Institucionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde na esfera estadual, na região Nordeste

https://doi.org/10.56238/levv15n39-175

Bruno Costa de Macêdo
Instituto Aggeu Magalhães - IAM/Fiocruz-PE
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-4775-2627
LATTES: http://lattes.cnpq.br/5122714173822920
E-mail: brunomacedo85@yahoo.com.br

Katia Rejane de Medeiros
Instituto Aggeu Magalhães - IAM/Fiocruz-PE
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-7518-4137
LATTES: http://lattes.cnpq.br/4754111804677434
E-mail: katia.rejane@fiocruz.br

RESUMO
O estudo analisou a conformação interfederativa da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde na região Nordeste, buscando responder como se estrutura e efetiva sua gestão na esfera estadual. O percurso metodológico recorreu a pesquisa documental e análise de conteúdo dos Planos de Educação Permanente em Saúde e Relatórios Anuais de Gestão dos respectivos UF. A análise esquadrinhou as relações interfederativas estabelecidas a partir da organização dos espaços e instancias de coordenação interinstitucional. Identificando: uma política de difícil monitoramento; marcada pela centralização nessa esfera; e que contribui diretamente para fortalecimento da regionalização do SUS.

Palavras-chave: Política de Saúde, Educação Continuada, Descentralização, Regionalização.

1 INTRODUÇÃO

Todas as Conferências Nacionais de Saúde (CNS) deliberaram acerca da prioridade da questão dos recursos humanos para a saúde, com destaque para a 8ª, em 1986, que resultou na 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (CNRH); e para a 13ª, em 2007, quando ratificaram-se as novas diretrizes à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), cuja finalidade passa a envolver a consolidação da regionalização do Sistema único de Saúde (SUS), sendo assumida enquanto componente prioritário à gestão do SUS no Pacto pela Saúde (2006) (FERREIRA; MOURA, 2006; STROSCHEIN; ZOCCHE, 2011).

O Pacto pela Saúde desencadeou um conjunto de reformas institucionais destinadas à retomada da regionalização como estratégia central à descentralização do SUS, mediante dois aspectos básicos da coordenação federativa – negociações diretas entre governos nas três esferas e indução de políticas pelo nível central (DOURADO e ELIAS, 2011). Ao tempo em que atribui um papel protagonista às Secretarias de Estado da Saúde (SES) na PNEPS ao condicionar seu financiamento a efetivação e desempenho dos Colegiados Gestores Regionais (CGR), redefinidos pelo Decreto Presidencial nº 7.508 enquanto Comissão Intergestores (BRASIL, 2011).

Para Fleury (2010), na prática, as CGR/CIR constituem novas unidades gestoras baseadas na governança local de sistemas descentralizados de saúde. Esse arranjo aponta para uma nova abordagem na gestão de políticas públicas onde a integração entre os sujeitos que compõe arranjos tão ecléticos são mais eficientes quando conseguem estabelecer um padrão de interdependência que se manifesta em uma rede (OUVERNEY, 2005).

Nessa perspectiva, a institucionalização de políticas regionais, à exemplo da PNEPS, deriva da capacidade de estabelecer um padrão de cooperação interdependente, onde os atores envolvidos desenvolvem ações planejadas coletivamente, estrategicamente elaboradas com vistas ao alcance de objetivos comuns e com parâmetros definidos interna e externamente (acordos e normas).

Para tanto, voltadas a assessorar os CGR/CIR nessa questão, são constituídas as Comissões Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES) cujos princípios fundamentais são a governança interinstitucional e a regionalização, atuando a partir de planos de EPS elaborados pelas comissões intergestores conforme as especificidades loco regionais (BRASIL, 2007).

Apesar de uma estrutura tão dinâmica e complexa, em estudo recente França et al. (2016) analisaram as publicações referentes Educação Permanente em Saúde (EPS) nas principais bases de dados eletrônicas entre 2007 e 2015 e identificaram que há poucos estudos que avaliam ou analisam a implementação e desenvolvimento da PNEPS nas unidades federativas.

