LUMEN ET VIRTUS

Política de Educação Permanente em Saúde: Uma proposição de estudo a partir dos princípios da conformação interfederativa e interinstitucional

https://doi.org/10.56238/levv15n39-176

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 presente artigo tem por objetivo apresentar a estrutura analítica desenvolvida para o estudo de avaliabilidade da institucionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde a partir do seu caráter interinstitucional e interfederativo. Consiste em um trabalho analítico exploratório, de natureza qualitativa, que recorreu a pesquisa documental e revisão narrativa de literatura. A coleta de dados incluiu portarias ministeriais, Planos Estaduais de Saúde (PES), Planos Estaduais de Educação Permanente em Saúde (PEEPS) e Relatórios Anuais de Gestão (RAG) de domínio público. Foram selecionados 40 documentos com base em critérios específicos. Resultados e Discussão: A análise dos dados foi realizada por meio da descrição e classificação das ações e estratégias educativas em quatro modalidades que orientaram a investigação e possibilitaram a constituição de oito categorias de análise fundamentadas no desenvolvimento da institucionalidade com vista ao aprofundamento da interdependência em rede. A conclusão destaca que a estrutura analítica proposta aborda o caráter regional interfederativo e a interinstitucionalidade da PNEPS, visando subsidiar estudos analíticos e de avaliação que envolvem não apenas atores tradicionais da gestão do SUS, mas também conselhos de saúde e instituições de ensino públicas e privadas. Essas ações formativas e de estruturação de redes englobam trabalhadores de diferentes origens, vínculos, categorias e níveis de atenção e gestão, adaptando-se às múltiplas realidades dos territórios e serviços de saúde.

Palavras-chave: Política de Saúde, Educação Permanente em Saúde, Regionalização da Saúde, SUS, Avaliação de programas e projetos de Saúde.

1 INTRODUÇÃO

Os recursos humanos para o setor saúde são uma das questões centrais para o Sistema Único de Saúde (SUS) desde a sua instituição, cuja complexidade é ampliada frente a um sistema federativo com três entes, cujos princípios organizativos implicam na descentralização regionalizada e hierarquizada (Paim, 2008; Cohn, 2012; Brasil, 1990a, 1990b).

No âmbito da descentralização, a década de 1990 é marcada por um forte processo baseado na unidade federativa municipal – municipalização – ao mesmo tempo em que, para questão dos recursos humanos, são abandonadas pautas essenciais ao trabalho no SUS, em especial no que diz respeito aos direitos e garantias dos trabalhadores, e instalado um período que Machado (2005) descreveu como a "década perdida para os recursos humanos em saúde" (Lavras, 2011; Santos, 2014; Machado; Ximenes, 2018).

A partir dos anos 2000 ganha força um movimento institucional para superação da municipalização e conformação de um modelo hierarquizado, organizado em redes de serviços a partir regionalização da atenção à saúde no país, reorientando a conformação de unidades assistenciais e redes de serviços articulados e referenciados às regiões de saúde (Brasil, 2001, 2002; Andrade, 2011; Viana, 2011; Santos, 2014; Santos, 2014; Machado; Ximenes, 2018).

Nesse contexto, é instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (2004) implementada por meio dos Polos de Educação Permanente em Saúde, instâncias locorregionais, interinstitucionais, de gestão colegiada, que tinham a finalidade de identificar as necessidades do SUS regionalmente e propor estratégias articuladas entre Gestão, Educação, Controle Ensino, Gestão setorial, Práticas de atenção, Controle social (Campos et al., 2006b; Sarreta, 2009; Cardoso et al., 2017; França et al., 2017; Santos, 2014; Machado; Ximenes, 2018; Souza; Costa, 2019).

Para Ceccin (2005), trata-se de uma política com papel estratégico para consolidar as mudanças no SUS, sem se limitar a administração da força de trabalho. Consiste em uma proposta complexa que se inicia na necessidade do desenvolvimento de novas tecnologias para operar o trabalho, alinhadas à noção de trabalhar em equipe, da construção de cotidianos e novas práticas no cuidado, tendo o próprio trabalhador como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional. Corrobora assim para o entendimento de que a Educação Permanente em Saúde é a *"laeducacióneneltrabajo, por eltrabajo y para eltrabajoenlos diferentes servicios, cuyafinalidad es mejorarlasalud de lapoblación"* (Haddad; Roschke; Davini, 1994. p. 8).

Com a instituição do Pacto pela Saúde, em 2006, são elaboradas novas diretrizes para a PNEPS, voltadas ao fortalecimento do processo de superação das desigualdades regionais a partir da ressignificação do trabalho no SUS a partir da governança interinstitucional e da regionalização, adequando-se a hierarquização dos serviços a partir de Redes de Atenção Regionalizadas que redimensionam as relações entre os entes federados e obriga o estabelecimento e articulação de um

conjunto de serviços a partir de necessidades específicas da população, incluindo trabalhadores adequados às necessidades do Sistema (Brasil, 2007; Davini, 2009; Viana, 2010; Santos, 2014; Machado; Ximenes, 2018; Souza; Costa, 2019).

Para Ouverney (2005), a integração entre os sujeitos que compõe arranjos tão ecléticos é mais eficiente quando conseguem estabelecer um padrão de interdependência em rede. Um fenômeno organizacional com aspectos fundamentais, como composição por atores autônomos, interdependência e padrões estáveis de relacionamento, mas também desenvolve uma institucionalidade voltada especificamente para o aprofundamento da interdependência existente. Tal institucionalidade constitui-se a partir do planejamento intencional para a divisão do trabalho e para a articulação estratégica voltada para a delimitar a operação da rede, ou seja, se define pelo trabalho coletivo planejado (Ouverney, 2005; Matos; Santos; Vieira, 2021).

