Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

Carlos José Moreno Pinto

A Educação Permanente em Saúde nos hospitais estaduais do estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro
2022

Carlos José Moreno Pinto

A Educação Permanente em Saúde nos hospitais estaduais do estado do Rio de Janeiro

Tese apresentada, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientadora: Prof.ª Dra. Tania França

Rio de Janeiro

2022

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

P659 Pinto, Carlos José Moreno

A Educação Permanente em Saúde nos hospitais estaduais do estado do Rio de Janeiro / Carlos José Moreno Pinto. – 2022.
142 f.

Orientadora: Prof.ª Dra. Tania França

Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro.

1. Educação continuada - Rio de Janeiro - Teses. 2. Hospitais estaduais – Rio de Janeiro - Teses. 3. Capacitação de recursos humanos em saúde - Teses. 4. Política de saúde – Teses. 5. Gestão em saúde – Teses. I. França, Tania. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. IV. Título.

CDU 37:614(815.3)

Bibliotecária: Marianna Lopes Bezerra – CRB 7 6386

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

_____ _____

Assinatura Data

Carlos José Moreno Pinto

A Educação Permanente em Saúde nos hospitais estaduais do estado do Rio de Janeiro

Tese apresentada, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 29 de outubro de 2022.

Banca Examinadora:

_____

Prof.ª Dra. Tania França (Orientadora)

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro – UERJ

_____

Prof. Dr. Fabiano Saldanha Gomes de Oliveira

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro – UERJ

_____

Prof. Dra. Alcione Matos de Abreu

Universidade Federal Fluminense

_____

Prof. Dra. Fátima Meirelles Pereira Gomes

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro – UERJ

_____

Prof. Dra. Carinne Magnago

Universidade de São Paulo

Rio de Janeiro

2022

DEDICATÓRIA

Esta tese é dedicada aos trabalhadores militantes da Saúde, aos trabalhadores da saúde que buscam o conhecimento como ato de resistência em defesa e fortalecimento do SUS e aos professores mestres e doutores que fomentam a jornada acadêmica desses trabalhadores.

AGRADECIMENTOS

Meus sinceros agradecimentos aos professores do Instituto de Medicina Social Hésio Cordeiro, os quais tive a felicidade de conhecer e com eles aprender muito mais. Meu agradecimento em especial a Professora Tânia França por sua grandiosa humildade, perseverança e ajuda em todos os momentos dessa caminhada.

Um agradecimento eterno e do “fundo” do coração a todos os professores amigos que participaram intensamente na construção dessa pesquisa.

Agradeço aos meus amigos de trabalho, que sempre torceram por mim, dizendo que “tudo vai dar certo”. São tantos amigos que fica difícil fazer uma lista, mas não posso deixar de citar alguns que me ajudaram muito, são eles: a diretora de Enfermagem Sandra e sua equipe, a Enfermeira Katia, o Enfermeiro Manassés e a Fernanda, a toda equipe da CIES da SES/RJ e a Bióloga Claudinha e toda sua equipe da Diretoria de ensino e pesquisa. São pessoas incríveis, nunca vou me esquecer de cada um de vocês e do quanto me ajudaram a realizar a pesquisa.

Agradeço aos meus familiares e, principalmente, a minha esposa Magdalena que soube superar os momentos difíceis que passamos e esteve sempre ao meu lado, me apoiando e ajudando.

RESUMO

PINTO, Carlos José Moreno. **A Educação Permanente em Saúde nos hospitais estaduais do estado do Rio de Janeiro.** 2022. 142 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

A pesquisa teve como objetivo analisar a Política Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS) no âmbito dos hospitais da Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (SES/RJ). Defendeu a seguinte tese: mostrar que as ações de EPS direcionadas aos profissionais de saúde dos hospitais da SES/RJ, gerenciados por Organizações Sociais (OSS) e pela Fundação Saúde do Estado do Rio de Janeiro (FSERJ), são ações de educação que divergem das concepções de EPS expressas na Política nacional de EPS e na PEEPS/RJ. A metodologia utilizada foi a análise documental, a partir da técnica de análise de conteúdo, usando os documentos do PlanejaSUS do ERJ e dos contratos de gestão da SES/RJ celebrados com OSS e FSERJ, todos publicados no período de 2007 a 2020. A pesquisa evidenciou ausência de indicadores para EPS em diversos contratos de gestão, diferentes indicadores de EPS em um único contrato de gestão e inexistência de relatos sobre ações de EPS em diversas prestações de contas anuais. O estudo aponta sugestões que possibilitam melhorar a capilaridade e gestão da PEEPS/RJ para os hospitais estaduais da SES/RJ.