Frente a escassez de informações sistematizadas acerca da organização, condução e articulação entre política estadual e planos regionais de EPS, ou mesmo quanto a conformação e/ou a composição de CIES e outros espaços de pactuação, o presente estudou buscou analisar a conformação da PNEPS

na região Nordeste, buscando responder como se estrutura e efetiva a gestão da PNEPS no âmbito da esfera estadual da gestão do SUS.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo do tipo analítico exploratório, de natureza qualitativa, que buscou analisar a institucionalização da PNEPS na Região os estados da Paraíba, Pernambuco e Sergipe. Para definição da amostra utilizou-se como critério de inclusão a disponibilidade dos Planos Estaduais de Educação Permanente em Saúde (PEEPS) em ambiente virtual institucional oficial (sites e blogs).

Recorreu-se a análise de conteúdo para análise documental, examinando as ações e/ou estratégias denominadas de Educação Permanente em Saúde (EPS), provenientes das áreas/setores das SES estudadas, ações objetivamente educativas ou educacionais (cursos, formações, capacitações e etc.), além de estratégias para a qualificação e estruturação do e para o trabalho no SUS, a exemplo de rodas de conversa, oficinas ou encontros temáticos, implementação de espaços de gestão participativa e seminários.

Foram exploradas as relações interfederativas estabelecidas a partir da organização e planejamento da política nos três estados, por meio da análise de duas categorias:

Instâncias estratégicas de coordenação interorganizacional: forma de atuação de unidades organizacionais (instâncias) especificamente voltadas para articular e integrar recursos de forma eficiente e flexível, além de conduzir mecanismos de suporte decisório (análise de estudos, informações, relatórios, etc.);

Os Espaços Internos de Pactuação: forma de atuação de unidades de suporte político direcionadas a compor estratégias de compartilhamento decisório, promover consensos e projetos hegemônicos, além de prevenir bloqueios e impasses.

3 RESULTADOS

Inicialmente, é preciso considerar que os recursos financeiros da PNEPS foram transferidos fundo a fundo com o objetivo de "*apoiar as ações constantes do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde pactuado na CIB"* e, portanto, a apresentação dos planos estaduais e/ou regionais são uma condição obrigatória.

Dessa forma, apesar da indisponibilidade da maioria dos planos de EPS da região estudada nas bases de dados pesquisadas, é possível verificar o repasse de recursos à todos os estados da região Nordeste, durante todo o período estudado, analisando as portarias ministeriais que autorizam o repasse aos fundos estaduais e/ou municipais, totalizando aproximadamente 140 milhões de reais transferidos entre 2007 e 2011, sendo aproximadamente 47 milhões aos Estados estudados.

Portanto, o primeiro resulta à ser destacado consiste na própria indisponibilidade desses planos ao público, seja nas bases pesquisadas ou qualquer outra de domínio público. De tal modo que dos, no mínimo, 36 documentos pesquisados (considerando ao menos 1 plano por Estado por portaria), referentes aos nove estados da região, apenas 12 estavam disponíveis.

3.1 INSTÂNCIAS ESTRATÉGICAS E ESPAÇOS INTERNOS DE PACTUAÇÃO

Para a implementação de uma política de caráter regional, que induz um quadro de interdependência entre os entes envolvidos, faz-se necessária a formação de instancias estratégicas para a coordenação interorganizacional, de forma articulada, integrando recursos o mais flexível e eficientemente possível, na medida em que opera mecanismos de suporte para a tomada de decisão, à exemplo dos PAREPS (OUVERNEY, 2005).

Assim, mesmo as CIES detendo um papel estratégico e indispensável para a PNEPS, a realização das ações e efetivação da política, a rigor, deveria ser uma reponsabilidade das instancias interinstitucionais de gestão – CIR e CIB – que, a depender do Estado e/ou Região de Saúde, estabelecem diferentes estruturas e relações com as respectivas CIES e Secretarias Estaduais de Saúde.

