

* Artigos de Revisão

Implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Estado do Ceará: um estudo de avaliabilidade¹

Maristela Inês Osawa Vasconcelos

Enfermeira. Doutora em Enfermagem, área de concentração Saúde Comunitária (UFC). Docente da Universidade Estadual Vale do Acaraú- UVA. Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família/RENASF/UVA.

miosawa@gmail.com

Andréa Albuquerque Costa

Enfermeira. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará – UFC

andreaalbcosta@yahoo.com.br

Ana Suelen Pedroza Cavalcante

Discente do curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA. Bolsista de Iniciação Científica do Projeto BPI – FUNCAP

anasuelen15@hotmail.com

Fiana Kécia Silveira Teófilo

Discente do curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA. Bolsista de Iniciação Científica do Projeto BPI – FUNCAP

fiaminhakecia@gmail.com

DOI: 10.3395/reciis.v7i4.875pt

Resumo

A responsabilidade das Comissões Intergestores Regionais (CIR) e das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) para conduzir a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) nos estados brasileiros e a necessidade de desencadear processos avaliativos de políticas públicas, nos mobilizou a avaliar o processo de implementação das ações da PNEPS no estado do Ceará, no período de 2007 a 2011. A portaria ministerial 1.996/2007 e o referencial de Avaliabilidade de Joseph Wholey (1994) embasaram teoricamente o estudo. A coleta de dados envolveu documentos oficiais da Comissão Intergestora Bipartite Estadual (CIB-CE) e informações sobre estrutura e funcionamento das CIR e das CIES em cada uma das três Macrorregiões do estado através de formulários aplicados às secretárias executivas das CIES. Os dados foram apresentados descritivamente de acordo com cada macrorregião de saúde, apoiados por quadros. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, sob parecer nº. 54.714. Os resultados apontaram para uma implementação distinta e irregular das ações da PNEPS nas macrorregiões, desencadeando reflexões conceituais, metodológicas, de gestão financeira e de viabilidade para execução da PNEPS no estado do Ceará. O estudo de avaliabilidade mostrou-se apropriado, sinalizando áreas prioritárias para futuras avaliações.

¹ Artigo elaborado a partir de projeto de pesquisa com financiamento da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico - FUNCAP/BPI 2012. Os autores agradecem o apoio financeiro da FUNCAP.

Palavras-Chave: Educação Permanente em Saúde; Políticas Públicas; Avaliação em Saúde; Educação na Saúde; Regionalização da Saúde.

Introdução

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) já percorreu um largo caminho e detém um lugar central quando o assunto é qualificar os trabalhadores do setor saúde. Esta política para formação de recursos humanos foi adotada pelo governo com a intenção de viabilizar um projeto de educação em serviço, na perspectiva da consolidação e qualificação do SUS (MANCIA; CABRAL; KOERICH, 2004).

Nesta perspectiva, em 2003, foi criada, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) que assumiu a responsabilidade de formular políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores da saúde no Brasil. A SGTES elaborou e apresentou ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) a proposta da *Política de Formação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde* - com o objetivo de definir uma proposta nacional de formação edesenvolvimento para o conjunto dos profissionais de saúde (BRASIL, 2004, p.39).

Em 2004, a Portaria MS 198 instituiu os Polos de Educação Permanente em Saúde como instâncias de articulação entre instituições formadoras, gestores do SUS, serviços e as instâncias do controle social: instâncias regionais e interinstitucionais de gestão da EPS (BRASIL, 2005).

Em 2007, influenciada pelas diretrizes do Pacto pela Saúde, lançado em 2006, a PNEPS passa por reformulações substanciais para alinhamento e um novo desenho é preconizado com publicação da Portaria GM/MS n. 1.996, onde o êxito da PNEPS depende fortemente da estruturação dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) e das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), imprimindo o papel articulador aos Estados, buscando com isso fortalecer a regionalização em saúde (VIANA, 2010), o que tensiona mais a participação efetiva dos gestores municipais de uma determinada região e dos representantes do gestor estadual, neste caso os coordenadores regionais, na construção e efetivação das estratégias de EPS.

Com a instituição do decreto 7.508 em junho de 2011, que regulamentou a Lei Orgânica do SUS, os CGR receberam um novo nome, passando a se chamar Comissões Intergestores Regionais (CIR).

A lógica da EPS é descentralizada, ascendente, multiprofissional e transdisciplinar uma vez que a condução da PNEPS é compartilhada e considera o que Ceccim e Feuerwerker (2004) designaram como Quadrilátero da Formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social.

