fragilidades que impactam o desenvolvimento de atividades de capacitação para os beneficiários, por conta do desnivelamento da capacidade instalada das Macrorregiões de saúde no estado do Ceará. Sobre isso, detalhou-se o cenário por Macrorregiões, conforme representado no Quadro 5.

Quadro 5 - Caracterização dos cenários de prática por macrorregião de saúde do Estado de Ceará.

Macrorregião	Composição	Diagnóstico do PCEPS
Fortaleza	“A Macrorregião de Fortaleza está localizada a Oeste do Estado, trazendo em sua composição as regiões de Fortaleza (2.798587 habitantes); Caucaia (619.311 habitantes); Maracanaú (538.552 habitantes); Baturité (138.884 habitantes); Itapipoca (296.379 habitantes) e Cascavel (326.263 habitantes), totalizando 44 (quarenta e quatro) municípios, com uma população estimada de 4.391.713 habitantes ou, em outros números, 51% da população do Ceará” (IBGE, 2017). (p. 24)	“[...] A necessidade de fortalecer a integração Ensino-Serviço-Comunidade viabilizando um canal de diálogo, pactuação e negociação em torno das necessidades reais dos territórios do SUS. É perceptível um número expressivo de cenários de práticas, porém, ao mesmo tempo, deparamo-nos com um contexto de expansão do número de cursos na nossa macrorregião. Assim, diante desse desenho, surgem os seguintes questionamentos: a) Como acompanhar os processos de ensino-aprendizagem nas redes? b) como qualificar a integração ensino-serviço-comunidade em contexto desafiante de ataques ao SUS?” (p. 39)
Sobral	“A Macrorregião de Saúde de Sobral localiza-se no noroeste do estado do Ceará e é formada por cinco regiões de saúde, a saber: 11ª Região de Sobral, 12ª Região de Acaraú, 13ª Região de Tianguá, 15ª Região de Crateús e 16ª Região de Camocim. Possui uma população de 1.606.608 habitantes que corresponde a 18,3% da população do Estado” (IBGE, 2017). (p.39)	“[...] Nesse sentido de potencializar a reflexão sobre a prática e a troca de saberes entre os profissionais de saúde, os docentes, discentes e usuários, e no intuito de aprimorar a qualidade da atenção, a educação permanente pode ser uma grande ferramenta. É válido refletir sobre a capacidade instalada dos serviços de saúde para atender as demandas das instituições formadoras, resguardando não somente as diretrizes de educação, mas o respeito aos princípios do SUS na atenção à população.” (p.51)
Litoral Leste/Jaguaribe	“Macrorregião Litoral Leste/Jaguaribe está localizada entre o litoral leste e o semiárido nordestino, constituída por três regiões de saúde: Aracati, Limoeiro do Norte e Russas, abrangendo 20 (vinte municípios), com população de 541.757 habitantes. Na região de saúde de Limoeiro do Norte a estimativa de habitantes é de 225.427, seguida da Região de Russas, com 199.006 e da região de Aracati, com 117.324. Esta população representa 6,03% da população do Estado do Ceará, totalizando 9.020.460 habitantes” (IBGE, 2017). (p.52)	“[...] Na Macrorregião de Saúde Litoral Leste/Jaguaribe pode se verificar a existência de 389 cenários de prática que podem servir como espaços de produção de saberes, através do diálogo e aproximação Ensino-Serviço. Esse processo de ensino- aprendizagem permite a efetivação da Educação Permanente em Saúde, gerando conhecimento, reflexão e mudança das práticas no Sistema Único de Saúde.” (p.58)

