

5º Encontro Anual da Anpocs

GT 29 - POLÍTICAS PÚBLICAS

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: diretrizes e operacionalização

Márcia Schott

Silvia Gerschman

Introdução

A área da saúde conta atualmente com a implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde para o SUS (PNEPS) instituída pela Portaria 198/GM/MS em 2004. Já em 2007 o Ministério da Saúde (MS) emitiu a Portaria N° 1.996/GM/MS com as novas diretrizes para a PNEPS objetivando avançar em sua implementação. Este estudo¹ trata aspectos específicos da implantação desta Política no estado do Rio de Janeiro a partir da primeira portaria.

Entre as Orientações e Diretrizes para a Operacionalização da Política de Educação Permanente apresentadas pela Portaria 198 estão as bases dos Pólos, das quais

“estabelecer-se como articulação interinstitucional locorregional como roda de gestão da Educação Permanente em Saúde (coordenação, condução e avaliação) e não de execução direta de ações (é um lugar de debate e decisão política e não o lugar executivo da implementação das ações)” (Brasil, 2004).

A gestão colegiada dos Pólos propôs uma maior participação da sociedade no âmbito da qualificação do profissional de saúde. Até então, esse era um tema discutido essencialmente no domínio das instituições de ensino em parcerias com as instâncias governamentais da saúde como o MS e as Secretarias de Estado da Saúde (SES). A PNEPS tem portanto dentre seus balizamentos um dos princípios do próprio Sistema Único de Saúde (SUS) que é a participação popular (Labra, 2005).

O Colegiado de Gestão dos Pólos deveria ter a representação de todos os participantes dentre os quais:

“gestores estaduais e municipais de saúde e de educação, instituições de ensino com cursos na área da saúde, escolas técnicas,

¹Este estudo fez parte de uma pesquisa, realizada nos anos 2006 e 2007, intitulada “Programa de Avaliação da Política de Educação Permanente em Saúde” com coordenação do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. A avaliação dos Pólos de Educação Permanente no estado de São Paulo está publicada nos Cadernos de Atenção Básica – Estudos Avaliativos - 4 (Consórcio de Medicina USP, 2008). A análise do processo de implantação da Política no RJ e em outros estados está publicada em Pierantoni e Viana (2010).

escolas de saúde pública e demais centros formadores das secretarias estaduais e municipais de saúde, núcleos de saúde coletiva, hospitais de ensino e serviços de saúde, estudantes da área da saúde, trabalhadores de saúde, conselhos municipais e estaduais de saúde e movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde” (Brasil, 2004).

A diversidade de representantes na Roda de Gestão dos Pólos implica na participação de instituições variadas como aquelas do ensino, do serviço e da gestão. Neste sentido a dinâmica de funcionamento dos Pólos passa necessariamente pelo estabelecimento de relações interinstitucionais através das quais serão construídas e estabelecidas as ações necessárias para a qualificação do profissional de saúde na localidade de abrangência.

As articulações interinstitucionais e intersetoriais são apontadas por Ceccim (2003) no que diz respeito ao projeto de formação e desenvolvimento no SUS que para o autor se faz pela articulação entre as instituições formadoras de pessoal de saúde, as escolas de governo e outros parceiros do campo da educação de profissionais de saúde. Para além de relações institucionais constata-se nesse arranjo a existência de grande intersetorialidade uma vez que a formação/qualificação profissional perpassa diferentes setores como a educação e os serviços de saúde. Esta relação, se configurada como um modelo de estrutura organizacional do governo, levaria à introdução de práticas de planejamento e “*avaliação participativas e integradas, o compartilhamento de informações e a permeabilização ao controle social*” (Inojosa, 1998, p. 47).

Foi pensando num método de *análise e co-gestão de coletivos* que Campos (2000) propôs o *Método da Roda*. O autor destaca que o *taylorismo* e com isso a racionalidade administrativa comum nas organizações leva a uma alienação do trabalhador sobre os processos de trabalho e os resultados desejados. Tendo o trabalho “*como um dos caminhos necessários à própria constituição do Sujeito*” (p. 54) e discutindo a instituição como uma *Obra coletiva* o autor aponta como um desafio o fortalecimento do Sujeito “*... para que ele se autorize e tenha capacidade de negociar e solidarizar-se com outros Sujeitos ou Instituições, partindo do reconhecimento do outro também como Sujeito, ou seja, como ser*

com desejos e interesses a serem considerados” (p. 137). O Método da Roda objetiva a constituição de *Coletivos Organizados*

“[...] o que implica construir capacidade de análise e de co-gestão para que os agrupamentos lidem tanto com a produção de bens e serviços, quanto com sua própria constituição” (p. 36).