3.1.1 Sergipe

Em Sergipe identificou-se que a gestão da política de EPS é parcialmente centralizada na esfera estadual a pretexto da semelhança entre as regiões de saúde. Existem dois planos de EPS independentes, um vinculado a gestão municipal e outro a estadual destinados a atender respectivamente os trabalhadores de Aracajú; e a todos os trabalhadores dos demais municípios e da SES/SE.

No âmbito estadual, a CIES/SE assume a função de única instancia formuladora e articuladora dessa política, não existindo outras CIES ou Planos Regionais de EPS no Estado. Sua atuação envolve, inclusive, a apreciação e parecer acerca de outros projetos direta ou indiretamente relacionados com a PNEPS, a exemplo do Programas de Educação pelo Trabalho-PET, Telessaúde, residências, pós-graduações e outros.

Apesar dos protagonismos e autonomia da CIES Estadual nas questões relativas a formação de trabalhadores do e para o SUS em Sergipe, a execução e implementação das ações é realizada por meio da Fundação Estadual de Saúde (FUNESA), entidade integrante da Administração Pública Indireta do poder executivo cuja missão é formar profissionais e "promover educação permanente na área da saúde" de modo a apoiar a reorganização dos modelos de gestão e atenção à saúde (SERGIPE, 2011).

Outro papel da FUNESA, consiste na responsabilidade por manter a Escola Técnica do SUS (ETSUS/SE), à quem cabe a missão de instituição preferencial para a Educação profissional em Saúde no estado, respondendo centralmente pelas ações destinadas à formação técnica e profissionalizando

de trabalhadores do SUS. Enquanto que as ações destinadas à estruturação da política e a formação de profissionais de escolaridade de nível superior são executadas por Instituições de Ensino parceiras (SERGIPE, 2011).

Apesar da forte vinculação da PNEPS/SE com a esfera estadual da gestão do SUS, destacam-se dentre suas prioridades ao longo de todo o período analisado, para além da formação de trabalhadores, o desenvolvimento de estratégias e ações para o fortalecimento dos colegiados regionais e para a mobilização e comprometimento de gestores municipais, trabalhadores e usuários à construção da PNEPS no estado.

3.1.2 Pernambuco

O Estado é marcado pela longevidade do modelo adotado para gestão da política de EPS. Observou-se em todos os PEEPS/PE analisados (2007, 2009, 2010 e 2011), que a opção sempre foi pela centralização da gestão da política na esfera estadual.

Em 2008 a SES criou a Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SEGTES/PE), cabendo a sua Diretoria Geral de Educação em Saúde (DGES/PE) a condução da política do planejamento, gestão financeira e execução das ações.

Dessa forma, os PEEPS/PE foram elaborados pela gestão estadual da EPS a partir de necessidades e indicadores de saúde, da avaliação das ações implementadas em anos anteriores e da necessidade de estruturação da própria PNEPS. Em seguida os planos eram submetidos à apreciação da CIES-Estadual e à aprovação da CIB-PE (PEEPS/PE, 2011). Logo, a opção pela centralização da condução da política estadual na SES-PE, extrapola a própria instituição e, se não tem apoio, tem consentimento das instancias colegiadas deliberativa e consultiva da gestão do SUS e da PNEPS.

Os planos regionais de educação permanente (PAREPS) só foram construídos após a aprovação do PEEPS/PE e a disponibilização dos recursos no fundo estadual de saúde pelo MS. Coube a SES/PE, por meio da forte atuação das Gerencias Regionais de Saúde (GERES) orientar e conduzir a construção desses planos nas 12 Regiões de Saúde, bem como avaliar a pertinência das ações demandadas e operacionaliza-las, uma vez consideradas viáveis.