Continua

Macrorregião	Composição	Diagnóstico do PCEPS
Cariri	“A Macrorregião de Saúde do Cariri está inserida no semiárido nordestino, composta por 05 (cinco) Microrregiões (Crato, Juazeiro do Norte, Brejo Santo, Iguatu e Icó). Abrange 45 (quarenta e cinco) municípios, totalizando uma população estimada de 1.475.262 habitantes” (IBGE, Resolução nº 04 de 28 de agosto de 2017). (p.58)	“[...] A grande oferta de Cursos de formação na Região de Saúde esbarra na pouca oferta de vagas para seus discentes nos cenários de prática. Há uma demanda reprimida gerando grande transtorno para as Instituições formadoras e seus discentes no momento de realizarem seus estágios. Os poucos cenários de práticas em condições de receberem os discentes encontram-se superlotados fragilizando a formação. [...] As Instituições formadoras de caráter público, por exemplo, relatam dificuldades de alocarem seus formandos nos cenários de prática públicos, pois os mesmos estão com as vagas ocupadas com os formandos da iniciativa privada. Há uma necessidade urgente de ampliação ou adequação dos cenários de prática na Macrorregião de Saúde do Cariri” (p.60)
Sertão Central	“Macrorregião de Saúde do Sertão Central está localizada na Mesorregião dos Sertões Cearenses, no semiárido nordestino. Constitui-se de 20 municípios cearenses apresentando uma população estimada de 642.987 habitantes, residentes nas Regiões de Saúde de Canindé (205.936); Quixadá (322.824) e Tauá (114.227), correspondendo a 7,13% da população do estado do Ceará (IBGE, 2017)”. (p.66)	“[...] Na Macrorregião em Saúde do Sertão Central verificou-se a existência de 431 cenários de práticas que podem ser utilizados como espaços de produção do conhecimento por meio da efetivação do Ensino-Serviço utilizando a contextualização da aprendizagem, a problematização, o desenvolvimento de habilidades de negociação e a participação como base para o desenvolvimento do processo de Educação Permanente em Saúde” (p. 76)

Fonte: Elaborado pelo Autor, baseado em (CEARÁ, 2018).

Sobre os sistemas logísticos e operacionais que se relacionam com as atividades-fim do ciclo de implantação da política pública, Barreira e Carvalho (2001) entendem que eles envolvem questões que correlacionam-se aos parâmetros de desempenho, como eficiência, eficácia e efetividade. Quanto às reflexões relacionadas ao parâmetro de eficiência os autores lista, as seguintes indagações: “As atividades ou processos se organizam, tecnicamente, da maneira mais apropriada? Esta condição opera com os menores custos para a produção máxima dos resultados esperados? Esta condição opera no menor tempo possível?” (BARREIRA; CARVALHO, 2001, p. 36). Já para os parâmetros de eficácia são feitas as seguintes reflexões: “Quais são ou foram, na implementação, os fatores de ordem material e, sobretudo, institucional que operaram como condicionantes positivos ou negativos do desempenho dos programas?” (BARREIRA; CARVALHO, 2001, p.35). Tais questões podem, e devem ser mais aprofundadas em um trabalho posterior, e a partir de uma proposta de pesquisa que permita obter mais informações, junto a gestão, sobre os aspectos que serão evidenciados no decorrer da implementação.

No PCEPS há o cronograma de execução de atividades dos 6 eixos estratégicos, onde destacam-se “os projetos que [...] serão executados concomitantemente nas macrorregiões de saúde, de acordo com suas especificidades geopolíticas conforme apreciadas e aprovadas pelas instâncias intergestoras” (CEARÁ, 2018, p. 114); nele observa-se uma distribuição de aferição de metas. Destaca-se também, que das 191 metas distribuídas para o período de 2019-2022, cerca de 26,7% estão projetadas para serem executadas em 2019, e os outros, 73,3%, estão com previsão de execução até o final do período previsto 2019-2022.

Através do PCEPS não é possível observar quais foram os critérios técnicos para estipular o seu tempo de implantação, sendo este um ponto de fragilidade, tendo em vista que o período de execução do PCEPS se dá na introdução de uma nova gestão governamental estadual e federal, devido as eleições de 2018, estipulando-se, assim, novos arranjos políticos dentro do aparelho estatal, com duração de 4 anos (2020-2023), na qual podem ocorrer mudanças de cargos e, comumente, a descontinuidade de alguns planos propostos. Dessa forma é importante que o detalhamento oficial dos planos e pactuações projetadas, para que o PCEPS seja um instrumento de ações contínuas, independentemente de quem sejam os novos gestores.

Sobre os processos de avaliação e monitoramento internos, observa-se que o PCEPS estipula, para a fase de implementação, mecanismos de acompanhamento e avaliação que consistem em sistema de monitoramento e avaliação, instrumento de avaliação e oficinas de avaliação do PCEPS. Também é prevista a instituição de uma comissão de acompanhamento e avaliação da implementação da PEPS no Ceará, sendo estes, elementos fundamentais na perspectiva analítica abordada. Barreira e Carvalho (2001), em relação aos aspectos relacionados a monitoramento e avaliação, expõem as seguintes dúvidas:

Seus conteúdos e métodos contribuíram para a melhora da implementação e para a maior efetividade do programa? Ocorreram correções de processos e procedimentos, como resultado das evidências coletadas no monitoramento? Seus resultados foram adequadamente sistematizados e socializados entre instituições e técnicos participantes? (BARREIRA; CARVALHO, 2001, p. 34).