Palavras-chave: Educação Permanente. Hospitais Estaduais. Organização Social.

ABSTRACT

PINTO, Carlos José Moreno. Permanent education in health in state hospitals in the state of Rio de Janeiro**.** 2022. 142 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

The research aimed to analyze the State Policy of Permanent Education in Health (PEEPS) in the scope of hospitals of the State Department of Health of the State of Rio de Janeiro (SES/RJ). He defended the following thesis: to show that EPS actions aimed at health professionals at SES/RJ hospitals, managed by Social Organizations (OSS) and by the Fundação Saúde do Estado do Rio de Janeiro (FSERJ), are educational actions that diverge of the EPS concepts expressed in the national EPS Policy and in the PEEPS/RJ. The methodology used was document analysis, based on the content analysis technique, using the documents of PlanningSUS do ERJ and the SES/RJ management contracts signed with OSS and FSERJ, all published between 2007 and 2020. The research evidenced the absence of indicators for EPS in several management contracts, different indicators of EPS in a single management contract and inexistence of reports on EPS actions in several annual accounts. The study points out suggestions that make it possible to improve the capillarity and management of PEEPS/RJ for the state hospitals of SES/RJ.

Keywords: Permanent Education. State Hospitals. Social Organization.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa do Estado do Rio de Janeiro dividido por Regiões de Saúde 51
Planilha 1 – Hospitais da SES/RJ 54
Figura 2 – Organograma da Subsecretaria e Educação e Inovação em Saúde.....70
Figura 3 – Categorias das ferramentas de gestão RJ 79
Figura 4 – Categorias do contrato de gestão 80
Figura 5 – Gráfico demonstrativo da evolução da pandemia no ERJ.....100

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Corpus documental 60
Quadro 2 – Polos de Educação Permanente no Estado do Rio de Janeiro 63
Quadro 3 – CIES constituídas por região e suas respectivas deliberações 67
Quadro 4 – Hospitais da SES/RJ da administração indireta, geridas por Organizações Sociais em 2020 76
Quadro 5 – Hospitais da SES/RJ da administração indireta, geridos pela FSERJ.....77
Quadro 6 – Níveis de ativação 101
Quadro 7 – Indicadores de desempenho hospital IEISS.....122
Quadro 8 – Indicadores de desempenho hospital HEER 122
Quadro 9 – Indicadores de desempenho do IEDS 122
Quadro 10 – Indicador de desempenho – Hospital Dona Lindu 123
Quadro 11 – Indicador EPS – Hospitais OSS – Hospital Zilda Arns, Hospital Da Mãe, Clínica da Mulher, Hospital de Traumatologia e Ortopedia Vereador Melchiades Calazans.....123

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Fases da PNEPS.....49
Tabela 2 – Ferramentas de gestão do ERJ.....78
Tabela 3 – Contratos de gestão e prestação de contas 78
Tabela 4 – Produção do NEP/HEGV em 2013.....91
Tabela 5 – Leitos das unidades hospitalares do nível 1.....101
Tabela 6 – leitos das Unidades hospitalares do nível 2 105
Tabela 7 – Leitos disponíveis para COVID-19 nível 3 nos hospitais de campanha do ERJ com atualização CIB em 10/09/2020 106
Tabela 8 – Profissionais capacitados nos hospitais da SES/RJ para o contexto COVID-19 111