No Ceará, com base nas novas diretrizes da PNEPS de 2007, a Secretaria da Saúde do Estado aprova, no dia 10 de julho de 2008, a Política Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS), através da Portaria Nº 955/SESA, com o objetivo de aperfeiçoar as práticas dos trabalhadores do SUS e assim atender às necessidades dos profissionais e usuários (CEARÁ, 2008).

Para operacionalizar a PEEPS, que deve está alinhada à PNEPS, a SESA adotou a classificação expressa no Plano Diretor de Regionalização da Assistência à Saúde do Estado do Ceará que subdivide o Estado em três Macrorregiões de Saúde, designadas: Fortaleza (99 municípios

articulados em 14 Coordenadorias Regionais de Saúde), Sobral (55 municípios em 05 CRES) e Cariri (29 municípios em 03 CRES), orientadas a constituir uma CIES regional e um CGR (CEARÁ, 2008), hoje CIR. Para demarcar o papel regulador do estado, criou-se ainda a CIES Estadual, se configurando enquanto um Fórum Estadual das CIES, sendo um espaço de troca de experiências e decisões relativas às ações de EPS entre as 03 CIES macrorregionais.

A gestão da PEEPS tem sido coordenada em âmbito estadual através da Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (CGTES), contando com o apoio e envolvimento da Comissão Intergestora Bipartite (CIB) estadual para homologação e discussão dos planos e estratégias de cada macrorregião.

Para execução da PNEPS, o Ministério da Saúde estabelece a divisão orçamentária a ser repassada aos Estados com base em critérios definidos, onde no período de 2007 a 2011, o Ministério da Saúde repassou R\$ 370 milhões do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais ou municipais financiarem as ações de educação permanente. Deste montante, R\$ 230 milhões foram destinados para a educação profissional técnica de nível médio (BRASIL, 2012). Para o estado do Ceará, neste período foram repassados quase R\$ 15 milhões para implementação da PNEPS, e deste total, aproximadamente 60% foi fixado para a Educação Profissional.

Considera-se então que a PNEPS precisa ser avaliada para dar visibilidade as potencialidades e fragilidades das ações desenvolvidas, bem como perceber os resultados oriundos e desencadeados por esta política, uma vez que existe muito investimento público envolvido.

Neste contexto, o objetivo desta pesquisa foi realizar um Estudo de Avaliabilidade da implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Estado do Ceará, no período de 2007 a 2011.

Metodologia

Trata-se de um estudo de Avaliabilidade que possibilita verificar se um programa está pronto para ser gerenciado por resultados e quais mudanças são necessárias para fazê-lo. Implica na verificação da concepção do programa e em aspectos de sua implementação, de forma a identificar elementos favoráveis ou obstáculos ao alcance dos resultados desejados, a partir de uma abordagem metodológica qualitativa (WHOLEY et al, 2004).

O referencial teórico de Avaliabilidade, proposto por Joseph Wholey (1994), preconiza os seguintes passos:

1. Definição do Modelo Lógico, identificando objetivos, recursos alocados, ações que se pretende executar, resultados esperados e relações causais assumidas;
2. Definição dos indicadores de desempenho a serem utilizados;
3. Investigação da realidade de implementação do programa/política;
4. Averiguar a exequibilidade do programa/política, bem como a capacidade de mensuração de seu desempenho e de alcance dos objetivos planejados; e
5. Fornecer subsídios para auxiliar a tomada de decisão sobre os aperfeiçoamentos que podem ser feitos no programa.

Outro referencial teórico adotado para esta pesquisa foi a portaria que institui a PNEPS, uma vez que todas as diretrizes e orientações operacionais, bem como questões acerca das responsabilidades dos Estados e Municípios sobre a EPS, estão nela definidas.

O estudo teve como cenário o Estado do Ceará, composto por 183 municípios, divididos em três macrorregiões de saúde.

As unidades de análise incorporadas ao estudo com vistas à avaliação da implementação das ações de Educação Permanente aprovadas pela CIB Estadual e contidas nas Resoluções da Secretaria de Saúde do Ceará corresponderam aos documentos utilizados na análise documental, e respostas das Secretárias Executivas das CIES a fim de serem estudadas a organização, estrutura, institucionalização da EPS na instância Macrorregional, implementação de ações, procedimentos e fluxos de financiamento e execução orçamentária.

A coleta de dados ocorreu no segundo semestre de 2012, tendo sido utilizados espaços em reuniões das CIES das Macrorregiões, bem como coleta de dados socializadas por e-mail. A coleta de informações dividiu-se em três etapas, de acordo com o referencial teórico do estudo de avaliabilidade:

1ª etapa: Levantados os elementos para construção do Modelo Lógico e averiguada a exequibilidade da PNEPS no Ceará, utilizando-se de análise documental referente a Portaria da PNEPS.