A teoria institucional investiga o estabelecimento de arranjos, processos, estratégias, perspectivas e competências, na medida em que estes se estruturam a partir de padrões de interação e adaptação organizacional. Devendo a sua análise proceder a partir de processos cotidianos em detrimento a eventos ocasionais, e deve ser comum à todos os membros da organização. Portanto, as ações institucionalizadas envolvem a definição de um determinado número de papéis dentro de uma organização, que dizem respeito ao desenvolvimento do papel propriamente dito e a necessidade institucional de condutas reservadas a determinado ator. Assim, toda conduta institucionalizada envolve um determinado número de papéis dentro da condução ou controle da institucionalização. Conforme o papel é desempenhado, constrói-se um acervo socialmente definido de conhecimentos (Berger; Luckmann, 1996; Tolbert; Zucker, 2007; Stanise, 2008).

Com a retomada do processo de regionalização da saúde baseado no compartilhamento do poder de decisão e a diversificação das fontes de financiamento, surge uma variedade de arranjos multiestruturais de políticas públicas, cujo maior desafio é o estabelecimento de mecanismos e estratégias de integração e articulação que confiram racionalidade e eficiência a tais arranjos. Quanto maior for o compartilhamento de estruturas de uma organização, maior será a institucionalização, ao passo em que, quanto mais fragmentada e restrita, menor a institucionalização. Sua velocidade varia conforme o tipo de organização, podendo haver em sua estrutura uma autoridade supervisora que leve a institucionalização mais rápida de determinadas práticas (Fleury, 2010; Stanise, 2008).

Portanto, na medida em que surge uma base de institucionalidade, o padrão de interdependência é modificado e deixa de envolver apenas a construção de relações interorganizacionais entre os atores e passa a assumir um padrão de interdependência em rede, pautado, dentre outras coisas, pelo estabelecimento de relações de coordenação interorganizacional. Dessa forma, na medida em que a cooperação entre entes federados extrapola a ratificação de convênios e consórcios entre partes e passa a assumir um caráter de coordenação regional, como em colegiados gestores, as políticas de saúde

passam a se estabelecer a partir de redes, com altos graus de interdependência e padrões associativos mensuráveis (Fleury, 2010; Ouverney, 2005).

Dessa forma, para definição de institucionalização da Política de Educação Permanente em Saúde, deve-se considerar a sua efetivação enquanto uma estratégia necessariamente regional, desenvolvida a partir do planejamento deliberado para a divisão do trabalho e articulação entre os três níveis de governo, instituições de ensino, entidades representativas dos trabalhadores, setores da educação e controle social (Macêdo, 2016; Brasil, 2007).

Na EPS, são atribuições comuns às três esferas: Formular, promover e apoiar a gestão da EPS; Mobilizar e articular junto as instituições de ensino e a Educação, em seu respectivo âmbito, com o objetivo de induzir mudanças na graduação e pós-graduação para as profissões da saúde; e Realizar processo de EPS em cooperação entre os entes, integrando todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente em seu respectivo âmbito (Brasil, 2006; 2007).

Destes, talvez o de mais fácil constatação, seja a descentralização financeira através de portarias ministeriais, viabilizada mediante a elaboração dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) pelos então Colegiados Gestores Regionais (CGR)* e a instituição das Comissões Permanentes de Integração Ensino Serviço (CIES), pactuadas em CIB e em conformidade com o PDR do estado (Cardoso et al., 2017; França et al., 2017; Souza; Costa, 2019; Brasil, 2007).

Considerando-se tais apontamentos, conclui-se que a institucionalização da PNEPS deriva do estabelecimento de um padrão de interdependência, com parâmetros definidos interna e externamente, onde os atores envolvidos desenvolvem ações planejadas coletivamente, estrategicamente elaboradas com vistas ao alcance de objetivos comuns. Tal estrutura visa integrar forças políticas de maneira que a rede se desenvolva, possibilitando a potencialização das ações e otimização dos recursos disponíveis.

Nesse estudo, é proposta uma estrutura analítica que permita a compreensão da instituicionalização da PNEPS a partir do seu caráter interinstitucional, baseado no compartilhamento de responsabilidade e poder para realização de estratégias e ações de educação no trabalho essenciais a consolidação do SUS.

2 MATERIAL E MÉTODOS

O desenho consiste em estudo analítico exploratório, de natureza qualitativa, que, segundo Vieira-da-Silva (2014), são essenciais e precedentes a uma avaliação sistemática de um programa ou política. Tem por finalidade um exame sistemático e preliminar de um programa ou política, em sua teoria e em sua prática. Dessa forma, pode justificar uma avaliação extensa ou subsidiar a priorização de áreas críticas na avaliação.

Para a coleta de dados recorreu-se a pesquisa documental e revisão narrativa de literatura.

A revisão foi realizada nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (Scielo), Informação Científica e Técnica em Saúde da América Latina e Caribe (Lilacs) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), tendo com objetivo reunir informações acerca da formulação dessa política no âmbito da esfera estadual de gestão do SUS, bem como a ampliação do conhecimento e composição de repertório teórico diverso que subsidiou a constituição das categorias analíticas aplicadas a pesquisa documental.

Diferente de uma revisão sistemática, compreende uma abordagem temática mais aberta, sendo caracterizada pela ausência de uma questão específica rigidamente definida, o que dificulta o estabelecimento de um protocolo rígido para sua elaboração. Nessa abordagem, a pesquisa de fontes não segue um plano pré-determinado e específico, muitas vezes abrangendo um menor território teórico, enquanto favorece o aprofundamento em uma determinada posição, vez que a seleção dos artigos é influenciada pela percepção subjetiva desempenha um papel significativo (Cordeiro; Oliveira, 2007).