Na PNEPS conforme estabelecida pela Portaria 198, embora haja valorização do sujeito que participa da Roda, há ênfase nas decisões coletivas. As decisões coletivas são aquelas não-individuais em que o sujeito que decide não é o singular mas o *coletivo* ou o *grupo* (Bobbio et al, 2004).

Segundo Ceccim & Feuerwerker (2004) a interinstitucionalidade e a locorregionalização permitem na dinâmica da roda a entrada das instituições formadoras, do movimento estudantil e do movimento popular pressupondo acordos provisórios seguindo e respeitando multiplicidades para obtenção de resultados responsáveis. Pressupõe-se portanto com essa proposta que os Pólos de Educação Permanente fossem um Colegiado de Gestão ou seja, não tivessem um gestor apenas tomando as decisões de forma piramidal, verticalizada, de cima para baixo.

Há no entanto um contraponto no âmbito das diretrizes da Política pois embora a nível locorregional se estabeleça uma gestão participativa/colegiada buscando o rompimento de verticalidade nas decisões, notou-se além desse espaço local, a existência de mecanismos de controle verticalizados e centralizadores do MS como aqueles relacionados ao financiamento de projetos pois havia a dependência da instância federal como financiador exclusivo e o avaliador final dos projetos.

Correia (2000) abordando o controle social sobre a política de saúde o adota como *“a capacidade que a sociedade civil tem de interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses da coletividade”* (p . 53). A autora ressalta neste sentido, o controle social sobre os gastos públicos sendo resultado tanto do processo de democratização do país como pressuposto para consolidação da democracia:

“Dessa forma, o controle social passa a existir, como possibilidade de os movimentos sociais influenciarem as políticas públicas de forma

que estas atendam às suas demandas, durante o processo de democratização do país, em que a descentralização é tema central, contraposto ao processo de centralização do Estado durante a ditadura” (p 55).

De acordo com Baptista (2005) a *descentralização* enquanto um dos princípios do SUS apresenta-se como uma proposta de promoção de uma maior democratização do processo decisório na saúde.

Segundo a autora, a descentralização é vista tanto como “*uma estratégia para o enfrentamento das desigualdades regionais e sociais*” como uma “*estratégia de democratização porque possibilitaria à população um maior controle e acompanhamento das ações públicas*” (p. 34). No sentido da *democratização*, a *participação popular* é também um princípio do SUS que “*trata da garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, poderá participar do processo de formulação das políticas e do controle de sua execução*” (idem, p. 35).

Para o *gerenciamento do processo de descentralização do SUS* foram instituídas comissões intergestores (CIB e CIT) conforme definido pela NOB-SUS 01/93 que teve por objetivo “*disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde*” (Brasil, 1993):

- ✓ Comissão Intergestores Bipartite (CIB): de âmbito estadual é “*integrada paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde do estado (...) sendo a instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS*” (Brasil, 1993).
- ✓ Comissão Intergestores Tripartite (CIT): de âmbito nacional é “*integrada paritariamente por representantes do Ministério da Saúde e dos órgãos de representação do conjunto dos Secretários Estaduais de Saúde/CONASS e do conjunto dos Secretários Municipais de Saúde/CONASEMS, tem por finalidade assistir o Ministério da Saúde na elaboração de propostas para a implantação e operacionalização do SUS submetendo-se ao poder deliberativo e fiscalizador do Conselho Nacional de Saúde*” (Brasil, 1993).

Ribeiro (1997) considera que essas comissões são evidência da proliferação de organismos colegiados no SUS e aponta:

“A possibilidade das comissões intergestores, de caráter intergovernamental, atuarem em sintonia com os conselhos amplia o caráter institucional que eles possuem, porém estas comissões têm apresentado uma dinâmica decisória caracterizada menos por uma subordinação formal aos conselhos de saúde e mais por um forte tensionamento da política pela especialização técnica adquirida por seus componentes” (p. 89).