Dito isso, constata-se como umas das fragilidades em torno dos mecanismos postos no PCEPS para sua efetiva implementação, a falta de transparência sobre quais informações estes mecanismos desenvolverão os monitoramentos e as avaliações. Segundo Draibe, os indicadores de efetividade verificam impactos e efeitos da política no público-alvo. Dessa forma, o PCEPS se mostra vulnerável e deficitário quanto à dimensão analítica, principalmente tendo em perspectiva o caráter permanente dessa temática junto ao SUS.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foram expostas reflexões sobre a fase de implementação da Política de Educação Permanente em Saúde (PEPS) no Estado do Ceará, tendo como objeto de análise o Plano Cearense de Educação Permanente em Saúde (PCEPS), com duração prevista, de 2019 a 2022. Analisou-se o plano a partir dos pressupostos metodológicos contidos na “anatomia do processo geral de implementação”, elaborada por Sônia Draibe.

O caminho percorrido na pesquisa permite algumas considerações essenciais para a análise do PEPS. Uma delas se apresenta ao verificar elementos da trajetória da política de saúde do Brasil, suas características político-administrativas e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, como uma nova proposta de saúde pública, logo após o período de redemocratização e a promulgação da Constituição Federal de 1988. O SUS foi estabelecido como política de Estado, e seus princípios são o atendimento universal, igualitário e integral, firmando-se como uma política disruptiva quando comparada às estratégias anteriormente adotadas pelo estado brasileiro, para a saúde pública.

O percurso formativo tornou-se ponto crucial para o desenvolvimento do SUS, pois é necessário que os profissionais/atores que atuam no sistema estejam, para além da formação técnica, em processo contínuo de aprendizagem em habilidades específicas que se desenvolvem no campo de prática do SUS. Assim, a PEPS, desde sua instituição como política pública em 2004, é gerida de forma intergovernamental, conformando-se como estratégia do estado brasileiro para atuar permanentemente com a atenção a saúde, ensino, gestão e a participação social, e para o desenvolvimento dos profissionais do SUS.

No âmbito estadual, ao verificar os resultados obtidos na análise do Plano Cearense de Educação Permanente em Saúde, para a implementação da PEPS no Ceará, observa-se que as estratégias adotadas para a formulação do plano evidenciam-se como um processo representativo sobre o levantamento das demandas das macrorregiões do estado do Ceará. No entanto, questões como a falta de dados referentes aos planos de Educação Permanente em Saúde, anteriormente implementados, que destacassem dificuldades e avanços da PEPS no Ceará, indicam sinais de descontinuidade da política, não possibilitando a análise dos desafios enfrentados em períodos anteriores, bem como das experiências relacionadas à execução da política de saúde no Ceará. Ainda sobre o PCEPS, observam-se questões desfavoráveis relacionadas à transparência dos mecanismos de acompanhamento e avaliação, pois o PCEPS

não indica quais informações serão desenvolvidas, sua periodicidade e meios de divulgação, além de não descrever qual a relevância destas para a implementação da PEPS.