Apesar disso, comete um grande equívoco quem assumir irrestritamente que "essa categoria (...) permitem ao leitor adquirir e atualizar o conhecimento sobre uma temática específica em curto espaço de tempo" (Rother, 2007, p. 1). Ao contrário, em uma investigação científica, a revisão narrativa possibilita a transgressão do "período amostral" e expande significativamente o arcabouço científico que subsidia a investigação. Reposiciona o investigador anteriormente às normativas e convecções que se propõe a delimitar o pensar e o fazer científico.

A pesquisa documental é muito próxima da pesquisa bibliográfica. O elemento diferenciador está na natureza das fontes: a pesquisa bibliográfica remete para as contribuições de diferentes autores sobre o tema, atentando para as fontes secundárias, enquanto a pesquisa documental recorre a materiais que ainda não receberam tratamento analítico, ou seja, as fontes primárias. Essa é a principal diferença entre a pesquisa documental e pesquisa bibliográfica. No entanto, na pesquisa documental, o trabalho do pesquisador requer uma análise mais cuidadosa, visto que os documentos não passaram antes por nenhum tratamento científico (Oliveira, 2007).

Na etapa documental foram analisadas as Portarias Ministeriais que estabelecem diretrizes e destinam recursos financeiros para PNEPS; Panos Estaduais de Saúde (PES), Planos Estaduais de Educação Permanente em Saúde (PEEPS) e Relatórios Anuais de Gestão (RAG) de domínio público, disponibilizados pelas Secretarias de Estado da Saúde (SES) em ambiente virtual institucional e no Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS) entre 2007 e 2014.

Ao todo, foram selecionados 40 documentos - sendo 5 portarias ministeriais; 11 PES; 12 PEEPS; e 22 RAG, cujos critérios utilizados fora:

a) A redefinição das diretrizes nacionais e financiamento específico para a PNEPS em 2007, através da Portaria Ministerial nº 1.996;

b) O condicionamento do repasse recursos a construção dosPlanos Estaduais de Educação Permanente em Saúde (PEEPS);
c) Interrupção do financiamento pelo Ministério da Saúdeem 2011, estabelecendo uma margem de três anos para conclusão de ações iniciadas e ou reprogramadas pelos Estados nos respectivos PEEPS.

Não obstante as discussões conceituais e metodológicas que envolvem a proposição de uma política de educação permanente para o setor saúde, além de ações objetivamente educativas ou educacionais, foram identificadas e analisadas 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, seminários, entre outras.

Para interpretação dos dados recorreu-se a análise do conteúdo do acervo constituído, descrevendo e classificando as ações ou estratégias conforme: número; realização ou não; público-alvo; e conforme são identificadas nos documentos - Educação Permanente, de Educação em Saúde, EAD, Curso (os), Capacitação(ões), Qualificação, Formação, Rodas de conversa, Oficinas, Seminários, Congressos, Treinamento e Educação Permanente em Saúde.

Em se tratando de um estudo qualitativo, houve uma análise a partir de variáveis nominais, sem qualquer pretensão de se estabelecer razões ou hierarquia entre as mesmas, balizadas pelas diretrizes nacionais da PNEPS, estabelecidas pela Portaria nº 1.996/2007, além de extensa leitura sobre o tema, estabelecendo parâmetros para aferir as dimensões de análise propostos (TOBAR; YALOUR, 2004).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com o suporte da revisão de literatura, a partir da análise do conteúdo das portarias ministeriais, dos PES, dos PEEPS e dos RAG's foram constituídas as seguintes categorias:

a) **Curta Duração:** atividades formativas de caráter interinstitucional vinculadas a instituições de ensino com duração e temática pré-estabelecida; Treinamentos: atividades formativas de caráter intrainstitucional, com duração e temática pré-estabelecidas;
b) **Pesquisas:** Atividades de caráter intra ou interinstitucionais destinadas a dar resposta a um problema pré-estabelecido;
c) **Eventos:** atividades excepcionais de curta duração destinadas à integração institucional ou de finalidade cientifica;
d) **Ações Estruturantes:** estratégias destinadas à mudança de rotinas de serviços ou instituições, para a integração-ensino-serviço (rede escola, por exemplo), implantação de estratégias ou serviços e estruturação ou reorganização da rede de saúde; implantação e/ou coordenação da PNEPS; assessoramento das instancias colegiadas (CIR e CIB).

Na seqüência foi construída a proposição de estrutura analítica para a caracterização e avaliabilidade da PNEPS tendo como referencial o desenvolvimento de uma institucionalidade voltada especificamente para o aprofundamento da interdependência em rede dos atores envolvidos em sua implementação.

3.1 FOCO GERENCIAL

Definição: Conjunto de atividades prioritárias na coordenação interorganizacional.

Correlação com o Objeto: Através do foco gerencial foram identificadas as prioridades da PNEPS no estado a partir de sua forma de organização. Com base nas diretrizes nacionais, a PNEPS pode assumir diferentes níveis de articulação e organicidade, organizando-se tanto para o cumprimento das condicionalidades aos repasses federais e execução de cursos, quanto para a apresentação de novos arranjos de integração ensino – serviço - comunidade, implantação de estratégias de reorganização da gestão e dos serviços.

Componente Verificável: Tipos de ações realizadas; responsabilidade do setor de educação permanente em saúde das SES; e suas prioridades.