2ª etapa: Analisados documentos oficiais (resoluções) da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará referentes à PNEPS no período de 2007 a 2011 no que diz respeito às ações aprovadas nas Resoluções da CIB Estadual para as Macrorregiões de Saúde. Para esta análise foi utilizado um instrumento de consolidação das informações.

3ª etapa: Aplicado formulário a Secretária Executiva da CIES com questões referentes à estrutura física e organizacional das CIES. Propõe-se, ao final, uma matriz com indicadores para avaliação da implementação das ações da PNEPS no Ceará, com critérios e indicadores de desempenho, para validação futura nas CIES de cada macrorregião e aplicação nos processos de EPS pactuados e financiados pela PNEPS no Estado.

Para apresentação dos resultados, optou-se por organizar as informações seguindo as etapas descritas para a coleta. Destaca-se que o estudo teve como base a resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisa envolvendo seres humanos, tendo sido encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, tendo obtido parecer favorável com número 54714.

Resultados

Modelo Lógico da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

O Modelo Lógico da PNEPS é uma etapa importante do estudo de avaliabilidade, pois é através da compreensão da política que se observam as condições para avaliar as experiências locais.

Segundo Brousselle et al (2011) a modelização não é apenas uma etapa para definir melhor a intervenção a avaliar, é também uma ferramenta muito útil em diferentes tipos de avaliação, pois no Modelo Lógico inclui três elementos principais: os componentes do programa, objetivos e efeitos almejados. É uma representação gráfica das relações entre as atividades previstas e os resultados esperados (CHEN, 2008).

No esquema representado pela Figura 1 separou-se os componentes do modelo lógico, por estrutura da PNEPS, objetivos operacionais e objetivos finais e metas.

A PNEPS tem a Educação Permanente como seu conceito pedagógico, visando efetuar relações orgânicas entre ensino e ações dos serviços de saúde, e entre docência e atenção à saúde,

sendo ampliado na Reforma Sanitária Brasileira para relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde.

A condução da PNEPS é de responsabilidade das Comissões Intergestores Regionais (CIR) que devem ser instâncias de pactuação permanente e co-gestão solidária e cooperativa entre os gestores municipais e representantes do gestor estadual. As CIR devem ter o apoio das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES), sendo estas instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes responsáveis pela formulação, condução e desenvolvimento da PNEPS nas localidades, contribuindo para o acompanhamento e avaliação das ações da política e apoiando os gestores nas discussões sobre Educação Permanente em Saúde. As CIES tem em sua composição representantes do Quadrilátero da Formação: gestores, profissionais da saúde, instituições de ensino e controle social. (BRASIL,2009).

As CIR, dentre outras atribuições, são responsáveis pela elaboração do Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS); pactuação do recurso financeiro; acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações da PNEPS; e avaliar a dimensão do trabalho da CIES. Uma vez elaborado o PAREPS, este deve ser submetido à CIB - Comissão Intergestores Bipartite para homologação (BRASIL, 2009).

Diante desta estrutura organizacional, a PNEPS tem como objetivos operacionais o desenvolvimento de ações de Educação Permanente em Saúde a partir das necessidades de aprendizagem do profissional, das necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social; priorização de ações considerando a realidade local e recursos disponíveis; incorporação do ensino e do aprendizado à vida cotidiana dos serviços no contexto real em que ocorrem; modificação das estratégias educativas problematizando o próprio fazer e colocando as pessoas como atores reflexivos; abordam a equipe como estrutura de interação e; ampliação dos espaços educativos para além das salas de aula.

Desta forma, a PNEPS pretende transformar as práticas profissionais e a organização dos serviços de saúde mediadas pela reflexão crítica sobre as práticas reais, visando a melhoria da atenção à saúde prestada pelo SUS.

As CIES das Macrorregiões de Saúde do Ceará e suas ações previstas nas Resoluções da Secretaria de Saúde do Estado entre 2007 e 2011

Nesta seção, são apresentadas informações referentes à estrutura e composição das CIES, bem como o levantamento da situação das ações da PNEPS nas Macrorregiões de Saúde do Ceará, confrontando com o que foi pactuado nas Portarias do Ministério da Saúde e nas Resoluções da CIB-CE.

A CIES da Macrorregião de Sobral possui 25 membros, sendo destinado 01 vaga para cada um dos segmentos que conformam o quadrilátero da formação em saúde por Região, a saber: 05 representantes da Gestão Estadual (GRES), 05 do Controle Social, 05 dos trabalhadores da saúde, 05 representantes do setor da educação e 05 representante dos secretários de saúde por região. Destaca-se que a presença de secretários municipais de saúde é sentida e raramente acontece, ficando a representação da gestão restrita aos técnicos das GRES.