Oliveira (2003) conclui sua análise sobre esses espaços de negociação considerando que:

“as Comissões Intergestores se afirmaram na área da saúde como instâncias privilegiadas e estratégicas de negociação entre os gestores de diferentes esferas de governo. Ao deliberar conjuntamente sobre as políticas de saúde no âmbito nacional e estadual, a CIB configura um avanço da tentativa de concretizar um arranjo federativo na saúde. Desta forma, as reuniões dessas comissões constituem um espaço de expressão de conflitos e construção de consensos entre os gestores, além de representarem oportunidades de trocas de experiências e de formação dos gestores” (p. 67).

Segundo a Portaria 198/2004 essas instâncias teriam papel fundamental desde a implementação dos Pólos à realização dos projetos elaborados. A CIB teria inicialmente a responsabilidade de atuar na pactuação das localregionalizações propostas e posteriormente pactuar os projetos que já tivessem sido passado no Colegiado de Gestão. O Conselho Estadual de Saúde (CES)² deveria aprovar os projetos de cada estado a fim de que eles sejam

²O Conselho de Saúde é um órgão colegiado com representação do governo, dos prestadores de serviço, dos profissionais de saúde e dos usuários. Em caráter permanente e deliberativo “*atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente*” (Brasil, 1990).

encaminhados ao MS. Tanto essas Comissões quanto os Conselhos deveriam estar aptos para decidir a respeito de questões que não conseguiram consenso no Colegiado de Gestão.

Percebe-se nessa estrutura operacional a importância da constituição e do funcionamento dessas instâncias de gestão pois se os Pólos não conhecessem as necessidades locais e, a partir de então, estabelecessem, através de projetos, propostas para o atendimento das necessidades na formação e desenvolvimentos dos trabalhadores da saúde, a Política não se efetivaria. Por outro lado, há também um mecanismo de atrelamento da educação dos trabalhadores à decisão política do MS que acredita os projetos e aloca os recursos financeiros necessários.

Faz-se necessário, portanto, para assegurar uma formação/qualificação que dê respostas à realidade local do trabalho em saúde e contemple os trabalhadores nela inseridos, que as instâncias previstas, essencialmente o Colegiado de Gestão, e as demais já estabelecidas, como o CES e a CIB, e todas as instituições nelas representadas, assumam o papel que cada uma tem no processo de implementação e desenvolvimento da Política superando os desafios de uma participação comprometida com os objetivos da mesma. Há que se analisar também se os mecanismos operacionais instituídos pela Portaria favoreciam ou não o processo de implementação da Política. Neste sentido objetivamos neste estudo compreender a operacionalização da Política no estado do RJ mediante as diretrizes estabelecidas pela Portaria 198/2004.

Considerações metodológicas

A partir da configuração de 9 Regiões de Saúde adotada pela SES, o Estado do Rio de Janeiro constituiu 5 Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS (PEPS): PEPS da Região Metropolitana I; PEPS da Região Metropolitana II e Baixada Litorânea; PEPS da Região Centro-Sul, Médio Paraíba e Baía de Ilha Grande; PEPS da Região Serrana; PEPS da Região Norte e Noroeste.

No ano de 2006 foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com 8 atores-chave no processo de implementação e constituição dos Pólos no estado. Analisou-se³ o processo decisório de formação e funcionamento dos cinco Pólos de Educação Permanente em Saúde (PEPS) constituídos a partir da Portaria inicial.

A Política no estado do RJ: dificuldades de operacionalização

No sentido da operacionalização da PNEPS foram estabelecidas normas e mecanismos para condução do processo político. Na análise do processo de implementação e desenvolvimento dos PEPS no RJ observa-se que as dificuldades de operacionalização da Portaria 198 decorreram principalmente dos impasses interinstitucionais entre o MS e a SES; a deficiente atuação do MS quanto ao cumprimento de suas atribuições; o despreparo das instâncias estaduais (CIB e CES) responsáveis pela avaliação dos projetos neste nível da federação e a falta de apoio dos gestores municipais.