Partindo da concepção implementada pelo Programa de Cooperação Técnica em Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), considerou-se a relevância internacional desta entidade, criada em 1902 como um órgão para a promoção de cooperação técnica em saúde nas Américas. Sua missão é organizar esforços estratégicos de colaboração entre os países para a promoção da equidade na saúde, combate de doenças, melhora da qualidade de vida e aumento da expectativa de vida das populações das Américas (Castro, 2009).

O programa abandona a proposta de uma educação continuada para as equipes de saúde e para a região, seguindo um modelo escolar acadêmico tradicional. A nova concepção considera que o trabalho em saúde se desenvolve a partir da aplicação prática de conhecimentos especializados adquiridos na universidade, sem a pretensão de ser contínuo ou seguir uma seqüência lógica constante, permanecendo centrada nas categorias profissionais e não no trabalho em saúde (Souza et al., 1990).

Embora a capacitação tenha um papel importante na qualidade dos serviços e na mudança dos indivíduos, o "capacitacionismo" isoladamente não resolve todos os problemas decorrentes da falta de conhecimento, habilidade e perícia. Além disso, capacitações isoladas dos problemas de saúde, das relações e da organização do trabalho das equipes de saúde, não são as melhores estratégias para resolver tais problemas (Davini, 2005).

3.2 OBJETIVOS ENFATIZADOS

Definição: Foco de objetivos dos atores envolvidos na formação interorganizacional.

Correlação com o Objeto: Mesmo organizadas em um único documento, as ações e estratégias previstas em um plano podem ser mais ou menos individualizadas. Analisar este elemento permitiu verificar o quão articuladas são as propostas e se consideram as necessidades regionais ou seguem as determinações de um dos atores.

Componente Verificável: Público-alvo das ações e estratégias; tipo de ações (cursos, treinamentos, eventos, pesquisas ou ações estruturantes); relação com outras políticas de saúde.

O retorno da PNEPS à agenda governamental impulsionou um movimento nacional de defesa e reafirmação da sua relevância e importância para a qualificação do trabalho no SUS. A análise do processo de implementação da política nas diferentes regiões do Brasil revelou a heterogeneidade dos estados e os variados níveis de implementação da EPS, conforme indicado pelos relatórios das oficinas regionais realizadas em 2017 (Pinto; Teixeira, 2022).

Entre os desafios identificados para a implementação da política, destaca-se, de forma unânime entre os estados, a necessidade de institucionalizar o planejamento das ações de EPS e implementar um sistema de monitoramento e avaliação da PNEPS. Este sistema deve incluir definições claras das responsabilidades de cada nível de governo, garantir a autonomia dos espaços descentralizados, promover a interlocução entre diferentes níveis, contar com a participação de diversos atores e articular-se com as instâncias gestoras do SUS (Pinto; Teixeira, 2022).

O processo de elaboração dos planos de EPS, portanto, representa uma grande oportunidade para avançar na implementação da política, imprimindo uma racionalidade estratégica de gestão e avaliação. Ao mesmo tempo, qualifica e apoia tecnicamente as equipes responsáveis por acompanhar e gerenciar a EPS nos estados. Além disso, a institucionalização de um processo de monitoramento e avaliação do planejamento e execução dos planos estaduais de EPS pode contribuir significativamente para o desenvolvimento institucional dessa área no âmbito das SES e, conseqüentemente, para a melhoria da gestão do SUS (Pinto; Teixeira, 2022).

3.3 ESPAÇOS INTERNOS DE PACTUAÇÃO

Definição: 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.

Correlação com o Objeto: Para além da existência formal de instâncias colegiadas, a identificação dos espaços internos de pactuação dessas instâncias permitiu analisar a articulação das propostas regionais para a composição de uma proposta estadual. Superado o desafio da atuação individuada, é essencial a articulação estadual a partir de suas diversas regiões e realidades.

Componente Verificável: Existência de CIES estadual; participação das CIES regionais na CIES estadual.

Frente ao processo de descentralização da política e a desconcentração de recursos, é possível entender que se trata de um processo de transferência de poder operativo e de recursos necessários de um nível superior para outro nível de decisão e execução. Todavia, Stanise (2008) observa que a simples descentralização das responsabilidades acompanhada da desconcentração de recursos pode apenas caracterizar a dispersão física de atividades e financiamento pelo MS.

Viana (2010) analisou a PNEPS a partir da instituição do Pacto Pela Saúde (2006) e concluiu que o êxito da política estava diretamente relacionado à estruturação das CIES e dos CGR, e que esta deveria se organizar em torno da descentralização da saúde com estratégias para o fortalecimento do SUS a partir da qualificação dos trabalhadores. Reestabelece ainda o papel articulador dos estados na conformação dos CGR, que podiam ser considerados "a grande novidade introduzida pelo Pacto" e uma instância para construção de consenso regional entre municípios e estados capaz de realizar a regionalização da saúde.

A pesquisa analisou o Estágio da Regionalização e os Níveis de Institucionalidade da Educação Permanente, assumindo como parâmetros as diretrizes estabelecidas pelo Pacto Pela Saúde e pela portaria GM/MS nº 1.996/2007. Constatou-se que, naquele momento, aproximadamente 15% dos estados brasileiros se encontravam em um estágio de regionalização incipiente e baixa institucionalidade da EPS, enquanto cerca de 22% apresentavam um estágio avançado de regionalização e alta institucionalidade da EPS. Os demais estados estavam em estágios intermediários (Viana, 2010, p.12).

Finalmente, Viana (2010) conclui que existe uma correlação alta e positiva entre os níveis de regionalização e a institucionalização da PNEPS, na medida em que o estágio de regionalização avançado corresponde a alta institucionalidade da educação permanente. Portanto, deve-se incentivar a integração da regionalização através dos CGR e da PNEPS por meio das CIES.