A partir de 2009 a Escola de Saúde Pública (ESPPE), ligada a DGES/PE da SEGTES/PE, a passa a conduzir a implementação da política de EPS no estado. Além de espaço preferencial para a formação técnica dos trabalhadores do SUS, desempenha o papel de articuladora entre os atores essenciais à PNEPS, priorizando com estratégia de atuação a realização de seminários regionais para a criação das CIES-Regionais, o fortalecimento das CGR/CIR e a construção dos Planos regionais de educação permanente, sempre apoiada pelas GERES (PERNAMBUCO, 2009).

3.1.3 Paraíba

A Paraíba destaca-se pelas diversas mudanças na gestão da política de EPS durante o período estudado, apresentando diferentes formatos na construção dos planos e na organização das CIES. Apesar disso, a descentralização da gestão da política é preservada em todo o período.

Em 2007 foram apresentados ao Ministério da Saúde 224 planos de EPS pelo Estado, sendo 223 para cada um de seus municípios e 1 para a SES. Todos aprovados tiveram seus recursos descentralizados aos fundos respectivos municipais e estadual de saúde (BRASIL, 2007b).

Os PEEPS/PB elaborados entre 2008 e 2010 partem de uma "Coordenação Estadual de Educação Permanente em Saúde", de maneira que a construção dos mesmos, conforme parágrafo comum e idêntico aos três planos, é o resultado de propostas construídas coletivamente entre os 25 CGR, SES (através da Coordenação de Educação Permanente), Gerências Regionais de Saúde, COSEMS/PB, Instituições Formadoras e Controle Social (PARAÍBA, 2008, 2009 e 2010).

À coordenação cabia a consolidação do PEEPS/PB a partir das demandas de qualificação/formação/capacitação para os trabalhadores da saúde dos municípios apresentadas nos PAREPS, bem como demandas gerencias executivas da SES, do CEFOR-RH/PB e de serviços de saúde da gestão estadual (PAREPS, 2008, 2009 e 2010).

Frente as dificuldades na efetivação das CIES regionais nas 25 Regiões de Saúde, então existentes no Estado, ao final do ano de 2010 são criadas as CIES macrorregionais (4), e a partir de 2011 a condução das agendas relativas à formulação e ao desenvolvimento da política de EPS na SES é designada ao CEFOR-RH/PB, que passa a planejar as ações e estratégias constantes nos PAREPS em conjunto com as CIR e Gerências Regionais de Saúde (GRS) das respectivas macrorregiões de saúde, articulando também aparelhos formadores e demais segmentos envolvidos (PAREPS-PB, 2011).

Em 2013 o CEFOR-RH/PB propõe uma nota técnica aprovada pela CIB/PB enquanto "descentralização dos recursos orçamentários de EPS para os municípios". Mais do que isso, a resolução nº54/2013 revoga todos os planos de educação permanente anteriores, redefinindo a política estadual, a destinação e execução financeira dos recursos da PNEPS, então acumulados no fundo estadual de saúde e que correspondiam a 83% dos valores transferidos pelo MS no período estudado (PARAÍBA, 2013).

É instituído os Plano Plurianual de Educação Permanente em Saúde da Paraíba (PPEPeS-PB), 2013 – 2014, que deveria ser composto por 4 Planos Macrorregionais de Educação Permanente em Saúde (PMEPeS). Estes, para além de compor um plano estadual, são condições à descentralização de uma parcela dos recursos da PNEPS acumulados no fundo estadual de saúde.

Independente da condução da política de EPS no Estado, tal qual em Sergipe e Pernambuco, o CEFOR-RH/PB é a instituição preferencial para a formação técnica de trabalhadores do SUS e, portanto, acumula duas importantes frentes para os trabalhadores do SUS.

4 DISCUSSÃO

Ao analisar o tipo de gestão da PNEPS desenvolvido nos três estados fica evidente o protagonismo das SES na condução da política, tanto na gestão do recurso quanto na organização e articulação das CIES.

O que pode ser considerado um resultado positivo no que diz respeito a institucionalização do Pacto pela saúde, compreendendo-se que o objetivo fundamental da regionalização de um Sistema de saúde é potencializar a qualidade dos serviços, na medida em que reduz os custos econômicos, sociais e sanitários. Recompondo, dessa forma, a organização dos serviços através de um sistema cooperativo entre um conjunto de municípios que equacionam potencialidades e necessidades de uma região (SILVA; GOMES, 2013).