Por fim, a presente pesquisa se mostra como um caminho possível para pesquisas futuras, haja vista que a Política de Educação Permanente em Saúde (PEPS) no Estado do Ceará ainda se encontra em fase inicial de implementação. Dessa forma, indica-se, que ao final da etapa de implementação há a possibilidade real de, a partir da incursão no campo da análise, pesquisar a perspectiva de observação e entendimento dos gestores, dos beneficiários e dos atores envolvidos, de forma geral, a fim de melhor avaliar o período de 2019-2022, aprofundando a pesquisa sobre a implementação da PEPS no Estado do Ceará, sob a perspectiva da avaliação de processos desenvolvidos em sua totalidade, complementando a análise e os resultados, comparando-os aos resultados observados nesse estudo.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. Saúde e equidade nas reformas contemporâneas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 54, p. 6-21, 2000.
- BACELAR, T. **As políticas Públicas no Brasil: heranças, tendências e desafios**. Rio de Janeiro: Editora Fase, 2003.
- BARREIRA, M. C. R. N.; CARVALHO, M. C. B. **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo: Iee PUCSP, 2001.
- BRAGA, J. C; PAULA, S. G. **Saúde e previdência: estudos de política social**. São Paulo: Cebes/Hucitec: 1981.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988. Brasília (DF): Senado Federal, 1988.
- 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**. 20 set. 1990; Seção I, Pt. 1, p. 18055-59.
- BRASIL. **Ministério da Saúde**. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para NOB/RH-SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? **Presidência da República**. Brasília (DF), 2018. Disponível em: <www.educacioninterprofesional.org/sites/default/files/fulltext/2018/2018_DEGES_politica_nac_edu_perman_saude.pdf>. Acesso em: 01 maio 2019.
- BRASIL. 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 e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília (DF), 2007.
- BRASIL. 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 da educação permanente em saúde. **Ministério da Saúde**, Brasília (DF), 2004.
- BRASIL. Manual de planejamento no SUS / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – 1. ed., rev. – **Ministério da Saúde**, Brasília (DF), 2016. 138 p.: il. – (Série Articulação Interfederativa); v. 4.
- BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Fiocruz de Notícias. **A Revolta da Vacina**. 2005. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/revolta-da-vacina>>. Acesso em: 15 maio 2019.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Brasil em Síntese**. 2019. Disponível em: <<https://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/populacao-total-1980-2010.html>>. Acesso em: 10 mar. 2019.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. *et al.* (Org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008. p. 88-110.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Do Estado patrimonial ao gerencial. In: PINHEIRO; WILHEIM; SACHS. **Brasil: um século de transformações**. São Paulo: Cia. das Letras, v. 222, p. 259, 2001.

CAVALCANTI, P. A. **Sistematizando e comparando os enfoques de avaliação e de análise de políticas públicas: uma contribuição para a área educacional**. Tese (Doutorado em Educação). Universidade Estadual de Campinas. Campinas: Unicamp, 2007. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/252127/1/Cavalcanti_PaulaArcoverde_D.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2019.

CARDOSO, M. L. M. *et al.* A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1489-1500, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002501489&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 jun. 2019.

CARNEIRO JUNIOR, N.; ELIAS, P. E. A reforma do Estado no Brasil: as organizações sociais de saúde. **Revista de Administração Pública**, v. 37, n. 2, p. 201-226, 2003.

CEARÁ. **Plano Cearense de Educação Permanente em Saúde: Construção e modelagem da formação e desenvolvimento de pessoal para o Sistema Único de Saúde no Ceará**. Fortaleza, CE: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2018. p. 3-167.

CECCIM, R. B.; ARMANI T. B.; ROCHA, C. M. F. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos no Brasil. **Ciência Saúde Coletiva**, v.7, p. 373-83, 2002.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 mar. 2019.

CECCIM, R. B. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersetorialidades. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 9-23, jan./jun. 2008.

CONDÉ, E. S. Abrindo a Caixa: dimensões e desafios na análise de políticas públicas. **Revista Pesquisa e Debate em Educação**: v. 2, n. 2, p. 78-100, 2012. Disponível em: <<http://www.revistappgp.caedufjf.net/index.php/revista1/article/view/24/22>>. Acesso em: 17 jun. 2019.

CONSEMSCE. Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Ceará - (Org.). **Apresentação sobre a Macrorregião Norte: VII Ciclos Temáticos**. 2018. Disponível em: <<https://cosemsce.org.br/documentos/download/apresentao-Macrorregio.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2019.

CUNHA, J. R. A. O direito à saúde no Brasil: da redemocratização constitucional ao neoliberalismo de exceção dos tempos atuais. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 6, n. 3, p. 65-89, 2017.

DELGADO, I. G. **Previdência Social e Mercado no Brasil: a presença empresarial na trajetória da política social brasileira**. São Paulo: LTR, 2001.

DRAIBE, S. M. Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. In: BARREIRA, M. C.; CARVALHO, M. C. **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo: IEE/PUC-SP, 2001.

FERNANDES, L. A.; GOMES, J. M. M. Relatórios de pesquisa nas Ciências Sociais: características e modalidades de investigação. **ConTexto**, Porto Alegre, v. 3, n. 4, 1º semestre 2003.

FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**. Brasília, v. 21, p. 211-259, jun., 2000. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/89/158>>. Acesso em: 10 mar. 2019.

GALVÃO, M. A. M. Origem das políticas de saúde pública no Brasil: do Brasil-Colônia a 1930. **Caderno de Textos do Departamento de Ciências Médicas da Escola de Farmácia da Universidade Federal de Ouro Preto**, p. 1-33, 2009.

GERSCHMAN, S.; SANTOS, M. A. B. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. **Rev. bras. Ci. Soc.** [online]. 2006, vol.21, n.61, pp.177-190.

GIL, A. C. Como classificar as pesquisas. In: **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4a ed. São Paulo: Atlas; 2002. p. 41-57.

GUIMARÃES, J.; JANNUZZI, P. Indicadores Sintéticos no Processo de Formulação e Avaliação de Políticas Públicas: Limites e Legitimidades. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 14. **Anais...** ABEP, 2004.

HOCHMAN, G. Regulando os efeitos da interdependência: sobre as relações entre saúde pública e construção do Estado (Brasil 1910-1930). **Revista Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 11, p. 40-61, jul. 1993. ISSN 2178-1494. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/reh/article/view/1956>>. Acesso em: 23 Jun. 2019.

JANNUZZI, P. M. Indicadores sociais na formulação e avaliação de políticas públicas. **Revista Brasileira de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 51-72, jan/fev, 2002.

KÖCHE, J. C. **Fundamentos de metodologia científica: teoria da ciência e prática da pesquisa**. 15. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

LAVRAS, C. C. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (Org.). **Análise diagnóstica do processo de formulação e desenvolvimento das políticas de educação permanente para atenção básica em âmbito nacional, estadual e na RMC**. 2. ed. São Paulo: NEPP, 2014. 66 p. (Cadernos de Pesquisa em Saúde). Disponível em: <<https://www.nepp.unicamp.br/upload/documents/publicacoes/fe807cc7a426b864bef7bd412b8c6512.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2019.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, p. 269-291, 2001.

LIMA, N. T.; FONSECA, C.; HOCHMAN, G. A saúde na construção do Estado nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. *In*: **Saúde e democracia no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

LUZ, M.T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” - anos 80. **Physis Rev Saúde Coletiva**, 1991; 1: 77-96.

MEDEIROS, M. **A Trajetória do Welfare State no Brasil**: Papel Redistributivo das Políticas Sociais dos Anos 1930 aos Anos 1990. Brasília: Ipea, 2001. 26 p.

OMETTO, A. M. H.; FURTUOSO, M. C. O.; SILVA, M. V. Economia brasileira na década de oitenta e seus reflexos nas condições de vida da população. **Revista de Saúde Pública**, v. 29, p. 403-414, 1995.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PAIM, J. S. *et al.* **O sistema de saúde brasileiro**: história, avanços e desafios. *Lancet*. (Série Brasil) [Internet]. 2011. p. 11-31. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2019.

PAULA, A. P. P. Administração pública brasileira entre o gerencialismo e a gestão social. **RAE-Revista de Administração de Empresas**, [S.l.], v. 45, n. 1, p. 36-49, jan. 2005. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rae/article/view/37088>>. Acesso em: 22 jun. 2019.

PIERANTONI, C. R. et al. Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 685-704, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 jun. 2019.

RAMOS, M. P.; SCHABBACH, L. M. O estado da arte da avaliação de políticas públicas: conceituação e exemplos de avaliação no Brasil. **Rev. Adm. Pública**, v. 46, n. 5, p. 1271-1294, 2012.

REIS, D. O.; ARAÚJO E. C.; CECÍLIO L. C. O. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil**: SUS e pactos pela Saúde. Portal da Universidade Aberta do SUS, 2009. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4.pdf>. Acesso em: 20 maio 2019.

SARRETA, F. O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS [online]. São Paulo:** Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 248 p. ISBN 978-85-7983-009-9. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 01 maio 2019.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão de literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 8, n. 16, p. 20-45, jul./dez., 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>>. Acesso em: 22 maio 2019.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. O dilema reformista na reforma sanitária brasileira. **Revista de Administração Pública**, v. 21, n. 4, p. 94-115, 1987.

YOSHIMITANAKA, O. *et al.* Uso da análise de clusters como ferramenta de apoio à gestão no SUS. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 34-45, mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000100034&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 jun. 2019.