Tais estratégias exigem a articulação de diretrizes estaduais e nacionais de políticas, através de mecanismos ascendentes, para a construção de estratégias de transferência de recursos financeiros intergovernamentais, de decisão colegiada das políticas e de funções sistêmicas, da institucionalização de instâncias de mediação e construção de acordos intergovernamentais nos três níveis de governo, além de outros elementos essenciais à organicidade do SUS (Fleury, 2002).

Dessa forma, constata-se que a composição interorganizacional constitui um desafio constante na efetivação das políticas de saúde, que consiste na integração entre os diversos atores do sistema através da articulação de recursos e bases organizacionais de decisões que conferem racionalidade às diretrizes e políticas (Fleury, 2009).

3.4 INSTÂNCIAS ESTRATÉGICAS DE COORDENAÇÃO INTERORGANIZACIONAL

Definição: Forma de atuação de unidades organizacionais (instâncias) voltadas para articular e integrar recursos de forma eficiente e flexível, além de conduzir mecanismos de suporte decisório (análise de estudos, informações, relatórios, etc.).

Correlação com o Objeto: Para sua efetivação, as diretrizes nacionais da PNEPS determinam a participação de diversos segmentos, além de gestores estaduais e municipais. A participação dos mesmos colabora tanto para o fortalecimento das instâncias colegiadas quanto para a eficácia das ações planejadas, que tendem a ser mais abrangentes.

Componente Verificável: Participação do Conselho Estadual de Saúde; participação de trabalhadores na elaboração das ações/estratégias.

A necessidade de responder às demandas de capacitação de maneira massiva leva o programa a considerar o desenvolvimento de diversas modalidades de estratégias a partir da articulação entre instituições de ensino, serviços e inovações tecnológicas, na expectativa de desenvolver novas reflexões e propostas para fortalecer a educação permanente em saúde. É necessário, no entanto, atentar para a origem das instituições envolvidas e evidenciar a gênese dos mecanismos que podem transformá-las em forças oponentes ao que se deseja. Exemplo disso é o papel das instituições de ensino e a forma como estão organizadas, bem como seu envolvimento com a questão dos recursos humanos para a saúde.

Como e através de quem se contratam ou promovem estas iniciativas tem um grau significativo de importância, já que essas pessoas ou instâncias organizacionais representam diferentes interesses. Isso nos leva a questões sobre os agentes externos ao processo educativo, já que na maioria das vezes o surgimento desses processos não parte de iniciativas internas, ou pode não ser sustentado como tal na prática. É importante considerar a existência de um projeto de transformação com agentes promotores que, mesmo com a ideologia da cooperação mais "horizontal", não deixam de ser atores de caráter subjetivo e particular, reunidos em um grupo ou instituição. Em alguns casos, a educação permanente pode não ser tão "permanente", especialmente se desconsiderar a conjuntura antecedente, a história e a cultura dos grupos, sendo mais pertinente o papel de acompanhar uma parte do processo, ao tempo em que o processo em si deve ser autossustentável (Baquera, 1990; Haddad; Roschke; Davini, 1994; Merhy et al., 2006).

Finalmente, podemos considerar a educação permanente uma modalidade de intervenção institucional. É uma atividade técnica e simultaneamente política que busca intervir diretamente sobre o processo de trabalho em saúde e, teleologicamente, sobre a situação de saúde de uma população, com base em determinantes e características do modelo organizacional e das formas de relacionamento entre os serviços e a sociedade (Haddad; Roschke; Davini, 1994). Configura-se enquanto uma

estratégia de mudança do processo de trabalho a partir do próprio contexto do trabalho, através de processos educativos cujo eixo central é a problematização

3.5 ATORES ENVOLVIDOS E AMPLITUDE DE INSERÇÃO

Definição: Nível de poder dos atores envolvidos das organizações que compõem a formação interorganizacional e amplitude de inserção dessas organizações na composição do arranjo.

Correlação com o Objeto: Uma vez que a PNEPS é uma política que deve ser operada a partir de instâncias colegiadas, das quais merece destaque a CIES por seu caráter interinstitucional, são imprescindíveis a pluralidade e o envolvimentos dos atores. Dessa forma, esse elemento de análise possibilitou aferir o número de segmentos envolvidos na condução da PNEPS. De uma composição mais pobre, com tendências a centralização de decisões, a uma composição ampla, com tendências a lentidão operacional.

Componente Verificável: Composição das CIES.

Segundo Lavras (2011), o Pacto de Gestão exigiu maior compreensão dos gestores sobre o Sistema e a potencialidade do planejamento e da articulação regional, na medida em que flexibiliza a pactuação entre os gestores das três esferas de governo através de acordos interfederativos destinados a fortalecer a capacidade regional de responder às necessidades de saúde da sua população. Buscando, portanto, assegurar equidade social, com base na pactuação entre gestores municipais e estaduais, de fluxos de referências intermunicipais locorregionais voltadas à estruturação de redes regionalizadas de atenção à saúde.

Dessa forma, a Educação Permanente é reiterada enquanto estratégia central ao enfrentamento da questão dos recursos humanos para o SUS. Contudo, é redimensionada e novos atores são responsabilizados diretamente pelo enfrentamento da questão, tanto na perspectiva da estruturação do trabalho, quanto na qualificação de trabalhadores do SUS.

3.6 FOCO DE PODER

Definição: Configuração dos arranjos decisórios e da distribuição do poder.