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATLS	Suporte avançado de Vida no Trauma
CDCC	Conselho da Cooperação Cultural
CEA	Centro de Estudos e Aperfeiçoamento
CES	Conselho Estadual de Saúde
CET	Central Estadual de Transplantes;
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIES	Comissão Permanente de Integração Ensino-serviço
CIR	Comissão Intergestores Regional
CNRH	Conferência Nacional de Recursos Humanos para Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COVID-19	*Coronavirus disease 2019*
CPRJ	Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro.
CQH	Compromisso com a Qualidade Hospitalar
CTI	Comissão Intergestores Tripartite
DAB	Departamento de Atenção Básica
DEGERTS	Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EPS	Educação Permanente em Saúde
EPSJV	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
ERJ	Estado do Rio de Janeiro
ETIS/SUS	Escola de formação Téc. em Saúde Enfermeira Izabel dos Santos
ETSUS	Escolas Técnicas do SUS
FEHUE	Fundação Estatal dos Hospitais de Urgência e Emergência
FGTS	Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
FSERJ	Fundação de Saúde do Estado do Rio de Janeiro
GM	Gabinete do Ministro

GT	Grupo de Trabalho
HEA	Hospital Estadual Anchieta.
HEAL	Hospital Estadual Azevedo Lima;
HEAPN	Hospital Estadual Adão Pereira Nunes;
HEAS	Hospital Estadual Albert Schweitzer;
HEAT	Hospital Estadual Alberto Torres;
HECC	Hospital Estadual Carlos Chagas;
HEER	Hospital Estadual Eduardo Rabelo
HEGV	Hospital Estadual Getúlio Vargas;
HEMORIO	Instituto Estadual de Hematologia Arthur Siqueira Cavalcanti;
HEP	Hospital Estadual Pedro II;
HEPJBC	Hospital Estadual Pref. João Baptista Cáffaro
HERF	Hospital Estadual Rocha Faria;
HESM	Hospital Estadual Santa Maria;
HETM	Hospital Estadual Tavares de Macedo;
HEVMC	Hospital Estadual Vereador Melchiades Calazans
HRA	Hospital Regional de Araruama;
HRBSJ	Hospital Regional de Barra de São João
IECAC	Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro;
IEDE	Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione;
IEDS	Hospital Estadual de Dermatologia Sanitária;
IEISS	Instituto Estadual de Infectologia São Sebastião;
IES	Instituição de Ensino Superior
IETAP	Instituto Estadual de Doenças Ary Parreiras;
IMS	Instituto de Medicina Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LACEN	Laboratório Central de Saúde Pública Noel Nutels;
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NEP	Núcleo de Educação Permanente
OPAS	Organização Panamericana de Saúde

OSS	Organizações Sociais de Saúde
PAREPS	Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde
PCA	Programa de Capacitação para Aperfeiçoamento
PCCS	Plano de Carreiras, Cargos e Salários
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PEEPS	Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde
PES	Plano Estadual de Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
Profaps	Profissionalização dos Trabalhadores de Nível Médio da Área da Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
RAG	Relatório Anual de Gestão
RH	Recurso Humano
SAMFAM	Serviço de Assis. Médica Federal aos Municípios sem Médicos
SDSS	Subsecretaria de Desenvolvimento de Sistemas de Saúde
SER	Sistema Estadual de Regulação
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SESDEC	Secretaria de Saúde e Defesa Civil
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUPEP	Superintendência de Educação Permanente
SUS	Sistema Único de Saúde
TR	Termo de Referência
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO..... 14

1 **EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS**..... 20

2 **A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO CONTEXTO BRASILEIRO**..... 25

3 **MÉTODO**..... 48

3.1 **Desenho do estudo**..... 48

3.2 **Cenário do estudo**..... 50

3.3 **Os documentos analisados**..... 55

3.3.1 Os documentos do PlanejaSUS..... 55

3.3.2 Os documentos de contratualização para gestão dos hospitais estaduais do ERJ..... 57

3.4 **Análise e interpretação dos dados**..... 59

4 **RESULTADOS E DISCUSSÃO**..... 62

4.1 **A implementação da PNEPS no ERJ**..... 62

4.2 **Os modelos de gestão dos hospitais estaduais do Rio de Janeiro e a contratualização de ações de EPS**..... 70

4.3 **A EPS no âmbito dos hospitais do estado do Rio de Janeiro**..... 77

4.3.1 Documentos do PlanejaSUS/RJ..... 80

4.3.2 Documentos de Contratualização para gestão dos hospitais da SES/RJ com as Organizações Sociais..... 85

4.3.3 A descrição das ações de Educação na Saúde nas prestações de contas da Organizações Sociais..... 90

4.3.4 A contratualização de gestão dos Hospitais da SES/RJ com a FSERJ..... 94

4.4 **As ações de EPS direcionadas ao enfrentamento da pandemia de COVID-19**..... 97