No caso da PNEPS, fica evidente que a esfera estadual exerce a responsabilidade de articulação entre os municípios, inclusive, assumindo o papel de liderança regional, tendo potencial para contribuir na superação da atitude de "cada um por si" e de conflitos que decorram de divergências intermunicipais.

Nesse papel, as unidades administrativas das SES têm uma atuação mais ou menos forte a depender do Estado. As GERES/PE se destacam pela responsabilidade delegada nos PEEPS, enquanto as GRS/PB tem uma atuação mais voltada ao apoio a gestão central da EPS e em Sergipe não houve qualquer menção à estruturas semelhantes, sendo a criação de cinco "Centros Regionais de Educação Permanente" um objetivo constante em todos os documentos analisados, obviamente não alcançada no período (SERGIPE, 2011).

Tal diversidade justifica-se pelos diferentes processos históricos de construção de regionalização, com o tamanho da estrutura administrativa e com o próprio território de cada Estado.

O que em um primeiro momento pode parecer uma fragilidade no Estado de Sergipe, o menor territorialmente dentre os três, eventualmente, pode ser o resultado de uma atuação mais eficiente por meio de uma Fundação Estatal criada, em janeiro de 2008 *"com o objetivo de garantir uma estrutura jurídica administrativa capaz de dar agilidade operacional para o desenvolvimento de ações de educação permanente em grande escala e dar respostas às demandas regionais do Estado"* (SERGIPE, 2007).

Diferentemente, as SES de PE e PB compartilham a reponsabilidade comum pela execução financeira dos recursos e pelo protagonismos de seus entes formadores. Porém, no que diz respeito a

atuação regional e a representatividade da pauta nas estrutura das duas secretarias, não poderiam ser mais diferentes.

Salvo a importância dessas unidades administrativas para as duas SES, a relação entre essas e as CIR são distintas começando pelo número de Regiões de Saúde que cada unidade acompanha ou apoia. Na PB as GRS são referência para até quatro Regiões de Saúde, ao passo que a SES/PE conta com uma GERES em cada. Estas, por sua vez, atuam tão fortemente na junto aos municípios e CIR que, por vezes, a denominação e o sentido de "Região de Saúde" é substituída por GERES nos PAREPS analisados.

Observa-se ainda o destaque que a pauta da EPS tem no organograma da SES/PE, justificando a criação de uma secretaria executiva, em dezembro de 2008, com cargos e recursos próprios à execução das políticas de Gestão do Trabalho e de Educação Permanente em Saúde (PERNAMBUCO, 2008b).

Enquanto isso, na SES/PB a Gestão do Trabalho é apenas um núcleo da Sub-gerência de Recursos Humanos e a Política de Educação Permanente em Saúde no Estado da Paraíba, regulamentada em setembro de 2009, é desenvolvida e executada por uma "Equipe Técnica da SES" sob uma coordenação que *funciona nas instalações* do CEFOR-RB/PB (PARAÍBA, 2009b).

Tais diferenças compõe um cenário interessante se associadas as respostas dos gestores das três SES, quando foram convidados a sinalizar e classificar as principais dificuldades enfrentadas para implementação dos PEEPS.

Apesar da execução financeira ser a maior dificuldade para as três SES, dentre elas Sergipe foi a que sinalizou a menor relevância do problema, ao passo em que Pernambuco foi o que sinalizou a maior relevância. Na verdade esse cenário se repetiu em quase todas as alternativas, de modo que a SES/SE foi a que apontou menor dificuldade para implementação do PAREPS e a SES/PE foi a com maior dificuldade, apesar de possuir uma estrutura administrativa bem mais avançada em comparação com a Paraíba, bem como uma maior presença institucional em todas as regiões de saúde.