Correlação com o Objeto: Tal como previsto nas diretrizes da PNEPS, os recursos da PNEPS podem ser repassados à UF e/ou regiões de saúde, desde que tais pactuações sejam homologadas em CIB. Todavia, a descentralização do financiamento pode indicar tanto a organização estratégica dos atores quanto a desarticulação completa das ações.

Componente Verificável: Forma de elaboração do PEEPS (CIR + SES; SES; CIR); existência de PAREPS não previstos/articulados com os PEEPS.

A partir do referencial da institucionalização e da interdependência em rede, os critérios e as normas assumidos neste trabalho dizem respeito ao caráter regional, que, para Fleury e Malfort (2007),

consiste em um processo dinâmico, precedido pela atuação conjunta de vários atores (municípios e estados) que convergem em prol de um processo de rearticulação dos recursos disponíveis a uma região/microrregião de saúde. Dessa forma, a regionalização consiste em um processo de reconhecimento e aprofundamento de relações de interdependência entre atores organizados, com potencial de trabalho coletivo proporcional à legitimação da dinâmica interorganizacional (Ouverney, 2005).

A teoria institucional investiga o estabelecimento de arranjos, processos, estratégias, perspectivas e competências, na medida em que estes se estruturam a partir de padrões de interação e adaptação organizacional. Devendo sua análise proceder a partir de processos cotidianos em detrimento de eventos ocasionais, e deve ser comum a todos os membros da organização (Stanise, 2008).

Assim, as ações institucionalizadas envolvem a definição de um determinado número de papéis dentro de uma organização, que dizem respeito ao desenvolvimento do papel propriamente dito e à necessidade institucional de condutas reservadas a determinado ator. Toda conduta institucionalizada envolve um determinado número de papéis dentro da condução ou controle da institucionalização. Conforme o papel é desempenhado, constrói-se um acervo socialmente definido de conhecimentos (Berger; Luckmann, 1996).

Quanto maior for o compartilhamento de estruturas de uma organização, maior será a institucionalização. Por outro lado, quanto mais fragmentada e restrita, menor a institucionalização. A velocidade da institucionalização varia conforme o tipo de organização, podendo haver em sua estrutura uma autoridade supervisora que leve à institucionalização mais rápida de determinadas práticas (Stanise, 2008).

Com a retomada do processo de regionalização da saúde baseado no compartilhamento do poder de decisão e na diversificação das fontes de financiamento, surge uma variedade de arranjos multiestruturais de políticas públicas, cujo maior desafio é o estabelecimento de mecanismos e estratégias de integração e articulação que confiram racionalidade e eficiência a tais arranjos (Fleury, 2002).

Para Ouverney (2005), o estabelecimento de ações estrategicamente planejadas com finalidade comum, a partir da fixação de compromissos formais relativos a metas pactuadas coletivamente e o intercâmbio constante e a longo prazo para a otimização dos recursos disponíveis, caracteriza a existência de uma estrutura em rede. Tal fenômeno organizacional desenvolve uma institucionalidade composta “em torno do planejamento deliberado da divisão do trabalho e da articulação estratégica voltada para a manipulação do ambiente em que opera a rede, ou seja, a rede desenvolve-se pelo trabalho coletivo especificamente planejado” (Ouverney, 2005, p.97).

Na mesma direção, Stanise (2008) afirma que a institucionalização é o processo de incorporação da avaliação à rotina, constituindo-se como um processo pelo qual uma organização é amplamente estabelecida, reconhecida e universalmente aceita. Os atores que a compõem operam a partir de expectativas de que a mesma prevalecerá em um futuro previsível, sendo a institucionalização o mecanismo que confere valor e estabilidade aos procedimentos e à própria organização.

Ou seja, na medida em que surge uma base de institucionalidade, o padrão de interdependência é modificado e deixa de envolver apenas a construção de relações interorganizacionais entre os atores e passa a assumir um padrão de interdependência em rede, pautado, dentre outras coisas, pelo estabelecimento de relações de coordenação interorganizacional. Dessa forma, na medida em que a cooperação entre entes federados extrapola a ratificação de convênios e consórcios entre partes e passa a assumir um caráter de coordenação regional a partir de colegiados gestores, as políticas de saúde passam a se estabelecer a partir de redes, com altos graus de interdependência e padrões associativos mensuráveis (Brasil, 2006; Fleury, 2002; Ouverney, 2005).

3.7 RECURSOS ENVOLVIDOS

Definição: Quantidade de recursos direcionados para as atividades coletivas e sua forma de gestão.

Correlação com o Objeto: A PNEPS é uma política instituída essencialmente por diretrizes e repasses federais. Dessa forma, é importante identificar tanto as características de financiamento da mesma quanto os recursos político-institucionais para a execução das suas ações, bem como quem os domina.

Componente Verificável: Vínculo funcional do Secretário Executivo ou equivalente; percentual de recursos federais executados; mecanismos jurídico-administrativos disponíveis para a execução financeira (licitações, convênios, contratos, fundações e/ou outros).

Para definição de institucionalização da Política de Educação Permanente em Saúde, pode-se considerar a sua efetivação enquanto uma estratégia que deve ser desenvolvida regionalmente a partir do planejamento deliberado para a divisão do trabalho e articulação entre os três níveis de governo, instituições de ensino, entidades representativas dos trabalhadores, setores da educação e controle social.

De maneira geral, são atribuições comuns às três esferas: formular, promover e apoiar a gestão da EPS; mobilizar e articular junto às instituições de ensino e à educação, em seu respectivo âmbito, com o objetivo de induzir mudanças na graduação e pós-graduação para as profissões da saúde; e realizar processo de EPS em cooperação entre os entes, integrando todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente em seu respectivo âmbito (Brasil, 2006).

