

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM GESTÃO MUNICIPAL**

**A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM
SAÚDE COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO
MUNICIPAL NA SAÚDE: REVISÃO NARRATIVA**

ARTIGO DE ESPECIALIZAÇÃO

Michele Raddatz

Cachoeira do Sul RS, Brasil

2014

A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO MUNICIPAL NA SAÚDE: REVISÃO NARRATIVA

Michele Raddatz

Artigo apresentada ao Curso de Especialização do Programa de Pós-Graduação em Gestão Municipal, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de Especialista **em Gestão Municipal**.

Orientadora: Prof^a Dr^a Flávia Luciane Scherer

**Cachoeira do Sul, RS, Brasil.
2014**

Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Ciências Administrativas
Curso de Pós-Graduação em Gestão Pública Municipal

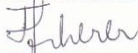
A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova o artigo científico de Especialização

**A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM
SAÚDE COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO
MUNICIPAL NA SAÚDE: REVISÃO NARRATIVA**

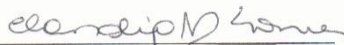
elaborada por
Michele Raddatz

como requisito parcial para obtenção do grau de
Especialista em Gestão Pública Municipal

COMISSÃO EXAMINADORA:



Flávia Luciane Scherer, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)



Cláudia Maffini Gomes, Dra. (UFSM)

(1º Examinador)



Vânia Medianeira Flores Costa, Dra. (UFSM)

(2º Examinador)

Lúcia R. Rosa Gama Madruga, Dra. (UFSM)

(Suplente)

Santa Maria, 19 de julho de 2014.

RESUMO

Artigo de Especialização
Programa de Pós-Graduação em Gestão Municipal

Universidade Federal de Santa Maria

A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO MUNICIPAL NA SAÚDE: REVISÃO NARRATIVA

AUTOR: MICHELE RADDATZ

ORIENTADOR: FLÁVIA LUCIANE SCHERER

Data e Local da Defesa: Cachoeira do Sul, 19 de julho de 2014.

O Sistema Único de Saúde visa atender qualitativamente as necessidades de saúde da população brasileira. No entanto, para efetivar este atendimento, a Educação Permanente em Saúde, vem sendo utilizada como uma ferramenta essencial uma vez que permite articular a atenção, formação, gestão e controle social para o enfrentamento dos problemas dos diferentes níveis de atenção. Esta pesquisa buscou, portanto identificar e analisar a produção científica publicada sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde/Educação Permanente em Saúde como instrumento de gestão municipal na saúde. Trata-se revisão narrativa realizada nas bases de dados LILACS e MEDLINE, com as respectivas palavras-chave “gestão em saúde” e “educação continuada” e “management”, “health” and “continuing-education” com recorte temporal pautado na implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde a partir de 2004 a 2013. Foram selecionados seis artigos. Os dados sofreram análise temática. Extraiu-se uma categoria: A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como dispositivo de qualificação; e duas subcategorias: A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como instrumento de qualificação dos servidores municipais em saúde e A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como instrumento de qualificação e de ação dos gestores municipais em Saúde. Evidenciou-se que a utilização da Educação Permanente em Saúde como instrumento de gestão municipal para qualificação dos serviços em saúde ainda é bastante incipiente e precisa ser amplamente discutida nos espaços coletivos como política pública que visa à transformação das práticas profissionais e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

Descritores: Gestão em saúde; Educação continuada.

ABSTRACT

Specialization monograph

Graduate Program in Municipal Management

Federal University of Santa Maria

The Politics of Permanent Education in Health as an instrument Municipal Management in Health: a narrative review

Author: Michele Raddatz

Adviser: Flávia Luciane Scherer

Date and Place of Defesa: Cachoeira do Sul, Julho 19, 2014.

The Health System aims to qualitatively meet the health needs of the population. However, to accomplish this service, the Permanent Health Education, has been used as an essential tool since it allows joint attention, training, management and social control to face the problems of different levels of care. This research sought therefore to identify and analyze the scientific production published on the National Policy on Permanent Health Education / Continuing Education in Health as an instrument of municipal management in health. This is a narrative review conducted in LILACS and MEDLINE databases, with their key words "health management" and "continuing education" and "management", "health" and "continuing-education" time frame lined with deployment National Policy for Continuing Education in Health from 2004 to 2013. six articles were selected. The data underwent thematic analysis. Extracted a category: The National Policy for Continuing Education in Health as qualifying device; and two subcategories: The National Policy on Permanent Health Education as a tool for characterization of municipal employees in health and The National Policy on Permanent Health Education as a tool for classification and action of municipal managers in Health became evident that the use of Continuing Education in Health as an instrument of municipal management for qualification of health services is still quite nascent and needs to be widely discussed in collective spaces as public policy aimed at transformation of professional practices and strengthening the Health System.

Descriptors: Health management; Continuing education.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi oficializado na Constituição Federal de 1988, sob o artigo 196-200 e vem sendo implementado ao longo dos anos para atender a demanda da população em todo o país (BRASIL, 2010). Desde sua criação e regulamentação pela Lei Federal nº 8080 (BRASIL 1990) esse sistema vem sofrendo profundas mudanças especialmente pelas dificuldades relacionadas às práticas de saúde que não têm sido suficientes para alcançar o padrão de qualidade em saúde desejado (BRASIL, 2007).

O Ministério da Saúde (MS) e a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) expressam que as mudanças necessárias só irão ocorrer se estas acontecerem na formação e no desenvolvimento dos profissionais da área de saúde. Nesse sentido, a busca de uma maior qualidade no atendimento à população perpassa diretamente pelo modo de cuidar, tratar e acompanhar a saúde dos usuários e para isso é preciso também mudar a forma de ensinar e de aprender (BRASIL, 2005a).

Por isso além de gerir os serviços de saúde, o MS busca qualificar profissionais da área no atendimento à população por meio de uma estratégia, a Educação Permanente (EP) que pode ser entendida como

a realização do encontro entre o mundo da constante formação e o mundo do trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se, portanto, que os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde e tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização da atuação e da gestão setorial em saúde (BRASIL, 2004b, p. 10).

As demandas pela EP devem advir, conforme Brasil (2004b, p.10) “dos problemas que acontecem no dia-a-dia do trabalho referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho, considerando, sobretudo, a necessidade de realizar ações e serviços relevantes e de qualidade”. Portanto, é a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho, em cada serviço de saúde, que são identificadas as necessidades de qualificação das equipes e serviços, garantindo a aplicação das tecnologias pactuadas para o setor (BRASIL, 2004a).