4.4.1 O contexto COVID-19 no Estado do Rio de Janeiro..... 99

4.4.2 Ações de EPS realizadas nas unidades da SES/RJ para o contexto COVID-19..... 109

RECOMENDAÇÕES..... 127

REFERÊNCIAS..... 130

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) é referência para a gestão da Educação na Saúde em todas as esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Ela é conduzida, em âmbito federal, pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), criada em 2003, com o propósito de formular políticas de formação e de gestão da força de trabalho em Saúde no país (VIEIRA *et al.,* 2006, p. 36).

Instituída pelo Ministério da Saúde através da portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, no governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, a PNEPS assume a Educação Permanente em Saúde (EPS) como estratégia "fundamental para recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da Saúde" (CECCIN, 2005, p. 163-164). Trata-se de uma política que está fundamentada na aprendizagem no trabalho e que se estrutura a partir da problematização do processo de trabalho, propondo que as ações de qualificação dos trabalhadores da saúde:

> tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em Saúde e tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização da atuação e da gestão setorial em Saúde (BRASIL, 2004a, p. 10).

A PNEPS mostra a capacidade de transformar o SUS em uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho, uma verdadeira rede-escola, fazendo-se necessárias a descentralização e a disseminação da capacidade pedagógica por dentro do setor de Saúde (CECCIM, 2005, p. 976). Portanto, seus preceitos e diretrizes devem ser capilarizados nos diferentes territórios, onde são operacionalizadas práticas de Saúde.

Nesse sentido, a PNEPS assume a regionalização do SUS como base para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento das necessidades do sistema, já que se manifesta como diretriz que norteia os processos de negociação e pactuação entre os gestores da rede de saúde. Assim, as ações de EPS precisam ser planejadas e implementadas na lógica da regionalização, em coerência com as situações de saúde que se apresentam em cada nível local do SUS (BRASIL, 2007; MICCAS; BATISTA, 2014; FRANÇA *et al.,* 2016).

Para tanto, prevê-se que a política seja conduzida regionalmente, pelo nível estadual, por meio das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Comissões Intergestores Regionais (CIR) – instâncias deliberativas, de pactuação consensual entre estados e municípios, para a gestão compartilhada do SUS – com o apoio das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) estaduais e regionais, instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes, que participam da elaboração, da condução e do desenvolvimento da PNEPS (BRASIL, 2007; BRASIL, 2011; FRANÇA *et al.,* 2017).

Cada CIR e respectiva CIES regional atuam de forma conjunta na elaboração do Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS), que deve considerar as especificidades locais e propor ações coerentes com os Planos de Saúde Estadual e Municipais da respectiva região de saúde no que tange à Educação na Saúde. As propostas apresentadas em cada um dos PAREPS são fundamentais para a construção dos Planos Estaduais de Educação Permanente em Saúde (PEEPS) (BRASIL, 2017).

Esses documentos – que se configuram como proposta sistematizada de um conjunto de ações de Educação na Saúde, discutida e pactuada entre as regiões de saúde e o estado – estabelecem as demandas prioritárias de formação e qualificação profissional, diagnosticadas mediante a problematização do trabalho em saúde nos diferentes níveis de atenção, em sintonia com as necessidades de saúde da população. Reflete, então, uma proposta de articulação regionalizada, de todos os níveis de atenção, englobando, assim, os serviços básicos, ambulatoriais e especializados (BRASIL, 2009; MOREIRA *et al.,* 2018).

Estudos prévios apontam, no entanto, uma prevalência de ações direcionadas para a atenção primária, cuja organização e propósitos parecem facilitar a incorporação dos pressupostos da EPS. Há, por outro lado, lacunas no processo de capilarização da EPS nos serviços dos demais níveis assistenciais, inclusive nos hospitais (FRANÇA *et al.,* 2016; PINTO, 2017). Esses parecem ser os que enfrentam maiores níveis de dificuldade para romper com a “lógica fragmentada das ações de saúde e, por conseguinte, das ações pedagógicas, as quais ainda se focam basicamente no aprimoramento técnico” (FRANÇA *et al.,* 2016, p. 70).