O cenário da CIES da Macrorregião do Cariri conta com 22 membros registrados e atuantes, sendo 6 representantes da gestão, 5 representantes da formação, 5 representantes dos trabalhadores da saúde e 6 representantes do controle social. Já a CIES da Macrorregião de Fortaleza possui 58 membros registrados, sendo 22 representantes da gestão, 12 da formação, 12 representantes dos trabalhadores da saúde e 12 do controle social.

As reuniões da CIES da Macrorregional de Sobral acontecem na Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS), localizada em Sobral-CE, instituição formadora responsável por secretariar as ações da CIES e portanto pelo acompanhamento das ações da PNEPS. Neste espaço são disponibilizadas salas para as reuniões, realizadas mensalmente, e também é o espaço onde são implementadas algumas ações da PNEPS. Esta CIES possui arquivos próprios, como atas, regimento interno, frequência, portarias, resoluções, ofícios recebidos e expedidos, convênios e prestação de contas dos cursos, arquivos e documentos referentes aos cursos e ações da PNEPS concluídas. Destaca-se que a EFSFVS, além de ter a função institucional de secretariar a CIES/Sobral, é a única instituição formadora que executa as ações da PNEPS para a macrorregião, por está vinculada diretamente à Secretaria de Saúde do município, principal ordenadora do recurso da PNEPS, uma vez que o recurso financeiro é geralmente transferido do Fundo Nacional de Saúde diretamente para o Fundo Municipal de Saúde deste município. Todo processo seletivo para contratação de facilitadores e dos alunos para a execução da PNEPS é divulgado publicamente no site da Secretaria da Saúde/EFSFVS e publicado na Imprensa Oficial do Município.

A secretaria executiva da CIES da Macrorregião de Saúde do Cariri funciona em uma sala na 20ª CRES, no Crato. Esta CIES possui atas, frequências de reuniões, resoluções, Plano Regional de Educação Permanente e Composição da CIES, porém não possui regimento e nem site, sendo suas atas divulgadas apenas nas reuniões da própria CIES. Suas reuniões ocorrem mensalmente, porém não obteve-se acesso à totalidade das atas das reuniões ocorridas no período de 2007 a 2011, o que impossibilitou uma análise mais aprofundada.

A CIES da Macrorregião de Saúde de Fortaleza não possui sede própria, site ou telefone. As reuniões acontecem no hotel Mareiro em Fortaleza, espaço contratado com recurso oriundo da Secretaria Estadual de Saúde (SESA/CGTES). A articulação e comunicação entre os membros da CIES acontece através de e-mails. Apresenta atas, frequências de reuniões, resoluções, Plano Regional de Educação Permanente, Composição da CIES e Regimento Interno.

Considera-se os registros fundamentais para o monitoramento e avaliação dos processos desencadeados para execução das ações da PNEP. Desta forma as CIES precisam se organizar de modo a ter arquivos com todas as informações sobre as ações desenvolvidas. Convém destacar ainda que a CIES Estadual também foi solicitada a fornecer informações sobre as ações da PNEPS executadas nas macrorregiões, mas não havia registro consolidado.

No que diz respeito à participação dos membros da CIES nas reuniões ordinárias mensais, a média de participantes nas reuniões da CIES de Sobral entre 2008 e 2011 foi de 11 membros. Este dado se torna preocupante quando analisa-se e observa-se que essa participação não é significativa em relação à representação por seguimento, considerando a área territorial da Macrorregião de Sobral que conta com 55 municípios divididos em 5 CRES. Das 29 reuniões que obteve-se acesso aos dados referentes ao registro dos participantes tiveram uma média de 6 representantes do seguimento da gestão, 1 representante do seguimento dos profissionais, 2 representantes dos seguimento das instituições de ensino e 1 representante do seguimento do controle social, o que demonstra que as regiões que compõe a macrorregião de Sobral nem sempre estão representadas nas reuniões da CIES.

Observou-se ainda na Macrorregional de Fortaleza, que representantes da gestão estiveram presentes nas 19 reuniões analisadas, sendo nestas com o maior número de participantes, seguido dos representantes das instituições de ensino presentes em 18 reuniões; representantes dos profissionais de saúde presentes em 15 reuniões; e dos representantes do controle social presentes em 10 reuniões. No entanto, considerando-se a extensão territorial da Macrorregião de Fortaleza que conta com 97 municípios divididos em 14 CRES, cada município com seus equipamentos de saúde e sociais, depreende-se que as participações nas

reuniões analisadas não garantem representatividade significativa em cada seguimento, pois a média de participação no seguimento da gestão foi de 10 pessoas, no seguimento dos profissionais de saúde foi de 2 pessoas, no seguimento das instituições de ensino foi de 3 pessoas e no seguimento do controle social, 1 pessoa por reunião, ficando algumas reuniões sem nenhum representante do seguimento.