Para Ouverney (2005), trata-se de uma situação característica de um processo de elevado grau de institucionalização em detrimento a baixa interdependência em rede, condição ideal ao sucesso da regionalização do SUS.

Outra questão a ser destaca é a prioridade atribuída pelas três gestões estaduais da EPS à qualificação e fortalecimento dos CGR/CIR, expressa em praticamente todo os PEEPS analisados, é frequentemente atrelada a "qualificação da gestão do SUS".

Um fato já foi apontado por Viana (2010) que identificou uma correlação alta e positiva entre os níveis de regionalização e a institucionalização da PNEPS. Concluindo que o estágio de regionalização mais avançado corresponde a alta institucionalidade da educação permanente, devendo-

se, portanto, incentivar integração da regionalização através dos CGR/CIR e da PNEPS por meio das CIES.

Dessa perspectiva, independe do conteúdo ou formato dos planos ou ações de EPS, o processo de implementação e desenvolvimento da política por si já exerce um importante impacto na organização do Sistema. As dificuldades encontradas para organização e articulação das ações evidenciam um conjunto de limitações que extrapolam a PNEPS e indicam a dificuldade de articulação interfederativa como um obstáculo frequente a efetivação de diversas políticas do SUS.

Mesma direção apontada por Santos (2014), que destaca a imprescindibilidade de que a configuração de tais espaços de colaboração entre entes federativos, seja cercada de segurança jurídica, de modo a garantir o cumprimento dos acordos firmados ou mesmo a execução dos planos construídos.

Nesse sentido, considerando a existência de uma diretiva específica à PNEPS, a diversidade de arranjos entre os estados e a frequência com que os planos de EPS são alterados, podem suscitar dúvidas quanto a legitimidades destes enquanto acordos interfederativos consistentes.

Por fim, cabe destacar um elemento relevante comum aos três estados consiste no papel de destaque das escolas técnicas do SUS que, embora diferentes quanto a personalidade jurídica e vinculação no organograma das SES, tem em comum a preferencial responsabilidade pela formação de nível técnico profissionalizante e protagonismo na condução da política de educação permanente.

5 CONCLUSÕES

Pioneira dentre as políticas nacionais estruturadas a partir do âmbito regional, a PNEPS criada em 2004, completou pouco mais de uma década enquanto estratégia prioritária para a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor saúde, na medida em que viabilizou a criação de potentes espaços interinstitucionais de gestão colegiada (BRASIL, 2004).

Baseada na concepção de que a formação para trabalhadores do SUS exige a mobilização de um conjunto de atores institucionais elementares (as três esferas de gestão, os próprios trabalhadores, instituições de ensino e controle social), estrutura-se de maneira extremamente adaptável em busca de organicidade institucional.

Com base nas duas categorias de análise trabalhadas no presente estudo, conclui-se que:

De maneira geral, os três estados apresentaram todos os elementos necessários a conformação da política. Desde a elaboração dos planos de ação de educação permanente, reservadas as particularidades de cada estado, passando pelas existências e atividade das comissões de integração ensino serviço e chegando a frequência do argumento da EPS em todas as áreas dos planos estaduais de saúde e relatórios anuais de gestão.

A política configura-se como fortemente centralizada na esfera estadual da gestão SUS, desde a idealização, planejamento e implementação. Ao tempo em que os municípios, organizados

regionalmente, demandam as ações à serem executas com maior ou menor grau de protagonismo, conforme o estado.

Porém, na prática as CIES tem protagonizado o planejamento e condução dessa política, frequentemente passando de ente demandado à ente demandante, pautando os colegiados de gestores para a articulação e realização das ações previstas nos planos de EPS.

A política contribui diretamente no fortalecimento e efetivação do processo regionalização do SUS, ao mesmo tempo em que aponta para um dilema administrativo fundamental: se por um lado a construção de tais acordos fortalecem a interinstitucionalidade, por outro, a alteração de um único parágrafo sugere um longo caminho, tamanho o número de atores à serem consultados e de instancias à serem mobilizadas.