Pautado neste entendimento, os profissionais de saúde necessitam estar em constante busca e desenvolvimento de ações educativas desempenhando assim seu papel junto a instituição e ou serviço, baseado no desenvolvimento de competências em prol de um atendimento com maior qualidade. No entanto, para que isso ocorra, é necessário, criar e ou

sedimentar espaços para que ocorra o desenvolvimento de ações, cursos, serviços bem como maior interação entre gestores e, principalmente usuários (HENRIQUES, 2005).

O Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), que integra a SGTES, propôs diante das necessidades de qualificação dos serviços a “adoção da educação permanente como a estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde”, por meio da Resolução N° 335 de novembro de 2003 aprovando a “Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde” (BRASIL, 2004b, p. 42).

Em seguida a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi adotada, pelo Governo Federal em 2004 por meio da Portaria 198 de 13 de fevereiro, como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor (BRASIL, 2004a). Esta política pública visa a descentralização e disseminação da capacidade pedagógica no Sistema com o intuito de aproximar os sujeitos “da formação, gestão, atenção e participação nesta área específica de saberes e de práticas, mediante as *intercessões* promovidas pela educação na saúde ‘(a educação *intercede* pela saúde, ofertando suas tecnologias construtivistas e de ensino-aprendizagem)’” (CECCIM, 2005a, p.976).

A PNEPS tem como objetivo propor um processo de EP para os trabalhadores, a partir das necessidades de saúde da população local para fortalecimento do Sistema propiciando mudanças na formação, desde o nível técnico até a pós-graduação (BRASIL, 2004b).

Neste ínterim, cabe lembrar que a PNEPS precisa considerar as especificidades regionais e, para tanto, necessita ser conduzida pelos colegiados de gestão Regional com participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) (BRASIL, 2009).

As propostas inseridas pela PNEPS, trazidas pelo MS pautam-se nos conhecimentos sobre a aprendizagem significativa e na pedagogia da problematização, que tem como principal autor Paulo Freire, educador que desenvolveu a “pedagogia da libertação”, proposta de uma educação crítica que visa a transformação social (BELLO, 1993). Estando a EP pautada no ideário freireano, ela constitui-se em um processo inacabado (ALVES, 2007). Esta é a perspectiva da PNEPS, a de que vivemos um processo de trabalho em constante mudança e neste sentido o conhecimento apresenta um devir constituinte de novos conceitos e, conseqüentemente de outras e novas práticas. Logo, a EP é um instrumento para a constante busca de conhecimento e aprimoramento no fazer em saúde.

Frente a esse cenário, a implementação da Educação Permanente em Saúde (EPS) no cotidiano dos profissionais e gestores de saúde configura-se não apenas como uma Política a ser implementada, mas como um instrumento de ação frente às mudanças que urgem ser realizadas para a efetivação do SUS. Este instrumento poder ser utilizado pela gestão¹ ou gerência² em saúde por meio de ações que abarquem as responsabilidades sanitárias compartilhadas entre os três níveis de gestão do SUS (municipal, estadual e federal), definidas no Pacto de Gestão. A partir da publicação oficial do termo de compromisso de gestão, os gestores pactuam tanto com a educação permanente, que faz parte deste constructo, quanto com as mudanças que devem ser implementadas na educação formal para atender as necessidades do Sistema de Saúde (BRASIL, 2006a, 2006b).

A EPS vista como política ou instrumento para a mudança das práticas de saúde, deve contar com a participação de todos os envolvidos, como gestores, formadores, trabalhadores da saúde e pessoas envolvidas em movimentos sociais e no controle social (NICOLETO et al 2009).

Para Kuschmir, Chorny e Lira (2010, p. 139) a gestão de sistemas e de serviços em saúde engloba muitas e diferentes funções entre elas a capacidade de “responder aos problemas, de assumir a responsabilidade pela atenção a população de seu território/região/município” e neste sentido, a EPS se mostra como ferramenta indispensável para qualificar o sistema uma vez que se pauta na problematização das ações em saúde. Diante deste cenário a gestão atual encontra-se numa fase, conforme Aarestrup e Tavares (2008, p. 2) de “transformação, de mudanças, de conscientização e, principalmente, de um processo de educação em saúde para a população e para os profissionais, que compõem o cenário atual”.

Pode-se dizer que a

gestão do SUS é por natureza compartilhada e exercida por gestores e co-gestores. Neste caso os conceitos de gestão e gerência definidos na NOB/96 tornam-se equivalentes ampliando o conceito de gestão, pois se nos detivermos aos conceitos diferenciados estaremos descaracterizando o compartilhamento da gestão (AARESTRUP, TAVARES, 2008, p. 2).

¹ Gestão: atividade e responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional).

² Gerência: administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatorio, hospital, instituto, fundação etc.), que se caracteriza como prestador de serviços ao Sistema. No entanto, para efeitos deste estudo, gestão e gerência serão tomados como sinônimos, conforme coloca Houaiss (2001).

Justifica-se estudar esta temática, no presente Trabalho de Conclusão de Especialização com o intuito de poder, ao final deste estudo, trazer respostas quanto à produção científica publicada a cerca da EPS como instrumento de gestão municipal nos serviços de saúde.

1 PROBLEMA DE PESQUISA

A pergunta norteadora deste estudo foi: **“O que se tem produzido na literatura científica acerca da EPS como instrumento e/ou dispositivo na gestão municipal em saúde?”**

Esta investigação possui como **objetivo geral**, identificar e analisar a produção científica brasileira publicada a respeito da EPS como instrumento de gestão municipal na saúde por meio de pesquisa bibliográfica (online) em Bancos de Dados, compreendida entre 2004 e 2013 e, como **objetivos específicos** apontar as contribuições destes estudos para a gestão municipal dos serviços de saúde e para a EPS.

O presente estudo é importante para obter uma visão atual e extensa do objeto de estudo. Este tipo de pesquisa possibilita evidenciar várias informações sobre o assunto pesquisado, sobre os autores e as conclusões a que estes chegaram.

Assim, buscou-se, identificar a contribuição da EPS para a gestão municipal na saúde por meio de publicações sobre a Gestão e Educação continuada e Saúde, frente à PNEPS preconizada pelo MS.

Atualmente a qualidade na assistência à saúde têm tido maior espaço na agenda da gestão municipal como meta prioritária para a consolidação do SUS.

A EPS trabalha com ferramentas que buscam a reflexão crítica sobre as práticas de atenção, gestão e formação, sendo, por si só, um processo educativo aplicado ao trabalho, possibilitando mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e nas pessoas e uma melhor articulação para dentro e para fora das instituições (CAROTTA, KAWAMURA, SALAZAR, 2009).

Destaca-se que este estudo visa também servir de subsídio para auxiliar os profissionais do campo da gestão e da educação no entendimento do que é a PNEPS e o potencial da EP como instrumento na área para qualificação dos serviços em saúde municipais nos diferentes níveis de atenção.