Neste contexto, existe uma necessidade de se intensificar a participação dos representantes das CIES, de forma a contribuir nos processos que envolvem planejamento, execução e avaliação das ações da Política de Educação Permanente em Saúde para as Macrorregiões de Saúde do Ceará.

Destaca-se que as CIRs simplesmente inexistem no cenário das macrorregiões. Observa-se que estas Comissões nunca foram constituídas, fato que descaracteriza a PNEPS.

Considera-se que a participação de todos os representantes é fundamental para fortalecer e garantir que as reais necessidades de aprendizagem dos trabalhadores do SUS sejam apresentadas e discutidas, bem como envolve-los no processo, desde o planejamento, execução das ações, até a avaliação de seus resultados, de forma a aprimorar cada vez mais esta Política e contribuir de fato para mudanças nas práticas de saúde e fortalecimento do SUS, devendo ser responsabilidade assumida.

Durante o período de 2007 a 2011, a CIB Estadual aprovou resoluções que definiam as ações programadas de Educação Permanente para cada Macrorregião de Saúde do Ceará, bem como a distribuição de recurso financeiro por macrorregião.

De acordo com as Portarias do Ministério da Saúde que definem os recursos orçamentários para execução da PNEPS há uma preocupação em se garantir ações para os trabalhadores sem formação universitária, priorizando a formação técnica, onde no Ceará, aproximadamente 60% de todo o recurso foi destinado para formação profissional técnica.

Diante dos dados apresentados no Quadro 1, observou-se que as ações previstas nas Resoluções estão sendo cumpridas de modo muito irregular nas macrorregiões. Ressalta-se que o desenvolvimento das ações está diretamente relacionado à liberação da verba para os referidos cursos, desta forma, o adiamento de algumas ações previstas para determinado período pode ser justificado por este fator. Outro fator que merece ser mencionado foi o período eleitoral ocorrido no segundo semestre de 2012 que forçou o adiamento de algumas ações, mesmo com o financiamento já liberado.

Destaca-se que a Macrorregião de Sobral tem seu recurso financeiro liberado a partir do Fundo Municipal de Saúde de Sobral, diferente das outras duas Macrorregiões de Saúde do Ceará. Desta forma, este fator interfere positivamente para diminuição da burocracia para liberação da verba necessária para cada ação/course, facilitando a execução dos mesmos nos tempos previstos.

Os recursos financeiros para as Macrorregiões do Cariri e Fortaleza foram disponibilizados através do Fundo Estadual de Saúde (FES), levando-se a questionar se os processos burocráticos para liberação deste recurso não interfere diretamente na execução das ações programadas, prejudicando desta forma o objetivo da PNEPS.

A partir do ano de 2008 os recursos financeiros destinados a PNEPS seguiram a dinâmica estabelecida no Regulamento do Pacto pela Saúde e foram repassados apenas aos estados, Distrito Federal e municípios que tiverem assinado seus Termos de Compromisso de Gestão, na modalidade fundo a fundo (BRASIL, 2009).

As ações contemplaram todos os seguimentos do quadrilátero da formação: gestão, profissionais de saúde, controle social e instituições de ensino, mostrando a preocupação em garantir espaços de formação para todos os seguimentos envolvidos, valorizando sua importância para o SUS.

Na Macrorregional de Sobral para o seguimento dos profissionais de saúde houve um maior investimento para os cursos de formação técnica com um total de 40 turmas (entre os concluídos, em andamento e com plano de curso em andamento), sendo estes direcionados para técnicos da área de atenção básica, hospitalar e laboratorial. Os cursos voltados para os profissionais de saúde de nível superior (da área hospitalar e da atenção básica) somaram 27 turmas, entre cursos de aperfeiçoamento, atualização e especialização. Este total também é referente a somatória dos cursos concluídos, em andamento e com planos de curso em construção. Os cursos voltados para o controle social somaram 12 turmas. Os cursos voltados para a gestão somaram 11 turmas e um curso foi voltado para os profissionais das instituições de ensino, sendo 01 turma de especialização.

O parágrafo acima se refere a 91 turmas, divididas em 41 ações aprovadas pelas resoluções. Desta forma, o investimento maior foi na formação de profissionais que atuam diretamente na atenção com priorização de ações voltadas para profissionais de nível técnico.

Parte-se então do pressuposto que o conhecimento se constrói a partir das dúvidas e do questionamento das práticas vigentes à luz dos problemas contextuais, a EPS insere-se no próprio contexto social, sanitário e do serviço, a partir dos problemas da prática na vida cotidiana das organizações, através da busca de formação no trabalho de equipe, da integração das dimensões cognitivas, de atitudes e competências práticas (BRASIL, 2009).