No entanto, quatro questões não são inteiramente comuns entre os entes no Pacto Pela Saúde, a saber: a) A aproximação dos movimentos de educação popular em saúde para a formação dos profissionais é atribuída apenas aos municípios; b) O fortalecimento e articulação entre os municípios, estabelecendo referências para os processos formativos e vinculação dos municípios às mesmas, são atribuições dos estados; c) A execução de ações destinadas à formação técnica de maneira descentralizada, são atribuídas apenas a estados e municípios; e d) O financiamento, que é atribuído à União, com participação dos municípios, não constitui uma atribuição dos estados.

Dentre esses, talvez o mais facilmente observável seja a descentralização financeira da PNEPS em consonância com os princípios do SUS. Principalmente no que diz respeito à esfera federal, que transferiu aproximadamente cento e quarenta milhões de reais para a Região Nordeste do país através de portarias ministeriais entre 2007 e 2011, conforme pode ser observado no ANEXO B.

Para tanto, a destinação de tais recursos é condicionada à elaboração dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) pelos Colegiados Gestores Regionais (CGR) e à instituição das Comissões Permanentes de Integração Ensino Serviço (CIES), pactuadas em CIB e em conformidade com o PDR do estado (Brasil, 2007).

3.8 FOCO DE CONTROLE

Definição: Forma de monitoramento do trabalho coletivo e de promoção de accountability dos recursos empregados.

Correlação com o Objeto: O foco de controle possibilita a identificação dos instrumentos para monitoramento das ações planejadas. Mais do que isso, possibilita identificar se esta é uma atividade secundária e desarticulada para os colegiados ou se é atribuição exclusiva a um dos entes.

Componente Verificável: Registros da execução de ações previstas nos planos de EPS; mecanismos e periodicidade de monitoramento e prestação de contas das metas e ações previstas nos planos de EPS (CIR, SES e/ou CIB).

Segundo Gonçalves et al. (2019), a análise do processo de implementação da PNEPS revelou uma grande heterogeneidade em termos de avanço na Educação Permanente em Saúde (EPS) entre os estados. Enquanto alguns estados estavam em estágios iniciais de implementação, outros avançaram significativamente, mesmo diante de desafios. A maioria, no entanto, ainda em 2018, situava-se em um nível intermediário, desenvolvendo ações de EPS de maneira fragmentada, sem um planejamento integrado que orientasse uma ação contínua voltada ao aperfeiçoamento dos processos de trabalho nos diversos níveis do sistema.

Dentre os problemas identificados no processo de implementação da PNEPS, a despeito da heterogeneidade constatada, destacam-se “áreas-problema” comuns a todos os estados, independentemente do grau de desenvolvimento da gestão, planejamento, programação e execução das

ações de EPS. Em particular, o monitoramento e avaliação das atividades de EPS é identificado como uma dificuldade generalizada. A ausência de indicadores que superem a mera quantificação dos cursos e outras atividades realizadas foi uma questão recorrente. Adicionalmente, a inexistência de um Sistema Nacional de Gestão da PNEPS, que alimentasse um banco de informações sobre as ações desenvolvidas nos estados e municípios, foi também mencionada como uma limitação significativa (Gonçalves et al., 2019).

Essas fragilidades no processo de monitoramento e avaliação fomentaram a elaboração de um projeto pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), encaminhado ao DEGES, visando o desenvolvimento de uma proposta teórico-metodológica para o monitoramento e avaliação da PNEPS. Partiu-se do pressuposto de que a construção pactuada de indicadores para o acompanhamento da PNEPS é crucial para o fortalecimento da política e definição de estratégias para o desenvolvimento da educação permanente nos estados (Pinto; Esperidião, 2022).

O monitoramento e avaliação são questões complexas que envolvem a definição de critérios e indicadores, tanto quantificáveis quanto não quantificáveis, para avaliar a realidade de forma fidedigna e isenta de distorções. O processo de discussão com os estados levou em consideração os desafios inerentes ao processo de implementação da política (Gonçalves et al., 2019; Pinto; Espiridião, 2022).

Ademais, os processos de gestão e os processos formativos / educativos se entrelaçam no desenvolvimento de políticas, estratégias e procedimentos para enfrentar, reorientar, ajustar, inovar e/ou transformar o cotidiano do trabalho no setor saúde. Esses processos podem estimular e apoiar novas formas de relacionamento e parcerias entre profissionais, instituições e usuários dos serviços de saúde, fortalecendo seus vínculos e compromissos com as mudanças necessárias na construção do SUS (Gonçalves et al., 2019; Pinto; Esperidião, 2022).

4 CONCLUSÃO

A proposição ora apresentada se debruça sobre o caráter regional interfederativo e a interinstitucionalidade PNEPS e busca subsidiar estudos analíticos e de avaliação mais adequados à sua estrutura que, de maneira extremamente particular, não mobiliza apenas atores tradicionais da gestão do SUS, mas também os conselhos de saúde, além de evocar a participação de instituições de ensino públicas e privadas para realização de ações formativas e de estruturação de redes no âmbito dos território de saúde dos estados – regiões de saúde – envolvendo trabalhadores de diferentes origens, vínculos, categorias, níveis de atenção e de gestão, para construção e ressignificação do trabalho em saúde a partir das múltiplas realidades dos territórios e serviços.

Longe de esgotar as discussões acerca da política em questão e muito menos da construção de políticas regionalizadas os resultados apresentados são potenciais para o aprofundar a análise da institucionalização de uma política de caráter genuinamente regional, na medida em que apresenta

elementos importantes que contribuem para processos analíticos e avaliativos, além de fornecer um conjunto elementos e provocações aos estudiosos da área.