Com base nas frequentes reprogramações de ações e reestruturações de PEEPS durante o período estudado, eventualmente, um ou mais estados podem ter passado mais tempo corrigindo os instrumentos do que cumprimento dos acordos firmados.

Sem falar que, somando a indisponibilidade ao público dos planos originais e tais reprogramações, identifica-se uma política de difícil monitoramento e um *accountability* bastante frágil.

Por último, cumpre salientar que o presente estudo não pretendeu esgotar as discussões acerca da política em questão ou da construção de políticas regionalizadas. Longe disso, os resultados apontam para a necessidade de aprofundamento da análise e avaliação da institucionalização de uma política de caráter genuinamente regional, na medida em que apresenta elementos importantes que contribuem para um processo avaliativo consistente.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Brasília, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm. Acesso em: 28 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996/07 de 20 de agosto de 2007. Brasília, 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.htm. Acesso em: 2 jan. 2017.

DOURADO, D. A.; ELIAS, P. E. M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 204-211, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n1/1944.pdf. Acesso em: 18 mar. 2017.

FERREIRA, M. A. L.; MOURA, A. A. G. Evolução da Política de Recursos Humanos a partir da análise das Conferências Nacionais de Saúde (CNS). 2006. Monografia (Especialização) - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife. Disponível em: http://www.cpqam.fiocruz.br/observarh/publicacoes/arquivos/politica_rh_analise_cns.pdf. Acesso em: 11 fev. 2017.

FLEURY, S. et al. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. Revista Panamericana de Salud Pública, Washington, v. 28, n. 6, p. 446-455, 2010. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v28n6/v28n6a06.pdf. Acesso em: 30 nov. 2017.

FRANÇA, T. Análise da Política de Educação Permanente do SUS (PEPS) implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES). Disponível em: http://www.obsnetims.org.br/uploaded/3_2_2016__0_Vol%20II_Relatorio_EPSUS_Cnpq_2015.pdf. Acesso em: 22 fev. 2017.

OUVERNEY, A. M. Regionalização do SUS: uma análise da estratégia de integração intermunicipal. Administração em Diálogo, São Paulo, n. 7, p. 91-106, 2005. Disponível em: http://revistas.pucsp.br/index.php/rad/article/view/672/469. Acesso em: 22 set. 2017.

PARAÍBA. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução nº 1.223, de 04 de maio de 2010. Aprova a criação e composição das Comissões Regionais Permanentes de Integração Ensino Serviço Regionais – CIES. João Pessoa, 2010.

PARAÍBA. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução nº 1.230, de 04 de maio de 2010. Altera a Resolução CIB/PB nº 1.135 e altera a composição da Comissão Estadual Permanente de Integração Ensino Serviço – CIES. João Pessoa, 2010.

PARAÍBA. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução nº 54, de 04 de junho de 2013. Aprova a Descentralização dos Recursos orçamentários de educação permanente para os municípios. João Pessoa, 2013. Disponível em: http://www.jusbrasil.com.br/diarios/56168356/doepb-27-06-2013-pg-5. Acesso em: 21 out. 2017.

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação de Educação Permanente em Saúde-PB. Plano Estadual de Ações de Educação Permanente em Saúde - Ano 2008. João Pessoa, 2008. Disponível em: https://ceforpb.wordpress.com/arquivos/peeps2008.pdf. Acesso em: 20 out. 2014.

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. Centro Formador de Recursos Humanos. Plano Estadual de Ações de Educação Permanente em Saúde - Ano 2009. João Pessoa, 2009. Disponível em: https://ceforpb.wordpress.com/arquivos/peeps2009.pdf. Acesso em: 20 out. 2014.

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Ações de Educação Permanente em Saúde - Ano 2010. João Pessoa, 2010. Disponível em: https://ceforpb.wordpress.com/arquivos/peeps2010.pdf. Acesso em: 20 out. 2014.