3 FUNDAMENTO TEÓRICO CONCEITUAL

A fundamentação teórica que embasa este estudo está pautado em elementos conceituais e históricos do SUS sobre Gestão em saúde e principalmente sobre a EPS. O

referencial é a PNEPS, do MS, que se sustenta em elementos da pedagogia problematizadora e da aprendizagem significativa.

3.1 Gestão em Saúde

Gestão pode significar, conforme Carvalho e Barbosa (2010, p. 15) “ter foco em resultados considerando objetivos e metas pré-estabelecidas”. ‘Fazer gestão’ pode, por conseguinte estar relacionada à identificação de “problemas, desafios, necessidades”. Problemas é neste contexto entendido como sendo a “discrepância entre o que identificamos e a situação possível, que deveríamos esperar” dado o conhecimento e tecnologia já acumulados (CARVALHO, BARBOSA, 2010, p. 19).

Fazer gestão em saúde compreende, segundo os autores supracitados, priorizar problemas, ser capaz de mobilizar tecnologias adequadas a elas e isto é válido para qualquer nível de gestão.

Desta maneira, fazer gestão é

unir necessidades e demandas, sempre entendidas como problemas a serem enfrentados, com tecnologias, pensadas aqui de uma forma abrangente e mais livre, como formulação e implementação de políticas, mas também com a organização do trabalho, mobilizando recursos que precisam ser adequadamente combinados entre si, sejam profissionais ou de equipamentos (CARVALHO, BARBOSA, 2010, p. 19)

Em suma a gestão compreende o diagnóstico, o planejamento, a execução, avaliação e reformulação (CARVALHO, BARBOSA, 2010).

Cabe salientar que a gestão ocorre por meio de organizações ou redes, como é o caso dos sistemas municipais, regionais e único de saúde. Desta maneira, a gestão materializa-se quando gerida em busca da resolução de problemas sanitários. Neste sentido, a gestão organizacional é “uma parte da gestão em saúde, no entanto, é uma parte fundamental. A gestão da organização de saúde trata da adequada coordenação do trabalho individual e, sobretudo, coletivo para o alcance dos objetivos e a resolução dos problemas” (CARVALHO, BARBOSA, 2010, p. 21).

Estes mesmos autores colocam a existência de modelos tradicionais de gestão, que estão pautados na concentração de decisões sendo esta uma das principais causas da insatisfação quanto ao desempenho dos serviços de saúde.

Já modelos fundamentados em uma maior autonomia de gestão são ágeis e flexíveis quanto à condução dos sistemas de saúde. Gestores, gerentes e administradores possuem, por

consequente maior poder de decisão e conseqüentemente maior responsabilidades pelo desempenho (CARVALHO, BARBOSA, 2010) o que facilita o desenvolvimento da EP.

A gestão em saúde possui características interdependentes como: a governança, profissionalização, o financiamento, a gestão de pessoas, tecnologias da informação, a organização do cuidado, a qualidade, pesquisa desenvolvimento e ensino, inserção no SUS, eficiência, assistência centrada no paciente conforme elencam Carvalho, Barbosa (2010).

Destaca-se que praticamente todas as características de forma direta ou indireta têm relação com a EPS, uma vez que esta preconiza, entre outras coisas, a gestão de pessoas bem como o processo de trabalho na saúde, a utilização de diferentes tecnologias aplicadas a assistência, a organização do cuidado frente às demandas locais e regionais, a centralidade no cuidado, a pesquisa, o ensino e desenvolvimento, a eficiência entre outros.

3.2 Percurso da Gestão em Saúde no Brasil

A Constituição Federal de 1988 outorgou ao País o SUS o qual abarcou os diversos serviços públicos de saúde existentes na época (previdenciários, saúde pública, municipais, estaduais e federais). Além da unificação foi preciso redefinir papéis e as relações entre os órgãos em cada nível de governo, (estados e governo federal, municípios e estados) (BRASIL, 1996).

A criação do SUS tem sido apontada como uma grande reforma social considerando seu caráter universal e igualitário segundo Lima (2006). Busca-se com isso que o Estado atue em função da sociedade, pautado na concepção de Estado democrático e de direito responsável pelas políticas sociais e pela saúde, tendo como fundamentos “a democratização do acesso, a universalização das ações, a descentralização, a melhoria da qualidade dos serviços com a adoção de um modelo assistencial pautado na integralidade e a equidade das ações” (MENDES et al., 2011).

Em 1990 a Lei 8080/1990 reuniu sob a mesma estrutura jurídica do SUS todos os serviços públicos de saúde, tanto os municipais, quanto estaduais e federais, bem como os privados contratados ou conveniados no Sistema mantendo os vínculos originais destes.

Lima (2006) coloca que os modelos de gestão, utilizados no decorrer da história, tiveram influência da evolução político-social e econômica da sociedade, da determinação do capitalismo nacional e internacional e que as lutas sociais por saúde sofreram influência dos movimentos e dos contextos. Mas coloca também que estes movimentos influenciaram em vários momentos a construção social e política do Estado brasileiro, sendo estes os pressupostos que devem embasar a crítica aos modelos de gestão na saúde brasileira.

Frente a estes movimentos, foi iniciada a descentralização da saúde, entendida como um processo de reforma política planejada para a redução da influência central e promover a autonomia local em saúde, principalmente no que concerniu o planejamento e a organização do sistema (Bodstein, 2002).

A descentralização tornou-se um instrumento potencialmente estratégico de rompimento com as tendências centralizadoras, concentradoras e excludentes da política social, pois a instância colegiada de gestores, preconizada pelo próprio SUS, constituiu-se num espaço para discussão e condução do processo de descentralização (MENDES et al., 2011, p. 335).

Subsequentemente várias leis foram criadas para ordenar o Sistema, entre elas as Normas Operacionais Básicas do SUS (NOBs) de 1993 e de 1996, tratando da implementação do SUS, especialmente no referente à descentralização em direção à municipalização (Levcovitz, 2001) respeitando as peculiaridades das diferentes regiões no país. Elas buscavam instruir e regular a organização do sistema definindo formas de transferências de recursos e pagamentos dos serviços realizados em saúde conduzindo o processo de descentralização (COTRIM, 2006).

Mais especificamente, a NOB/93 regulamentou a sistemática de transferência de recursos aos estados e municípios que puderam definir a própria condição de gestão no Sistema via responsabilidades assumidas e requisitos operacionais contemplados. Quanto a NOB/96, ela representou maior autonomia na definição das ações de saúde a serem implementadas via a Programação Pactuada Integrada (PPI), como instrumento de gestão para as três esferas de governo. Além disso, essa NOB previu estratégias para efetivação de uma reorganização do sistema, a partir da priorização da atenção básica em saúde, ou seja, inovou no processo da gestão descentralizada do SUS.