REFERÊNCIAS

BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento. Petrópolis: Vozes, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PactosPelaVida_Vol1DiretOperDefesaSUSeGestao.pdf. Acesso em: out. 2022.

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: out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.813 de 20 de novembro de 2008. Define recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, e dá outras providências. Brasília, 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt2813_20_11_2008.html. Acesso em: out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.953 de 25 de novembro de 2009. Define recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, e dá outras providências. Brasília, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2953_25_11_2009.html. Acesso em: out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.033 de 17 de dezembro de 2010. Define recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, e dá outras providências. Brasília, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4033_17_12_2010.htm. Acesso em: out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.200 de 14 de setembro de 2011. Define recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, e dá outras providências. Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2200_14_09_2011.html. Acesso em: out. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 12 set. 2014.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 12 set. 2014.

CAMPOS, F. E. et al. Os desafios atuais para a educação permanente no SUS. Cadernos RH Saúde, Brasília, v. 3, n. 1, p. 39-55, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_rh.pdf. Acesso em: out. 2022.

CARDOSO, M. L. M. et al. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. Ciência & Saúde Coletiva, [online]. 2017, v. 22, n. 5, p. 1489-1500. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/jsqG5T5c4jcX8LKxyds3dYH/abstract/?lang=pt#ModalArticles. Acesso em: out. 2022.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-168, 2005. Disponível em: http://www.interface.org.br/revista16/debate1.pdf. Acesso em: out. 2022.

DAVINI, M. C. Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Série pacto pela saúde. Vol. 9, p. 39-59. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume9.pdf. Acesso em: out. 2022.

DE MACÊDO, B. C. de. A institucionalização da política de educação permanente em saúde em três estados da Região Nordeste. 2016. 142 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2016. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/18398/8.pdf?sequence=2&isAllowed=y. Acesso em: out. 2022.

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: out. 2022.

FRANÇA, T. et al. Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. Ciência & Saúde Coletiva, [online]. 2017, v. 22, n. 6, p. 1817-1828. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.30272016. Acesso em: out. 2022.

GONÇALVES, C. B. et al. A retomada do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. Saúde em Debate, [online]. 2019, v. 43, n. spe1, p. 12-23. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-11042019S101. Acesso em: out. 2022.

HADDAD, J.; ROSCHKE, M. A. C.; DAVINI, M. C. Educación Permanente de personal de Salud. Washington: OPAS, 1994. Disponível em: http://www.comepa.com.uy/escuela/pluginfile.php/520/mod_resource/content/1/HaddadClasenRoschkeDavini.pdf. Acesso em: out. 2022.

LAVRAS, C. C. C. Descentralização, regionalização e estruturação de redes. In: IBAÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; SEIXAS, P. H. D. (Org.). Política e Gestão Pública em Saúde. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 317-331.

MACEDO, B. C. de. A institucionalização da política de educação permanente em saúde em três estados da Região Nordeste. 2016. 142 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2016. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/18398/8.pdf?sequence=2&isAllowed=y. Acesso em: out. 2022.

MACHADO, M. H.; XIMENES, F. R. G. Gestão da educação e do trabalho em saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. Ciência & Saúde Coletiva, [online]. 2018, v. 23, n. 6, p. 1971-1979. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06682018. Acesso em: out. 2022.

MACHADO, M. H. Trabalhadores na saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. In: LIMA, N. T. (Org.). Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 257-284.

MATOS, M. C.; SANTOS, L.; VIEIRA, S. L. Análise das concepções de educação permanente em planos estaduais de educação permanente em saúde. In: VIEIRA, S. L. (Org.). Gestão do Trabalho, Educação e Saúde: Desafios Agudos e Crônicos. Editora Científica Digital, 2021. p. 93-109. Disponível em: https://downloads.editoracientifica.com.br/articles/210202954.pdf. Acesso em: out. 2022.

PAIM, J. S. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. Physis: Revista de Saúde Coletiva, [online]. 2008, v. 18, n. 4, p. 625-644. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/RJgTsdLf3BcS7zNj9K3K9Vj/abstract/?lang=pt#ModalArticles. Acesso em: out. 2022.

PAIM, J. S. Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo: USP, 1994.

PINTO, I. C. M.; ESPERIDIÃO, M. A. Política nacional de educação permanente em saúde: monitoramento e avaliação. Salvador: EDUFBA, 2022. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/handle/ri/36295. Acesso em: abr. 2024.

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: out. 2022.

SARRETA, F. O. Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS. São Paulo: Ed. Unesp: Cultura Acadêmica, 2009. Disponível em: http://static.scielo.org/scielobooks/29k48/pdf/sarreta-9788579830099.pdf. Acesso em: out. 2022.

SOUZA, R. M. P.; COSTA, P. P. Educação permanente em saúde na formação da Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública. Saúde em Debate, [online]. 2019, v. 43, n. spe1, p. 116-126. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ZF8GgM4MQjZVKskXS8BdGmN/?lang=pt#ModalArticles. Acesso em: out. 2022.

STANISE, V. L. Avaliação do grau de institucionalização dos programas municipais de DST/HIV/AIDS na Regional de Saúde de Campinas. 2008. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2008. Disponível em: http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4680/2/1089.pdf. Acesso em: out. 2022.

TOLBERT, P. S.; ZUCKER, L. G. A institucionalização da teoria institucional. In: CLEGG, S. R.; HARDY, C.; NORD, W. (Org.). Handbook de estudos organizacionais. São Paulo: Atlas, 2007.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D. O processo de regionalização na saúde: contextos, condicionantes e papel das Comissões Intergestoras Bipartites. In: VIANA, A. L. D. (Org.). Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

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: out. 2022.

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