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde da Paraíba 2011 – Execução 2012. João Pessoa, 2011. Disponível em: https://ceforpb.wordpress.com/arquivos/peeps20112012.pdf. Acesso em: 20 out. 2014.

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde 2008 – 2011. João Pessoa, 2008. Disponível em: https://ceforpb.wordpress.com/arquivos/pes20122015.pdf. Acesso em: 20 out. 2014.

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde 2012 – 2015. João Pessoa, 2012. Disponível em: https://ceforpb.wordpress.com/arquivos/pes20122015.pdf. Acesso em: 20 out. 2014.

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. Portaria nº 620 de 11 de setembro de 2009. Dispõe sobre a normatização da Política de Educação Permanente em Saúde no Estado da Paraíba. João Pessoa, 2009. Disponível em: http://www.jusbrasil.com.br/diarios/12662380/pg-3-diario-oficial-do-estado-da-paraiba-doepb-de-15-09-2009. Acesso em: 24 nov. 2014.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Plano Estadual de Saúde 2008-2011. Recife, 2008. Disponível em: http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/plano_estadual_de_saude_2008-2011.pdf. Acesso em: 20 out. 2014.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Plano Estadual de Saúde 2012-2015. Recife, 2012. Disponível em: http://www.saude.pe.gov.br/arquivos/Versao%20Preliminar%202012%20-%202015.pdf. Acesso em: 20 out. 2014.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde 2007 - 2008. Recife, 2007.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde 2008 - 2009. Recife, 2008.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde 2009 - 2010. Recife, 2009.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde 2010-2011. Recife, 2010.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde 2011-2012. Recife, 2010.

SANTOS, L. SUS: A Região é o Caminho. Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, Universidade de Campinas, 2014. Disponível em: http://www.idisa.org.br/img/File/regiao_de_saude_%C3%A9_o_caminho_22_1_2014.pdf. Acesso em: 15 jan. 2017.

SERGIPE. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação de Planejamento. Plano Estadual de Saúde 2008 – 2011. Aracaju, 2008. Disponível em: https://issuu.com/andreluizsales/docs/pes_se. Acesso em: 4 out. 2014.

SERGIPE. Secretaria de Estado da Saúde. Escola Técnica de Saúde do SUS em Sergipe ETSUS/SE. Plano Estadual de Educação Permanente. Aracaju, 2007.

SERGIPE. Secretaria de Estado da Saúde. Escola Técnica de Saúde do SUS em Sergipe ETSUS/SE. Plano Estadual de Educação Permanente. Aracaju, 2008.

SERGIPE. Secretaria de Estado da Saúde. Escola Técnica de Saúde do SUS em Sergipe ETSUS/SE. Plano Estadual de Educação Permanente. Aracaju, 2009.

SERGIPE. Secretaria de Estado da Saúde. Escola Técnica de Saúde do SUS em Sergipe ETSUS/SE. Plano Estadual de Educação Permanente. Aracaju, 2010.

SERGIPE. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação de Educação Permanente em Saúde. Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde. Aracaju, 2011.

SILVA, E. C.; GOMES, M. H. A. Impasses no processo de regionalização do SUS: tramas locais. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1106-1116, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n4/13.pdf. Acesso em: 17 jan. 2017.

STROSCHEIN, K. A.; ZOCCHE, D. A. A. Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 505-519, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tes/v9n3/v9n3a09.pdf. Acesso em: 13 fev. 2017.

VIANA, A. L. D'A. (Coord.). Recursos humanos e regionalização da saúde: programa de monitoramento e avaliação da implementação da Política Nacional de Educação Permanente: relatório. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2010. Disponível em: http://observasaude.fundap.sp.gov.br/BibliotecaPortal/Acervo/For%C3%A7a%20de%20Trabalho%20%20Profissionais%20e%20Educa%C3%A7%C3%A3o/Educa%C3%A7%C3%A3o%20Permanente%20em%20Sa%C3%BAde/Monit_2010mai.pdf. Acesso em: 19 fev. 2017.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Avaliação de Políticas e Programas de Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.