Posteriormente implementou-se a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), 2001, que regulamentou a estruturação do processo de regionalização e hierarquização do sistema visando a distribuição regional da assistência de alta e média complexidade buscando preencher as lacunas da NOB/96 no tocante à área assistencial ou seja, com base na integralidade do cuidado.

Pós 2006, o desenvolvimento do SUS passou a ser fundamentada pelo Pacto pela Saúde, Portaria nº 399 de 2006, que se divide em Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (BRASIL, 2006c) que reforça a “a regionalização dos serviços e a proposta de constituição de redes integradas que articulassem os diferentes níveis de atenção”, ou seja, todos passam a ser totalmente responsáveis pela integralidade das ações devendo garanti-las através da pactuação solidária entre estados e municípios (PINTO, TEIXEIRA, 2011, p. 1777)

Com todas estas normas o município foi crescentemente se responsabilizando pela gestão dos serviços de saúde e, conseqüentemente pela execução das ações frente ao Sistema (MENDES, 2005).

Aarestrup e Tavares (2008) constataam que o atual modelo de gestão encontra-se numa fase de mudança tanto em relação a profissionais quanto à população. Destacam que tanto este quanto aqueles possuem importante ação via controle social e são responsáveis tanto quanto os gestores na construção e gerenciamento de políticas públicas em saúde.

Para Alves e Assis (2011, p. 57) apesar dos “significativos avanços na reorganização do sistema de saúde no Brasil, existe uma clara necessidade de avançar em segmentos, tais como: financiamento, integralidade da atenção à saúde, política de gestão do trabalho e educação permanente em saúde, entre outros”.

Ciampone e Kurgant (2004) colocam que a efetivação de políticas públicas de saúde, que integram a gestão do Sistema, ocorre mediante processos gerenciais articulados e integrados na qual a ação gerencial é determinada e determinante do processo de organização dos serviços de saúde. Assim os setores da saúde necessitam de ações gerenciais uma vez que estes, conforme Chiavenato (2000), possuem papel de planejar e desenvolver estratégias, efetuar diagnósticos situacionais entre demais atividades, que são necessárias para o desenvolvimento do processo de trabalho no setor.

No entanto para que diagnósticos possam ser realizados adequadamente é preciso que os profissionais responsáveis pelo mesmo tenham uma carga de conhecimentos bastante ampla uma vez que muitos são os fatores que implicam nas necessidades de saúde da população e, portanto de desenvolvimento e utilização de instrumentos que qualifiquem a gestão do Sistema de saúde.

Segundo Weirich et al (2009), diversos pesquisadores elencaram necessidades de se discutir e analisar processos gerenciais dos serviços de saúde, uma vez que estes conforme Felli e Peduzzi (2005) devem estar pautados na prática e na mudança desta devendo-se fundamentar

na necessidade de reordenação no campo da formação, qualificação permanente e vínculo dos trabalhadores em saúde com o sistema. Para que haja mudança efetiva na reestruturação do processo de trabalho seus trabalhadores precisam estar capacitados para o enfrentamento cotidiano dos problemas, num contexto social diversificado e repleto de contradições, seja na relação com a população usuária e equipe de trabalho, seja nas relações institucionais que estabelecem com o sistema de saúde (ALVES E ASSIS, 2011, p. 57)

Segundo Ermel e Fracolli (2003) apud Jonas, Rodrigues e Resck (2011, p. 29), o trabalho gerencial possui “grande potencial para transformar o modelo de saúde a partir do

seu momento mais operacional, isto é, a partir da produção do serviço” e que este seria o “argumento suficiente para justificar a necessidade de pesquisas e de construção de saberes teórico-práticos que embasem a realização de processos gerenciais que reorganizem os serviços e os sistemas de saúde, a partir de sua base.”

Neste ínterim, a EPS torna-se ferramenta capaz de contribuir para a transformação dos serviços. Destaca-se que a falta de corresponsabilização entre as esferas de governo, a grande influência da política local em detrimento da política de saúde, declínio na qualidade da infraestrutura e oferta de serviços, despreparo técnico-administrativo dos gestores e trabalhadores de saúde e deficiências no que concernem os espaços de controle social são problemas que afetam diretamente os serviços em saúde (SOLLA, 2006).

3.3 A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como instrumento para a consolidação do SUS

O SUS pode ser considerado uma das maiores conquistas sociais e de inclusão implementadas e amparadas por um conceito ampliado de saúde na Constituição Federal Brasileira de 1988 (BRASIL, 2010). Constitui portanto, um projeto social único que se materializa por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde dos cidadãos brasileiros que abrange desde o atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população (BRASIL, 2010).

A responsabilidade constitucional do SUS também se configura quanto ao dever de ordenar a formação contínua e permanente de recursos humanos para a área e de incrementar o desenvolvimento científico e tecnológico. Além disso, o SUS contempla amplamente a formação de recursos humanos, por meio de programas de formação permanente, alavancando a premissa de que estes caminhos levam à qualificação dos serviços oferecidos à população.

A EP, principal pilar da PNEPS, é conceituada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como sendo um processo dinâmico de ensino e aprendizagem, contínuo, propício para melhorar a capacitação de profissionais devido à evolução tecnológica, e necessidades sociais bem como objetivos e metas institucionais. Ela também é entendida como sendo um processo de aprendizagem no trabalho, que ocorre a partir da reflexão sobre o processo deste ao enunciar problemas e necessidades de natureza pedagógica (OMS, 1978).

Segundo Haddad, Roschke e Davini (1994) a EP pode ser entendido ainda como um contínuo processo de ações de trabalho e aprendizagem que ocorre em um espaço de

trabalho/produção/educação em saúde, que parte de uma situação problema e se dirige a superá-la, a mudá-la, a transformá-la em uma situação diferente e resolvê-la.

Ceccim (2005b) frisa que a EP pode corresponder à Educação em Serviço, quando submetido a um projeto de mudanças institucionais ou de mudança da orientação política das ações prestadas em um dado tempo e lugar. A escolha da terminologia educação permanente, pelo MS, é justificada uma vez que se pretende integrar diversas abordagens (MASSAROLI e SAUPE, 2008). Neste sentido abriga a educação em serviço, a compreensão no âmbito da formação técnica, da graduação e da pós-graduação; a organização do trabalho; a interação com as redes de gestão e de serviços de saúde, além do controle social no setor.

Acredita-se que só será possível encontrar profissionais que se moldem as constantes mudanças ocorridas nos complexos sistemas de saúde por meio da aprendizagem significativa, pois, assim, o conhecimento precisa ser construído, considerando as transformações e o que já se têm como fundamentado (VICENT, 2007). Neste sentido, a PNEPS é compreendida como uma atualização cotidiana das práticas, seguindo os novos aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos, que contribui para a construção de relações e processos incluindo práticas interinstitucionais e intersetoriais.