No âmbito deste estudo foram identificadas, portanto dificuldades de operacionalização principalmente das seguintes diretrizes estabelecidas pela Portaria 198: acreditação de projetos pelo MS; apoio técnico, financeiro e operacional do MS; avaliação dos projetos pelas instâncias estaduais; implementação e mobilização dos Pólos de Educação Permanente; interlocução permanente entre as instituições de representação municipal, estadual e federal.

É importante considerar nesta análise em que medida essas diretrizes poderiam realmente ser operacionalizadas nos diferentes contextos locorregionais levando em conta os aspectos políticos, institucionais e históricos. Embora os Pólos tenham sido constituídos como uma instância *interinstitucional* e *locorregional* pode ser observada uma grande dificuldade de se levar em conta o contexto local na operacionalização da Política:

³A pesquisa sobre o processo decisório de formação e funcionamento dos cinco Pólos de Educação Permanente em Saúde (PEPS) no estado do RJ constituídos a partir da 198/GM/MS em 2004 está publicada em Pierantoni e Viana (2010). A análise de que trata este texto faz parte da dissertação de mestrado intitulada “Análise das Instâncias Gestoras Constituídas na Implementação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde no Estado do Rio de Janeiro” (Schott, 2008).

“[...] eu acho importante colocar aqui que os idealizadores das políticas não necessariamente conhecem como as instâncias reagem às formulações, e como é que determinadas políticas ocorrem na prática. Então entre a teorização e o modus operandi existe um desconhecimento muito grande por parte dos autores das políticas” (Entrevistado Z).

“Nós temos um processo de construção, e esse processo de construção do PEP, não levou em consideração a história local” (Entrevistado Y).

A proposta de uma gestão colegiada para os Pólos era justamente o rompimento da “verticalidade do comando e da hierarquia nos fluxos”. Todavia é necessário avaliar a viabilidade dos mecanismos operacionais propostos, e neste caso, principalmente o financiamento e a acreditação dos projetos pelo MS, e a aprovação por instâncias estaduais. Constata-se que esses mecanismos não favoreceram a horizontalidade dos fluxos. Os projetos tinham que sair das instâncias locorregionais, passarem pelo nível estadual e serem encaminhados ao MS. Esse modelo de operacionalização manteve a centralidade do MS como ator-chave na condução da Política:

“A gente ainda vê uma atitude assim muito vertical do Ministério para baixo” (Entrevistado Y).

“Quer dizer, o Brasil tem vários brasis dentro dele. E se você pega, uniformiza tudo e aí você cria a figura do avaliador do projeto, que não dialoga com os autores dos projetos e que decide lá em cima no Ministério: esse serve, esse não serve” (Entrevistado X).

“... não adianta ficar lá no Ministério elocubrando como é que vai fazer. Tem as instâncias, tem os Conselhos de Secretários, Secretários Municipais, Secretários Estaduais, tem a Tripartite – que

senta Ministério e essas duas entidades – tem o Conselho Nacional de Saúde, tem instâncias já estabelecidas que podem estar discutindo essa remodelagem, essa reconfiguração da proposta” (Entrevistado Z).

No estado do RJ o maior entrave para realização das atividades propostas pelos Pólos foi justamente no fluxo de encaminhamento e avaliação dos projetos. Quando os mesmos conseguiam sair da instância estadual, demoravam chegar na instância federal e de lá não retornavam mais. Os Pólos insistiam numa interlocução com o MS para conseguirem algum retorno dessa avaliação o qual não foi satisfatório em nenhum dos casos relatados:

“A operacionalidade dela não foi pensada certamente. Então eu acho que foi esse desastre que a gente viu aí, onde na verdade, as diversas instâncias não conseguiram ter um grau de interlocução importante” (Entrevistado Y).

A falta de interlocução com a SES a princípio foi também uma barreira no processo de implementação da política. Houve uma certa dualidade na estratégia colocada pelo MS: a implementação se daria da interlocução do MS com os atores locorregionais mas atividades dos Pólos, como a elaboração dos projetos, tinham que passar por instâncias estaduais. Embora essas instâncias (CIB e CES) não fossem necessariamente a SES muitas vezes os mesmos atores ocupam as diferentes arenas e essas estão articuladas entre si. Mesmo que a opinião dos entrevistados tenha sido controversa quanto à atuação da SES, o não reconhecimento do seu papel delegado ou não no processo foi um fator de entrave na implementação da Política no estado.