Destaca-se ainda o percentual de alunos que concluíram os cursos ofertados na Macrorregional de Sobral, onde se observou que das 41 ações programadas, 21 foram concluídas. Em relação ao número de estudantes que iniciaram e concluíram os cursos, destas 21 ações: 12 tiveram percentual de conclusão abaixo de 70%, e destas 12 ações, 06 tiveram percentual de conclusão abaixo de 50% e 5 ações tiveram percentual de conclusão abaixo de 40%.

De acordo com a pesquisa, os cursos de especialização vêm apresentando percentual de conclusão abaixo de 50%, como observado nas quatro turmas realizadas. Destacam-se outros três cursos com percentual abaixo de 40% de aproveitamento: Técnico em Sistema de Informação em saúde; Técnico em Cuidados Domiciliares; e Curso de Aperfeiçoamento em Informações Básicas em Comunicação e Informações em Saúde para conselheiros e agentes sociais.

O curso que teve maior percentual de conclusão com 96,6% ocorreu entre agosto de 2009 e julho de 2010, e foi ofertado de forma descentralizada, com uma turma no município de Camocim e outra turma no município de Crateús. Outro curso ofertado de forma descentralizada ocorreu entre novembro de 2009 a novembro de 2010. Mostra-se então que a descentralização representou um fator importante para incentivo a participação efetiva e conclusão dos cursos.

Observou-se ainda que das 64 turmas previstas o período de 2007 a 2011 na Macrorregião do Cariri, 34 turmas eram voltadas para formação técnica, 28 para formação de profissionais de nível superior, 02 turmas para formação na área de controle social e 02 turmas para área da gestão. Estes dados mostram que o investimento maior nesta macrorregião foi voltado para formação de profissionais de saúde que atuam diretamente nos serviços de saúde, com atenção especial para os profissionais de nível técnico. Apesar de não ter os dados completos das situações dos cursos previstos esses dados mostram uma perspectiva da dimensão do investimento feito para EPS para Macrorregião do Cariri.

Dos dados coletados observou-se que apenas cinco cursos foram concluídos, porém necessita-se, para uma análise mais aprofundada, de outro momento, com visita in loco, participação nas reuniões e entrevistas com os atores do processo para entender os reais motivos que interferem e/ou dificultam a realização das ações de EPS previstas nas resoluções do Estado do Ceará para esta macrorregião.

Os dados coletados na Macrorregional de Fortaleza não permitem fazer análises sobre a situação atual das ações previstas nas resoluções, se foram executadas e o percentual de conclusão por curso.

Fazendo uma análise apenas das Resoluções observou-se que estavam previstas 193 turmas nas resoluções no período de 2007 a 2011 para Macrorregião de Fortaleza, destas 101 turmas foram voltadas para formação de profissionais de nível técnico, 66 turmas para profissionais de nível superior, 8 turmas para formação na área de gestão e 18 turmas para formação na área de controle social, nos mostrando que a divisão das ações procurou contemplar ações dentro das áreas do quadrilátero da formação. Porém fica claro também um foco maior no investimento em ações voltadas para profissionais de saúde que estão diretamente envolvidos com a atenção, em especial para formação de profissionais de nível técnico.

De acordo com o relatório acessado apenas 1 curso foi concluído; 2 cursos estavam previstos serem executados em outubro de 2012; 1 curso previsto para ser iniciado em janeiro de 2013 e 16 ações foram repactuadas na CIES Estadual em setembro de 2012, sem outras informações, impossibilitando-nos de fazer qualquer inferência nesta situação.

Todos estes dados apresentados mostram que a evasão é um fator preocupante nas ações desenvolvidas pelas CIES das Macrorregiões de Saúde do Ceará. Alguns fatores que podem contribuir com a evasão são: A relação da extensão territorial destas macrorregiões e a centralização dos locais onde são oferecidos alguns cursos que requerem deslocamento dos profissionais, o que necessita do apoio dos gestores para transporte ou empenho pessoal para arcar com esta despesa. Outro fator que se deve considerar são os períodos de desenvolvimento dos cursos, que coincidem com o horário de trabalho dos profissionais, os mesmos necessitando então de liberação do gestor para viabilizar a sua participação nas ações, o que muitas vezes não acontece, mesmo tendo sido pactuado no Pacto pela Gestão no que diz respeito à EPS a contrapartida da gestão municipal, sendo este fator fundamental para minimizar a evasão nas ações de EPS.

Entende-se assim que a descentralização, além de criar condições para uma maior autonomia do nível local no uso dos recursos e na definição da implementação de políticas, proporciona maior acesso e controle pelos setores organizados da população (HORTALE; COMIL; PEDROZA, 1999).