Desta maneira, a EP constitui-se em um processo educativo que ocorre no âmbito do pensar e do fazer no trabalho, apresentando como desafio o fato da busca do estímulo para o desenvolvimento dos profissionais pautados em um contexto de responsabilidades e necessidades de atualização. Assim, a EP é um processo compreendido como de reflexão e, a partir de ciclos de mudanças e transformações, pautados no serviço, no trabalho, no cuidado, inerente ao profissional da saúde, na educação e na qualidade da assistência. A articulação entre teoria e prática são extremamente importantes uma vez que teoria e a prática interagem e se completam (RICALDONI e SENA, 2006).

Diante deste contexto, o MS pela Portaria Nº 198/GM/MS em 13 de fevereiro instituiu a PNEPS como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor da saúde (BRASIL, 2004a). A proposta de EPS busca uma ação estratégica para contribuir para a reconfiguração dos processos de formação, bem como das práticas pedagógicas e de saúde para a organização dos serviços, buscando implementar conexões entre sistema de saúde, as esferas de gestão e controle social, bem como com as instituições formadoras. Esta proposta visa integrar o desenvolvimento individual e institucional, ou seja, articular serviços e gestão setorial, atenção e controle social, visando a efetiva implementação dos princípios e das diretrizes constitucionais abarcadas pelo SUS.

A EP visa à formação e desenvolvimento de modo a construir e dividir conhecimentos de maneira descentralizada, ascendente e transdisciplinar revelando a importância do trabalho em equipe (BRASIL, 2005a).

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para o alcance do objetivo proposto foi realizada uma busca de natureza bibliográfica, qualitativa, exploratória, com ênfase na proposta narrativa, desenvolvida a partir do levantamento de artigos científicos disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) em maio de 2014. A busca bibliográfica foi desenvolvida na base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). Utilizaram-se as palavras-chave “gestão em saúde” e “educação continuada” sendo esta a mais adequada para a busca pelo fato do termo Educação permanente não ser descritor ou palavra-chave, na base de dados LILACS e, “management” and “health” and “continuing-education” na base MEDLINE.

Os critérios de inclusão foram estudos com resumos encontrados na íntegra acerca da temática e indexados nas referidas bases de dados, gratuitos disponíveis online, oriundos de pesquisas originais e relatos de experiência, realizadas no Brasil em função da PNEPS e Gestão Municipal e publicados pós sua implantação no período de 2004-2013. Excluiu-se da pesquisa as resenhas ou editoriais; os estudos que não trataram da realidade brasileira e de revisão bibliográfica, pois seria redundante analisá-los, assim como os textos históricos tendo em vista que se objetivou investigar a produção atual. Os artigos deviam responder ao objetivo geral e específicos do estudo.

Para a busca foi utilizada nas bases de dados LILACS as palavras "GESTAO EM SAUDE" [Palavras] and "EDUCACAO CONTINUADA" e na MEDLINE as "CONTINUING-EDUCATION" [Palavras] and "MANAGEMENT" [Palavras] and "HEALTH" [Palavras].

Na primeira etapa procurou-se encontrar as fontes e, nelas, os documentos publicados no LILACS e MEDLINE. Na fase seguinte, dita de organização do material, foi indispensável olhar o conjunto dos documentos, de forma analítica, por meio de leituras e fichamentos que indicaram os trechos centrais para a análise e os critérios de inclusão e exclusão.

Para extração dos dados das produções científicas selecionadas, foi organizado um quadro que contemplou as referências dos estudos analisados chamando-os de A1 a A6 conforme ordem de aparecimento no banco de dados, título, revista no qual foi publicado, ano de publicação, instituição que desenvolveu o estudo, área de conhecimento, de atuação dos autores, objetivos, delineamento, principais resultados, e informações quanto a EPS como instrumento de gestão municipal.

Para evidenciar as informações sobre a EPS como instrumento de gestão municipal, partir dos resumos realizou-se a análise das informações contidas nas publicações buscando os temas abordados por meio da Análise de Conteúdo Temática, que conta com três etapas: a pré-análise, que consistiu na seleção e organização do material, com a realização de leitura flutuante e a constituição do corpus; a segunda etapa abrange a exploração do material com determinação das categorias e a terceira o tratamento dos resultados que concernem a inferência, interpretação e discussão (MINAYO, 2010).

4.1 Aspectos éticos e legais

A autoria dos estudos selecionados para análise foi referenciada na ordem em que apareceram no estudo. Os artigos foram referenciados no final deste trabalho. As informações, dados, resultados e colocações realizadas pelos autores em seus estudos, foram respeitados, não sendo distorcidos ou modificados de qualquer forma, portanto, não foi realizado uso indevido deste material nem de forma alguma alterado seu conteúdo ou ainda, trazido qualquer tipo de julgamento sobre os mesmos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Primeiramente, com vistas a trazer um panorama geral sobre a produção científica publicada sobre a EPS como instrumento e ou dispositivo para a gestão municipal em saúde, apresenta-se a caracterização dos artigos analisados e posteriormente serão apresentadas as categorias emergidas pós análise temática.

Identificou-se que os artigos foram publicados nos seguintes periódicos brasileiros: 01- O mundo da Saúde (São Paulo); 01- Psysis Revista de Saúde Coletiva (Rio de Janeiro); 03- Saúde e Sociedade (São Paulo); 01- Interface Comunicação Saúde Educação.

Observou-se que os anos de maior incidência de publicação foi 2012, (A1, A2, A3, A4) e 2011 (A5) e 2009 (A6) com 01 artigo cada. Este tempo decorrido da implantação da PNEPS, ocorrido em 2004, até a primeira publicação selecionada pode ser justificado pela

necessidade do contato com a política e da vivência por parte dos gestores e profissionais de saúde no que se refere à utilização da EPS como instrumento e ou dispositivo na gestão municipal em saúde devido à complexidade que esta encerra.

Em relação à área do conhecimento que tem apresentado maior publicação, dos 18 autores dos estudos, 08 são médicos, 04 enfermeiros, 01 indefinido, 01 não tem registro plataforma Lattes, 01 psicólogo, 01 nutricionista, 01 processamento de dados, 01 pedagoga. Percebe-se a predominância da área médica na produção destes estudos. No entanto, evidencia-se que está ocorrendo de forma tímida à integração entre diferentes profissionais no que concerne a produção de conhecimento relacionada ao tema.