Entende-se portanto que romper com as trajetórias históricas das instituições pode não ser a melhor estratégia pois desconsidera a importância crucial das instituições para a decisão, formulação e implementação de políticas públicas (Souza, 2005). Há que se considerar na formulação e implementação de uma política, uma vez que se deseje a real consolidação das propostas, o papel e a atuação previamente exercidos pelas instituições já envolvidas e aquelas que farão parte do processo num ou noutro momento. Esse

conhecimento implica em previamente reconhecer e considerar o significado dessas instituições e de seus atores nos diversos campos –político, educacional e do serviço – nos diferentes níveis da federação – municipal, estadual e federal. E neste caso, da Política de Educação Permanente como proposta, seria necessário ter conhecimento do comportamento dessas instituições também no nível locorregional.

A criação de uma instância locorregional para condução da Política considera o princípio estabelecido da *descentralização* da gestão setorial. De acordo com Silva & Lima (2005) a política de descentralização na área da saúde tem sido conduzida de modo centralizado pelo MS, por meio da formulação e implementação de instrumentos reguladores legais que são as Normas Operacionais⁴. Os autores consideram também que a normatização promovida pelo MS “esvaziou” o papel regulador da esfera estadual de gestão.

Gerschman (2010) acrescenta em estudo sobre a formulação e implementação da política de saúde no Estado do Rio de Janeiro que *“não é apenas a ausência de definição de atribuições da esfera estadual que inviabilizou a implementação do SUS no estado. O problema obedece à falta de acordos políticos para o andamento de políticas integradas entre instâncias federadas. O estado não assumiu um projeto próprio para a saúde, nem de financiamento, aplicação e fiscalização de recursos capazes de desenvolver o SUS no marco da política nacional de saúde”*.

Ferla e Martins Júnior (2001) apontam como um desdobramento da descentralização na área da saúde uma frágil organização das ações e serviços supramunicipais, baixa capacidade técnica dos municípios de pequeno porte no manuseio de instrumentos legais e normativos de regulação além de uma competição velada entre os municípios.

Em 2001 o MS editou nova Norma Operacional que traz a regionalização como eixo central para organização de sistemas funcionais de saúde (Silva & Lima, 2005). Não obstante os Pólos de Educação Permanente foram também concebidos como dispositivo de agregação e direcionalidade das diferentes instituições responsabilizadas por um

⁴Conforme Oliveira (2003), “as normas operacionais básicas de saúde, instrumentos fundamentais de regulação da descentralização do SUS, têm servido principalmente para regulamentar a divisão de responsabilidades entre União, estados e municípios, a relação entre os três níveis de governo e os mecanismos de financiamento, incluindo critérios e fluxos de recursos” (p. 61). A autora discute as 6 (seis) normas publicadas desde a promulgação da Lei Orgânica da Saúde em 1990.

determinado território que pode abranger municípios vizinhos – dentro ou fora dos limites de um mesmo estado (Brasil, 2004).

Em 2006, a regionalização ganha centralidade na política de saúde ao ser estabelecida como eixo estruturante do Pacto pela Saúde⁵.

Portanto pode-se dizer que as diretrizes da Política de Educação Permanente (locorregionalização/gestão colegiada) estão pautadas em pressupostos já determinados e conhecidos no processo da Reforma Sanitária.

Arretche (2005) analisando o processo de construção institucional do SUS faz as seguintes considerações:

- 1) As regras e arenas decisórias do sistema estão estabelecidas;
- 2) Ainda que o movimento sanitário tenha sido hegemônico em sua construção seu desenho não coincide com a agenda de nenhum grupo o que leva a constantes mudanças;
- 3) O SUS expressa um modelo de descentralização particular pois simultaneamente concentra autoridade no governo federal e garante representação dos principais atores no processo decisório;
- 4) As funções de financiamento e coordenação atribuídas ao Ministério da Saúde implicaram na concepção deste ator como o mais poderoso no processo de implementação da reforma sanitária no país.