Outra reflexão que merece destaque é a relação dos cursos que estes profissionais participam com suas necessidades de aprendizagem, a partir do seu trabalho no sentido de provocar aprendizagem significativa.

As necessidades de aprendizagem do profissional são tão importantes para construção das ações de EPS, quanto às necessidades da gestão setorial e do controle social em saúde, devendo estes fatores serem levados em consideração na priorização das ações a serem desenvolvidas.

Não se pode deixar de questionar também se as metodologias utilizadas nos cursos ofertados condizem com Educação Permanente, no sentido de problematizar entre os atores suas vivências e experiências de forma a envolvê-los e torná-los produtores de conhecimento

individual e coletivo, possibilitando troca de saberes entre os envolvidos, além de valorizar o espaço do trabalho como fonte do aprendizado.

A EPS concede ênfase as metodologias ativas de ensino-aprendizagem, utilizando a problematização como estratégia de motivação do discente, assim diante do problema ele examina, reflete, relaciona suas experiências pregressas e passa a ressignificar suas descobertas. A problematização pode levá-lo ao contato com as informações e à construção de conhecimento, com a finalidade de solucionar os impasses e promover o seu próprio desenvolvimento (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004).

Acredita-se ser um fator fundamental nesse processo de envolvimento dos profissionais de saúde nos cursos oferecidos, a compreensão destes e dos gestores da saúde sobre o processo da EPS, uma vez que esta compreensão pode favorecer o entendimento da importância das ações EPS para mudança de práticas profissionais e na organização dos serviços de saúde, mudanças estas que deve ser vivenciada não apenas individualmente por quem participa da ação, mas pela equipe a qual está vinculado. Esta compreensão também pode contribuir para uma análise crítica e reflexiva sobre os processos de EPS vivenciados no sentido de contribuir para o aperfeiçoamento dos mesmos.

Desta forma considerou-se que existe a necessidade de avaliar e elaborar estratégias, por parte da CIES, para minimizar esta problemática, uma vez que o investimento feito para os cursos, independente de seu aproveitamento, é o mesmo, e que o aproveitamento do curso feito pelos participantes é que vai contribuir para mudanças nas práticas dos serviços.

Proposta de Matriz de Análise e Julgamento com Indicadores para Avaliação da Implementação das Ações de Educação Permanente em Saúde

Uma das etapas da metodologia do estudo de avaliabilidade é a definição de indicadores de desempenho a serem utilizados para uma avaliação futura. Neste item, propõe-se a elaboração de uma matriz, apresentada no Quadro 2, na qual contém a dimensão a ser avaliada no programa/política, os principais aspectos a serem avaliados de acordo com esta dimensão e os indicadores para cada aspecto.

Esta matriz foi elaborada tendo como a análise dos documentos referentes à Política nos níveis do país e da Macrorregião. Poderá ser utilizada para uma futura avaliação em outras Macrorregiões do Estado do Ceará e no Brasil como um todo.

Esta matriz foi submetida à apreciação de um comitê formado por pessoas da área acadêmica com forte ligação com a temática e representantes da CIES de Sobral, tendo sido então validada por eles. Os membros que atuaram nesta validação puderam opinar sobre a relevância dos critérios e indicadores, assim como sugerir mudanças na estrutura e nas informações da matriz. Apenas um membro propôs sugestões, tendo estas sido acatadas e incluídas na matriz final.

A aplicação desta matriz em estudos envolvendo avaliações normativas da implementação de ações da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde permitirá, além de sistematização, organização e classificação, um julgamento com juízo de valor que colocará em pauta o estágio de implantação da PNEPS.

A análise deverá ser feita na perspectiva de cada um dos envolvidos, de seus interesses. Intervenções mais complexas exigem uma análise mais de um todo, com íntimo diálogo entre os envolvidos, entre o internacional e o local, o específico e o geral (HARTZ, 2006).

Segundo Alves et al (2010) para cada critério/indicador, a matriz apresenta:

1. Pontuação Máxima Esperada: teto máximo que poderá ser atribuído o critério/indicador.
2. Descrição do Valor ou Ponto de Corte: corresponde ao intervalo aceitável para detecção de que aquele critério/indicador está implantado ou não.
3. Valor Observado: refere-se aos critérios/indicadores.
4. Valor Atribuído: refere-se ao valor que será atribuído ao valor observado, considerando os pontos de corte.

Dessa forma, para avaliação de cada indicador serão elencadas pontuações de 0 a 5, onde o 5 corresponde a pontuação máxima esperada por indicador. O valor atribuído corresponderá à somatória máxima dos valores de cada critério, ou seja, se para um critério houver 5 indicadores, o valor atribuído para este critério será de 30. O ponto de corte para saber se os indicadores estão implantados corresponde a 75% do valor total obtido por cada critério e deverá estar presente em pelo menos 75% do número total de matrizes aplicadas a cada participante em avaliação.