As maiorias dos autores dos estudos selecionados, 13 dos 18, estão lotados em universidades ou fundações, 06 como docentes, 02 como discentes, 01 como funcionário e 04 sem função especificada. Ainda, 02 autores exercem função no Ministério da Saúde, 02 em secretarias municipais de saúde e 01 em secretaria estadual de saúde. Diante deste cenário fica clara a insipiência de produções de profissionais vinculados diretamente à gestão, um dos focos principais da PNEPS uma vez que essa visa qualificar a gestão, a assistência, a formação e o controle social em saúde.

No que tange às instituições que estão publicando estes estudos, essas são variadas. Entretanto, destacam-se as instituições de SC como a Universidade Federal de Santa Catarina; outro a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) juntamente com a Universidade Estácio de Sá, Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e Fundação Cesgranrio. Outro ainda o Ministério de Saúde juntamente com Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará; Secretaria de Saúde de Vitória- ES; Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre e ainda outro publicado pelo SGTES em parceria com a Escola Estadual de Saúde Pública da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Universidade Federal da Bahia, (UFBA).

Esta diversidade de instituições a publicar estudos conjuntamente como secretarias, o que remete a gestão, universidades que os liga a formação, conselho municipal de saúde o que nos direciona ao controle social, aponta para uma breve integração entre os diferentes espaços que são responsáveis por promover saúde. Cabe lembrar que a PNEPS esta pautada em quatro eixos principais que são o ensino, o serviço, a gestão e o controle social. Ao observar estas instituições como secretarias de saúde, universidades e controle social percebe-se, que ainda precisam-se incentivar estudos, principalmente na assistência e no controle social, que são essenciais para que a educação permanente se efetive.

Voltando o olhar para o delineamento dos estudos selecionados, 05 dos 06 são de abordagem qualitativa (A1, A2, A3, A4, A5,), 01 quantitativo (A6). Cabe destacar que

estudos que abordam a EPS normalmente são qualitativos, pois buscam apreender práticas e abordar cenário onde acontece a construção da EPS, sujeitos implicados em criar e desenvolver estratégias que possam problematizar os espaços de produção e disseminação de saúde que envolva diferentes profissionais com seus saberes e competências. Para apreender estas relações que fazem acontecer a EPS, a abordagem qualitativa parece ser mais pontuada.

No que diz respeito às contribuições dos estudos selecionados para a gestão municipal dos serviços de saúde e para a EPS percebe-se que 02 deles focam na EPS como possibilidade e ou dispositivo de formação e qualificação de profissionais da saúde (A3, A6); 01 como qualificação de gestores em saúde (A1); 01 como dispositivo para melhoria da assistência (A4); 01 como instrumento potencializador de Conselho Municipal de Saúde (A2) e o último como aborda como a EPS tem sido desenvolvida frente à gestão de políticas de Saúde (A5).

Diante destes dados destaca-se que a EPS tem sido utilizada como uma forma, um caminho para a qualificação de gestores, formação e qualificação de profissionais e serviços o que vai ao encontro da PNEPS (A3, A4, A6). Cabe alertar que apenas três artigos abordaram a EPS como dispositivo de gestão em saúde (A1, A2, A5).

Em relação às áreas contempladas com os estudos desenvolvidos pode-se dizer que estes contemplam desde a formação ao controle social, passando por qualificação da assistência e da própria gestão.

Quanto aos principais resultados destacados via gestão municipal está a criação de dispositivos a partir da PNEPS a fim de qualificar os servidores; criação de espaços coletivos de discussão nas unidades de saúde da rede municipal de atenção básica com promoção da gestão participativa e apropriação das políticas de saúde pública pelos trabalhadores; a qualificação dos preceptores de território da residência multiprofissional, criada/viabilizada pela gestão municipal bem como curso de especialização, viabilizado pela secretaria de saúde do estado da Bahia juntamente com o Conselho de Secretários Municipais de Saúde da Bahia tendo como resultado a qualificação de profissionais gestores mediante a PNEPS.

A criação de autonomia e autoria do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre para atuação frente ao controle social principalmente na discussão sobre políticas de saúde pública, defendendo o direito a saúde e conquistando respeito devido a seu papel deliberativo no SUS, também foi resultado de um estudo, bem como a necessidade específicas de EPS para profissionais que trabalham na esfera municipal na Estratégia Saúde da Família, tendo na EPS uma ferramenta de qualificação destes profissionais, reforçando que precisam ser melhoradas a gestão e aperfeiçoamento da gerencia para efetiva reorganização da rede de atenção.

A seguir, delinham-se os temas emergentes quanto ao conhecimento produzido e destacados pelos resumos dos estudos selecionados. Emergiram a partir da análise dos núcleos, indicando as principais ideias que são apresentadas como categoria **A PNEPS como dispositivo de qualificação** e subcategorias A PNEPS como instrumento de qualificação dos servidores municipais em saúde e A PNEPS como instrumento de qualificação e de ação dos gestores municipais em Saúde.

5.1 A PNEPS como dispositivo de qualificação

Esta categoria surgiu de núcleos de temas dos estudos selecionados que traziam a PNEPS como instrumento ou dispositivo capaz de qualificar tanto os servidores municipais quanto gestores, podendo ser ainda ferramenta de ação para a mesma.

5.1.1 A PNEPS como instrumento de qualificação dos servidores municipais em saúde

Nas pesquisas selecionadas evidenciaram-se os aspectos relacionados à qualificação dos profissionais da área da saúde que trabalham na esfera municipal (A3, A4, A6). Quanto a criação da residência multiprofissional em saúde e a atuação do preceptor de território, como um novo ator no SUS na ESF e como viabilizador da formação de profissionais pela EPS, o estudo trouxe que os preceptores apresentavam grande competência no que se relaciona a conhecimentos de saúde coletiva, e de relações humanas, bem como conhecimento e desenvoltura na utilização de métodos de ensino pautados na problematização (uma das bases da EPS). Este cenário tem sido importante para o preceptor de território, pois o consolida como educador na construção do SUS.

As residências multiprofissionais surgiram em 1970, no entanto, apenas em 2005 foram instituídas por Lei Federal nº 11.129 como modalidade de ensino *lato sensu*, para formação em serviço de RH para o SUS (COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE, 2012). O preceptor de território é o próprio profissional de saúde que atua nas unidades, no caso do estudo selecionado, na ESF. Ele orienta os profissionais em qualificação na atuação em núcleo ou campo devendo promover a integração entre os diferentes profissionais em formação, bem como destes com a equipe, com a população e demais serviços que compõem o território e redes de saúde (GUIMARÃES, 2010). Em relação específica a EPS, Pagani e Andrade (2012) colocam que a preceptoría

surge para trabalhar uma nova forma de formar e capacitar RH em saúde em modelo de gestão participativa, bem como ser responsável pela EPS direta dos profissionais das equipes.