Essas questões apontadas pela autora referentes à política da reforma da saúde no Brasil permitem visualizar na implementação da Política de Educação Permanente a reprodução dos mesmos mecanismos institucionais adotados pelo Estado nesse processo. Na própria Portaria 198 que institui a Política esses elementos reproduzidos podem ser observados:

- a) Centralidade mais controle social: aprovação da proposta do Ministério da Saúde pelo Conselho Nacional de Saúde e pactuação pela Comissão Intergestores Tripartite;
- b) Gestão Colegiada: garantida a representação no processo decisório;

⁵A PORTARIA Nº 399/GM DE 22 de fevereiro de 2006 divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS com seus três componentes: Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto (Brasil, 2006).

- c) Condução locorregional: descentralização da política;
- d) Controle dos incentivos: financiamento com recursos do Orçamento do Ministério da Saúde;
- e) Acreditação dos projetos pelo Ministério da Saúde: poder de veto em última instância.

A perspectiva neo-institucionalista reconhece que o Estado assim como as demais instituições *“influenciam diretamente a cultura política, a estratégia dos atores e a produção da própria agenda de questões a serem objeto de políticas, enquadrando a luta política através das suas instituições”* (Marques, 1997, p. 81). O autor cita como exemplo a criação de uma agência responsável por um determinado tema ou política que repercute num aumento de demandas por aquele tema, *“provocando uma possível alteração na agenda de questão que são levadas ao Estado”* (idem, p. 82). Na saúde, um exemplo importante foi a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), a partir da qual a política de educação em saúde tem se destacado entre as políticas de saúde e não só ela mas também o avanço nas discussões no âmbito do trabalho e da gestão em saúde.

Menicucci (2007) discutindo a implementação da Reforma Sanitária brasileira chama a atenção para o fato de que

“o processo de formação de uma política se dá a partir da interação entre formulação, implementação e avaliação” (p. 303). Neste sentido o sucesso da política está associado *“a capacidade de obtenção de convergência entre os agentes implementadores em torno dos objetivos da política e, particularmente, do suporte político daqueles por ela afetados”* (idem).

Assim como foi possível identificar pontos comuns entre o processo de construção do SUS apontados por Arretche (2005) com a PNEP, são identificáveis também semelhanças no processo de implementação da reforma sanitária feita por Menicucci (2007) com a implementação desta política.

A autora considera como argumento inicial para essa análise a exigência de decisão e iniciativa governamental para implantação de uma política bem como dos instrumentos para sua efetivação, “*entre os quais a disponibilidade de recursos financeiros e suporte político organizado, particularmente por parte dos grupos sociais afetados positivamente por ela*” (idem, p. 305).

No processo de implementação da PNEPS no estado do RJ, a indisponibilidade de recursos financeiros foi fator chave de entrave no desenvolvimento dos Pólos. Não houve financiamento por parte dos *grupos por ela afetados* uma vez que o orçamento estava previsto como responsabilidade do MS. Pode-se observar também que o financiamento foi um incentivo à participação de muitos atores seja por se beneficiarem direta ou indiretamente. Constata-se que assim como no âmbito da reforma, o financiamento foi o *calcanhar-de-aquiles* da política no estado (idem, p. 310).

É interessante destacar a consideração da autora sobre a escassez de recursos no financiamento do SUS:

“Mas dado o custo político de uma redução programática das propostas do SUS, em um quadro de consolidação da democracia, parece consistente supor que não garantir o aporte de recursos necessários à operacionalização do SUS constitui uma estratégia indireta de inviabilização sistêmica” (idem, p. 311).

Na indução de uma conclusão, há que se questionar no que diz respeito ao financiamento da PNEP no RJ, em que medida a falta de recursos tenha sido estratégica, seja por questões políticas locais ou por um reflexo da conjuntura de restrição orçamentária da saúde dado “*o contexto político-econômico de ajustes e reconfiguração da agenda política*” (idem, p. 20).