Considerações Finais

O estudo de avaliabilidade da implementação das ações de EPS no Ceará permitiu perceber nas macrorregionais os distintos estágios da implementação das diretrizes estabelecidas pela Portaria 1996/07 e mostrou-se apropriado colaborando com maior entendimento dos envolvidos, melhor definição dos objetivos e metas e indicando áreas prioritárias para futuras avaliações.

Este estudo possibilitou, a construção do Modelo Lógico a partir dos documentos oficiais da PNEPS sob um olhar dos autores. Considera-se que seria importante um estudo posterior para validação das estruturas apresentadas por este marco lógico, na intenção de torná-lo consistente e de fácil entendido por quem o leia.

Percebeu-se a importância de se discutir e elaborar estratégias para sensibilização dos atores que são alvo da EPS sobre a relevância destas ações para melhoria das práticas oferecidas pelo SUS e na perspectiva também de aumentar a representação destes seguimentos nos processos de planejamento, execução e avaliação das ações desenvolvidas.

A partir das reflexões levantadas na pesquisa, como a evasão das ações de Educação Permanente e as metodologias utilizadas, percebe-se a necessidade de sistematizar uma avaliação e acompanhamento das ações desenvolvidas, onde seus resultados sirvam de indicadores para que as CIES e as instituições formadoras aprimorem ou até mesmo redesenhem suas estratégias de ensino-aprendizagem.

Assim, se faz indispensável o monitoramento das ações com registro detalhado sobre os processos desencadeados, como o arquivamento adequado dos mesmos, possibilitando visibilidade por todos os interessados, mostrando-se que a PNEPS é passível de avaliação.

Referências Bibliográficas

ALVES, C. K.A; NATAL, S.; FELISBERTO, E.; SAMICO, I. Avaliação em Saúde – Bases Conceituais e Operacionais. In: SAMICO, I; FELISBERTO, E; FIGUEIRÓ, AC; FRIAS, PG (Org). **Interpretação e Análise das Informações: O uso de Matrizes, critérios, Indicadores e Padrões.** Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 89-107.

BRASIL. 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**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Oficina Educação Permanente**. Brasília: Ministério da saúde, 2012. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/execucao_financeira_monicaidiniz.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2013.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. **Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento da Gestão da Educação na Saúde. **A Educação Permanente entra na roda: Pólos de Educação Permanente em Saúde: conceitos e caminhos a percorrer**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 1996, de 20 de agosto de 2007. **Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. **Avaliação conceitos e métodos**. Fiocruz: Rio de Janeiro, 2011.

CEARÁ. Secretaria de Saúde. Saúde com política estadual de educação permanente. 2008. Disponível em <<http://intsrv023.ceara.gov.br/pls/portal/PORTAL>>.

CECCIM R.B.; FEUERWERKER L.C.M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n. 1, p. 41- 65, 2004. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>>. Acesso em: 12 Jun. 2013.

CHEN, H. Theory – driven evaluations. Newbury Park: Sage Publications, 1990. In: SILVA, L. M. V. **Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

CYRINO, E.G.; TORALLES-PEREIRA, M .L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizagem por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.3, p. 780-788, mai-jun, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n3/15>>. Acesso em: 10 set. 2013.

HARTZ, Z.M.A. Princípios e padrões em meta avaliação: diretrizes para os programas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v.11, n.3, p.733-738, set 2006.

HORTALE, V.A.; COMIL, E.M.; PEDROZA M. Desafios na construção de um modelo para análise comparada da organização de serviços de saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, jan-mar, 1999. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v15n1/0038.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2013.

MANCIA, J. R.; CABRAL, L.C.; KOERICH, M. S. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.57, n.5, p. 605-10, set/out. 2004.

VIANA, A.L.D. Recursos Humanos e Regionalização da Saúde: Programa de Monitoramento e Avaliação da Implementação da Política Nacional de Educação Permanente. **Relatório**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2010.

WHOLEY, J.S.; HATRY, H.P.; NEWCOMER, K.E. **Handbook of practical program evaluation**. Estados Unidos: Newcomer, editors, 2004.

WHOLEY, J.S.; HATRY, H.P.; NEWCOMER, K. E. (Org.). **Handbook of practical program evaluation**. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1994.

NOTA:

1. Pesquisa realizada pelo grupo de estudo LABSUS/UVA, financiada pela FUNCAP/BPI, no. Processo 0067-00170.01.01/12

Recebido 30-10-2013

Aceito 09-12-2013