A contribuição da EPS, junto aos trabalhadores de saúde da ABS, segundo um dos estudos, foi a de criar um espaço coletivo, as “Rodas de Educação Permanente em Saúde”, viabilizada para a apropriação das políticas de saúde pública, com destaque para a Política Nacional de Humanização (PNH). Neste sentido, a EPS possibilita a produção de novos pactos e novos acordos coletivos de trabalho no SUS, como o espaço criado, focando os processos de trabalho como a formação, a atenção, a gestão e o controle social tendo como objetivo as equipes de saúde com foco no coletivo de trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

As necessidades específicas de EPS, evidenciada por um dos estudos, de profissionais que atuam na ABS, apontam a EPS como uma ferramenta potente de qualificação destes, destacando em segundo plano também a necessidade de melhorias e aperfeiçoamento da gestão e gerencia para reorganização da rede de atenção em saúde. O processo de EPS é uma estratégia de aperfeiçoamento e, portanto de qualificação do trabalho em equipe devendo ela fazer parte do pensar e fazer em equipe, com o objetivo de interagir os profissionais a fim de promover o crescimento pessoal e profissional levando a melhora da atenção e qualidade do trabalho prestado (RICALDONE; SENA 2006).

5.1.2 A PNEPS como instrumento de qualificação e de ação dos gestores municipais em Saúde.

A EPS como instrumento de qualificação e instrumentalização de gestores em saúde, esteve presente em três estudos selecionados (A1, A2 e A5). O primeiro estudo trata da qualificação dos secretários municipais de saúde tendo a EPS como ferramenta. A descentralização das ações de saúde bem como a busca pelo atendimento integral tem sido uma das premissas do SUS assim passa a significar a criação, reestruturação ou implementação de Sistemas Municipais de Saúde, cuja gestão passa a ser de forma progressiva e gradual, de responsabilidade de cada município (BRASIL, 2001). Apesar dos avanços já realizados na implementação de ações e serviços de saúde, ainda persistem problemas de ordem gerencial e assistencial que repercutem negativamente na qualidade da atenção prestada. A gestão em saúde possui uma complexidade de processos próprios de um sistema de saúde descentralizado em um processo de reorientação do modelo de atenção acaba por exigir dos gestores mais que conhecimentos, atualização em ferramentas de gestão, a fim de que possam responder às novas exigências conjunturais (FIOCRUZ, s/d).

A utilização da EPS como dispositivo de qualificação para a gestão, também foi abordado em um estudo que teve como sujeitos os conselheiros municipais de saúde de Porto Alegre/RS. Neste estudo, a EPS teve como função instrumentalizar os conselheiros a fim de se tornarem mais autônomos quanto a sua atuação nos conselhos nas discussões sobre as políticas de saúde, bem como na defesa dos direitos à saúde e quanto a seu papel deliberativo. Em 1999 foram estabelecidas as “Diretrizes Nacionais para a Capacitação de Conselheiros de Saúde” para atender a demanda da formação de conselheiros em saúde e neste interim a EPS lançada pela Portaria 198, em 2004 e posteriormente reformulada em 2007, trazem a Política de Educação Permanente em Saúde para o Controle Social com o intuito de fortalecer os conselhos de saúde como protagonistas na formulação, fiscalização e deliberação da política de saúde nas três esferas de governo (SECRETARIA DA SAÚDE BAHIA, 2008).

A PNEPS também foi evidenciada como dispositivo de ação, ou seja, de qualificação de gestores a partir da criação de cursos, programas, capacitações, qualificações. Educação em Saúde, que é abarcada pela PNEPS, é uma das responsabilidades sanitárias compartilhadas entre os três níveis gestores do SUS, definidas no Pacto de Gestão (BRASIL, 2006d; BRASIL, 2006e). A partir da publicação do termo de compromisso de gestão, os gestores se comprometeram com a educação permanente para efetivarem as mudanças que devem ser implementadas na educação formal para atender as necessidades do SUS (ANDRADE; MEIRELLES; LANZONI, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pelas variáveis analisadas percebe-se que existe pouca publicação de artigos científicos sobre PNEPS associada à gestão em saúde. Dos estudos encontrados e selecionados, três deles foram publicados em uma mesma revista a Saúde e Sociedade de São Paulo. Quanto ao ano de maior publicação, temos 2012 com quatro estudos, e no que se refere à autoria, percebe-se uma tímida integração entre diferentes profissionais no que concerne a produção de conhecimento relacionada ao tema bem como a insípida produções de profissionais vinculados diretamente à gestão.

No que se refere às instituições que estão publicando, percebe-se, que ainda precisam-se incentivar estudos, principalmente na assistência e no controle social. Em relação ao delineamento dos estudos, em sua maioria temos as de abordagem qualitativa, cinco das seis produções selecionadas e quanto às contribuições destes estudos para a gestão municipal dos serviços de saúde e para a EPS, percebe-se que três deles focam na EPS como ferramenta da

gestão para a qualificação de profissionais em saúde, enquanto que os demais apontam para a EPS como dispositivo para qualificação dos gestores/gestão municipal (is) em saúde. Quanto as áreas contempladas pelos estudos, estas vão desde a formação até o controle social.

Os resultados deste estudo são importantes uma vez que apontam um panorama geral de como está acontecendo a utilização da PNEPS como ferramenta e ou dispositivo pela gestão municipal para qualificação dos serviços em saúde. Foi possível identificar lacunas importantes quanto à produção no que concerne a pouca utilização da PNEPS como dispositivo de gestão municipal, bem como a necessidade de qualificação da gestão para a utilização desta ferramenta.

Por fim, evidenciou-se que a implementação da EPS ainda é incipiente e necessita ser amplamente discutida nos espaços de gestão como política pública que visa a transformação das práticas profissionais e o fortalecimento do SUS.

REFERÊNCIAS

AARESTRUP, C.; TAVARES, C. M. M. A formação do enfermeiro e a gestão do sistema de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 228-234, 2008.

ALVES, J. C. R. **Política Nacional de Educação Permanente no SUS: estudo da implementação sob a perspectiva dos gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Teresópolis em 2006**. 2007. 184f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

ALVES, J. S.; ASSIS, M. M. A. Gestão do trabalho: abordagens teóricas e políticas no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). **Rev. Baiana de Saúde Pública**, v. 35, supl. 1, p. 55-67, jan./jun. 2011.