A complexidade dessas relações nesta política é discutida em parte por Durão (2006). Discorrendo sobre *direcionamentos e controvérsias* da EPS a autora considera:

“A educação permanente, embora destaque a necessidade de se aprimorar o saber técnico-científico dos profissionais, busca, fundamentalmente, restituir o elo perdido entre o caráter ontológico

que constitui o trabalho e a forma que este se apresenta atualmente, ou seja, deseja restaurar nos locais de trabalho a autonomia o comprometimento, o vínculo, a responsabilidade etc”. “Os limites para o enfrentamento dessas questões, não podem ficar circunscritos à prática, tem que se ir a fundo nas causas que vem tornando a situação cada dia mais precária e, portanto, complexa” (126); “[...] este tipo de ação pode mobilizar trabalhadores e usuários para o enfrentamento dessas questões, mas cabe indagar até quando essas se sustentam, sem uma mudança efetiva nas condições de trabalho que as geram. Por um certo tempo, podem motivar o trabalhador para uma mudança, mas se não houver medidas concretas no trabalho este tipo de política pode cair em descrédito” (p. 128).

Há neste caso uma reflexão sobre a ênfase dada à educação permanente num contexto de grandes debilidades dos serviços de saúde reflexo também da escassez de recursos para o setor. Se por um lado, a educação ganha centralidade, por outro, mesmo que a política seja devidamente implementada, há que se questionar em que medida ela pode dar conta de melhorar a qualidade dos serviços de saúde neste contexto.

Souza (2007) discutindo o papel das instituições nas políticas públicas e reconhecendo as contribuições do neo-institucionalismo, faz o seguinte questionamento-

“Como as instituições influenciam os resultados das políticas públicas e qual a importância das variáveis institucionais para explicar resultados de políticas públicas?” (p. 82).

A resposta dada considera as instituições como capazes de facilitar ou dificultar o curso das políticas, redefinindo também as alternativas políticas e mudando a posição relativa dos atores.

A operacionalização da Política tal como definida pela Portaria 198 enfrentou grandes desafios principalmente quanto ao fluxo de encaminhamento e avaliação dos projetos. Os mecanismos estabelecidos não favorecem com o rompimento da *“verticalidade do comando e da hierarquia nos fluxos”*.

A indução da PNEPS pelo MS, como ator-chave que detém os recursos de poder e conduz o processo político estabelecendo as normas e os mecanismos operacionais, impõe sobre as instâncias gestoras dos Pólos um cerceamento de tal forma que a roda pode e deve girar mas em torno do próprio eixo e, que é dado por esse ator central.

Entende-se, portanto, que definir as diretrizes e estabelecer os mecanismos operacionais de uma Política implica, para o êxito da proposta, considerar as instituições que poderão *facilitar ou dificultar* o curso da mesma. Tal consideração leva a expectativa de que agregar a trajetória histórica das instituições ao processo político desde sua formulação pode suprimir conflitos possíveis e até evitáveis, e desvios desnecessários, remindo o tempo que também é histórico para que se alcance os objetivos esperados.

Constatou-se que no estado do RJ a hierarquia existente no fluxo de encaminhamento dos projetos entre as instâncias locais, o estado e o Ministério da Saúde, acarretou grande atraso na tramitação das propostas. Por fim, compreende-se que o processo de implementação da Política não considerou os arranjos institucionais existentes nos três níveis da federação e sua relevância como determinantes do curso da mesma.

Considerações finais

Em 2007 o MS emitiu a Portaria Nº 1.996/GM/MS com as novas diretrizes para a PNEPS. Tendo como referência o Pacto de Gestão compreendido no Pacto da Saúde de 2006, esta Portaria prevê a construção de um Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde enfatizando as especificidades regionais elaborado pelas instâncias já previstas no Pacto de Gestão, a saber, os Colegiados de Gestão Regional com apoio das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES). Quanto ao financiamento da Política, o mesmo se dará pela transferência de recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde estaduais e municipais observando as pactuações estabelecidas (Brasil, 2007).

Há que se compreender melhor como serão efetivadas as novas diretrizes e como os Colegiados de Gestão já instituídos nos PEPS serão incorporados nesse rearranjo estrutural da Política ou mesmo se eles serão extintos.

Será que esse rearranjo favorecerá o fluxo das propostas e contribuirá para a horizontalização na gestão da educação em saúde? De certa forma a expectativa pode recair sobre o novo mecanismo de financiamento uma vez que se busca uma descentralização do mesmo. Porém como as instâncias que passarão a ser responsáveis pela Educação Permanente são também estruturas recentes, qual será o papel da PNEPS na configuração e consolidação dessas instâncias? Essas e outras questões já permeiam as discussões nesta área e certamente tem sido objeto de estudo para outras pesquisas no sentido de acompanhar o desenvolvimento da Política.