ANDRADE, S. R.; MEIRELLES, B. H. S.; LANZONI, G. M. M. Educação Permanente em Saúde: atribuições e deliberações à luz da Política Nacional e do Pacto de Gestão. **Rev. O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.35, n. 4, p.373-381, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 198/GM/MS em 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. **Diário Oficial da União nº 32/2004, seção I** República Federativa do Brasil, Poder executivo, Brasília, DF, 2004a. Disponível em:< <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portariagm198polos.pdf>>. Acesso em 12 set. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 8080/90. 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 República Federativa do Brasil em 20/09/1990**, Brasília (DF), 20 de setembro de 1990. Disponível em:

<http://www.cff.org.br/Legisla%C3%A7%C3%A3o/Leis/lei_8080_90.html>. Acesso em: 20 de jun. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão.** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006c, 72p.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. NOB 96.** Portaria do Ministério da Saúde Nº 2203 de 06/11/1996. Disponível em:<<http://dtr2002.saude.gov.br/cooperasus/sus/download/nob96.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a, 114 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.68 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. 36p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 68 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009, 64p.

_____. **Portaria No. 399, de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Diário Oficial da União. Brasília, n. 39, p. 43-51, 23 fev. Seção 1. 2006a.

_____.Portaria No. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Diário Oficial da União. Brasília, n. 39, p. 43-51, 23 fev. Seção 1. 2006d.

_____.Portaria No. 699, de 30 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. Brasília, n. 64, p. 49, 3 abr. Seção 1. 2006e.

_____. **Portaria No. 699, de 30 de março de 2006.** Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. Brasília, n. 64, p. 49, 3 abr. Seção 1. 2006b.

_____. Senado Federal. Secretaria Especial de Editoração e Publicações. Subsecretaria de Edições Técnicas. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Texto consolidado até a Emenda Constitucional N° 64 de 04 de fevereiro, 2010. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/leislação/const/com1988/CON1988_04.02.2010/CON1988.pdf>. Acesso em: 20 out. 2012.

_____. NOAS-SUS 01/2001. **Municipalização com qualidade: Projeto mais Saúde**. Brasília, DF: MS, 2001, 79p.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 7, p. 401-412, 2002.

CARDOSO, I. M. Rodas de Educação Permanente na Atenção Básica em Saúde: analisando contribuições. **Rev. Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, supl. 01, 2012.

CAROTTA, F.; KAWAMURA, D.; SALAZAR, J. Educação Permanente em Saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. **Revista Saúde e Sociedade**, v.18, supl.1, p. 48-51, 2009.

CARVALHO, A. I.; BARBOSA, P. R. **Organização e funcionamento do SUS**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração, UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2010, 190p.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Rev. Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p.161-77, set./fev.2005b.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005a.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral de administração**. São Paulo, McGraw-Hill, 2000.

CIAMPONE, M. H. T.; KURCGANT, P. O ensino da administração em enfermagem no Brasil: o processo de construção de competências gerenciais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 4, p. 401-407, 2004.

COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE, CNRMS. **Resolução da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS nº 2 de 13 de 04 de 2012**. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde, 2012.

COTRIM, R. de C. **A descentralização federativa, regras institucionais e desempenho municipal da saúde no Brasil: um estudo comparativo**. Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz – ENSP – FIOCRUZ – Rio de Janeiro, 2006.

FELLI, V.; PEDUZZI, M. **O trabalho gerencial em enfermagem**. In: Kurcgant, Paulina (org). Gerenciamento em Enfermagem. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2005.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **Projeto de Curso Nacional de Qualificação dos Gestores do SUS**. Escola de Saúde Pública Sergio Arouca-ENSP, s/d.

GUIMARÃES, T. G. **Papel do preceptor na Residência Multiprofissional**: experiência da nutrição. Trabalho de Conclusão de Especialização em práticas Pedagógicas, UFRGS, 2010. Disponível em:

<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/32964/000759982.pdf?sequence=1>>.

Acesso em: 08 jun. 2014.

HENRIQUES, R. L. M. Interlocução entre ensino e serviço: possibilidades de ressignificação do trabalho em equipe na perspectiva da construção social da demanda. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs). **Construção social da demanda**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2005.

KUSCHNIR, R. C.; CHORNY, A. H.; LIRA, A. M. L. **Gestão dos sistemas e serviços de saúde**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES : UAB, 2010, 180p.

LEVCOVITZ, E. et al. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 2, p. 269-291, 2001.

LIMA, J. C. Histórias das lutas sociais pó saúde. **Rev. Trabalho Necessário**, v. 4, n. 4, 2006.

MASSAROLI, A.; SAUPE, R. **Distinção conceitual**: educação permanente e educação continuada no processo de trabalho em saúde. 2008. Disponível em:<
<http://www.abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.045.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2012.

MENDES, A. N. **Financiamento, gasto e gestão do SUS: a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema no Estado de São Paulo (1995–2001)**. Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Brasil, 2005.

MENDES, J. M. R. et al. Gestão na saúde: reforma sanitária às ameaças de desmonte do SUS. **Rev. Texto e Contexto**: Porto Alegre, v.10, n.2, p. 331-344, ago./dez. 2011.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do Conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde**: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Fiocruz, 2005.

NICOLLETO, S. C. S. et al. Pólos de educação permanente em saúde: uma análise da vivência dos atores sociais no norte do Paraná. **Revista Interface**, v.13, n.30, p. 209-219, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, (OMS). **Oficina Regional de la organización de la salud, educacion continua**: guia para la organización de programas de educacion continua para el personal de salud. Washington, 1978.

PAGANI, R.; ANDRADE, L. O. M. Preceptoria de território, novas práticas e saberes na estratégia de educação permanente em saúde da família: o estudo do caso de Sobral, CE. **Rev. Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.21, supl. 01, maio 2012.

PINTO, I. C. M.; TEIXEIRA, C. F. Formulação da Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: o caso da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil, 2007-2008. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 1777-1788, set. 2011

RICALDONI, C. A. C.; SENA, R. R. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, p. 837-842, nov./dez., 2006.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, BAHIA. Superintendência de Recursos Humanos da Saúde. Diretoria de Gestão da Educação e do Trabalho na Saúde. Coordenação de Gestão da Educação Permanente. **Educação Permanente para o Controle Social no SUS**, 2008. Disponível em:<

<http://www1.saude.ba.gov.br/superh/arquivos/Apresenta%C3%A7%C3%A3oes%20do%20Primeiro%20Encontro%20MobilizaSUS/Educa%C3%A7%C3%A3o%20Permanente%20para%20o%20Controle%20Social%20-%20DGETS.ppt>>. Acesso em: 08 jun 2014.

SOLLA, J. J. S. P. Avanços e limites da descentralização no SUS e o Pacto de Gestão. **Rev. Baiana Saúde Pública**, v. 30, p. 332-348, 2006.

VICENT, S. P. Educação permanente: componente estratégico para a implementação da política nacional de atenção oncológica. Seção Especial Educação permanente em atenção oncológica. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 1, p. 79-85, 2007.

WEIRICH, C. F. et al. O trabalho gerencial do enfermeiro na Rede Básica de Saúde. **Rev. Texto Contexto Enfermagem**, v.18, n. 2, p. 249-257, 2009.