Referências

Baptista TWF. O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, organizador. Textos de Apoio. Políticas de Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

Bobbio N, Matteucci N, Pasquino G. Dicionário de Política. Brasília: Universidade de Brasília: São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo; 2004.

Brasil 1990. Lei Nº 8.142. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Presidência da República; 1990.

Brasil 1993. Portaria 545. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma operacional Básica – SUS 01/93. Ministério da Saúde; 1993.

BRASIL 2004. Portaria 198GM/MS. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Ministério da Saúde; 2004.

Brasil 2006. Portaria 399/GM. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Ministério da Saúde; 2006.

Brasil 2007. Portaria 1.996 GM/MS. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Ministério da Saúde; 2007.

Campos GWS. Um Método para Análise e Co-gestão de Coletivos. São Paulo: Editora Hucitec; 2000.

Ceccim RB. Formação e desenvolvimento na área da saúde: Observação para a política de Recursos Humanos no SUS. In: Brasil. Ministério da Saúde. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil. Estudos e Análises. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. p. 373-413.

Ceccim RB & Feuwerker LCM. O quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *Physis – Rev. Saúde Coletiva* 2004; 14: 41-65.

Consórcio Medicina USP. Recursos Humanos na Atenção Básica, Estratégias de Qualificação e Pólos de Educação Permanente no Estado de São Paulo. Cadernos de Atenção Básica – Estudos Avaliativos -4. Centros de Estudos de Cultura Contemporânea: São Paulo, 2008.

Correia MVC. Que Controle Social? Os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000.

Durão AVR. Educação Permanente em Saúde: Direcionamentos e Controvérsias. In: EPSJV. Estudos de Politécnia. Rio de Janeiro: EPSJV; 2006. 107-130.

Ferla A & Martins Júnior F. Gestão solidária da saúde: a experiência da gestão estadual do SUS no Rio Grande do Sul. *Divulgação em Saúde para Debate* 2001; 23:8-20.

Gerschman S. Formulação e implementação de políticas de Saúde no Estado do Rio de Janeiro. In: Ugá MAD, Sá dCM, Martins M, Neto CBF, organizadores. A Gestão do SUS no âmbito Estadual o caso do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. P. 69-88.

Inojosa RM. Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. Revista de Administração Pública 1998; 32: 35-48.

Labra ME. Conselhos de Saúde: Dilemas, avanços e desafios. In: Lima NT, Gerschman S, Edler F, Suarez JM, organizadores. Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 353-383.

Marques EC. Notas críticas à Literatura sobre Estado, Políticas Estatais e Atores Políticos. BIB 1997; 43: 67-102.

Menicucci T. A implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. In: Hochman G, Arretche M, Marques E, organizadores. Políticas Públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. p. 303-325.

Oliveira MHCB. Pactos de Gestão: Divisão de Responsabilidades entre Estados e Municípios na Descentralização. In: Pierantoni CR, Vianna CMM, organizadores. Gestão de Sistemas de Saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS; 2003. p. 59-92.

Pierantoni CR & Viana ALD. Educação e Saúde. São Paulo: Hucitec, 2010. 239p.

Ribeiro JM. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS). Cad. Saúde Públ. 1997; 13: 81-92.

Schott M. Análise das Instâncias Gestoras Constituídas na Implementação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde no Estado do Rio de Janeiro. Mestrado em Saúde Pública – Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2008.

Silva JPV & Lima JC. Sistema Único de Saúde: reafirmando seus princípios e diretrizes para fazer avançar a Reforma Sanitária Brasileira. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, organizador. Textos de Apoio. Políticas de Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

Souza C. Políticas Públicas: Conceitos, Tipologias e Subáreas. In: Ciclo de Debates da Política Estadual de Habitação de Interesse Social; 2005 Out 16; Salvador; Bahia.

Souza C. Estado da Arte da Pesquisa em Políticas Públicas. In: Hochman G, Arretche M, Marques E, organizadores. Políticas Públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. p. 65-86.