Essa realidade não é diferente no estado do Rio de Janeiro, meu *lócus* de atuação profissional e cenário da minha pesquisa de mestrado, cujos resultados evidenciaram propostas de educação profissional estruturadas sob a forma de

capacitação técnica, cujos temas não partiam de um processo de problematização no cotidiano de trabalho e cujos conteúdos vinham prontos e moldados, justificados por índices epidemiológicos. Mais: verificou-se ausência de capilarização da PNEPS nos diferentes níveis de atenção, com poucas ações referentes ao nível pré-hospitalar e hospitalar (PINTO, 2017).

Tais constatações, somadas aos desafios que experimento no cotidiano da minha atuação profissional no campo da Educação na Saúde, impulsionaram-me a desenvolver esta tese, que se debruça sobre a implementação da PNEPS no estado do Rio de Janeiro e, mais especificamente, na sua capilaridade nos hospitais estaduais.

O meu envolvimento com Educação na Saúde e com a formação de profissionais para o setor, iniciou-se logo após a minha graduação em Enfermagem, finalizada no ano de 1995. A partir de então, passei a atuar como professor, supervisor e coordenador de estágio em um curso técnico em Enfermagem e, concomitantemente, atuei como diretor de Enfermagem em um hospital privado. Em 2000, passei a atuar como docente de Enfermagem em uma universidade privada, onde permaneci até o ano de 2004, mas sempre atuando, em paralelo, na assistência hospitalar. Em 2001, através de concurso público promovido pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ), ingressei no Hospital Estadual Azevedo Lima (HEAL).

No HEAL, iniciei como coordenador do centro cirúrgico/central de material, passando, posteriormente, a coordenar a emergência e o almoxarifado. Atuando nesses setores, pude perceber potencialidades e fragilidades da gestão pública que envolvem principalmente a gestão dos trabalhadores do SUS, a gestão de materiais, a gestão de recursos financeiros e a gestão da Educação na Saúde. O interesse pela gestão pública possibilitou o meu ingresso, por intermédio da direção do HEAL, em um curso de especialização em gestão hospitalar que concluí em 2003.

Em 2008, passei a atuar no Centro de Estudos e Aperfeiçoamento (CEA) do HEAL, ministrando aulas em cursos de capacitação de profissionais de saúde do hospital. Assumi, posteriormente, o cargo de presidente do CEA, quando comecei a participar das reuniões mensais na SES/RJ, específicas para os coordenadores dos CEA das unidades próprias do estado. Minha atuação no CEA possibilitou-me conhecer e compreender os processos que culminam em ações de integração

ensino-serviço, incluindo estágios curriculares e residências profissionais no âmbito dos hospitais da SES/RJ.

A partir de 2009, ano em que foi criado o CIES estadual, a equipe do nível central da SES/RJ iniciou a discussão sobre a PNEPS com os coordenadores dos CEA de algumas unidades próprias e propôs a alteração do estatuto dos CEA, considerando, entre outros aspectos, a necessidade de adequá-lo aos preceitos da PNEPS, já que não havia sido efetivado até então. A partir de 2012, essa articulação da SES/RJ com os hospitais estaduais para assuntos de Educação na Saúde sofreu uma interrupção após a dissolução gradual da equipe do nível central da SES/RJ, responsável pelas reuniões com os CEA. Esse período coincide com a criação da Fundação Saúde do Estado do Rio de Janeiro[1] e com o estabelecimento de contratos de gestão com Organizações Sociais de Saúde (OSS) para o gerenciamento de hospitais estaduais. Inaugura-se, a partir de então, um período de distanciamento dos CEAs com o nível central e, particularmente, o meu distanciamento com a PNEPS.

Em 2015, face a minha atuação no CEA/HEAL, surgiu a oportunidade de ingressar em um programa de mestrado profissional em Educação profissional em Saúde. Nesse mesmo ano, fui convidado para ser representante do HEAL em uma CIES regional, quando passei a conhecer, de forma mais profunda, a PNEPS e as estratégias para a sua condução no contexto estadual, sendo esse o tema da minha dissertação de mestrado, concluída em 2017, cujos achados, conforme já mencionado, motivaram-me a ingressar no doutorado em 2018. Continuo atuando no CEA/HEAL, mas deixei de ser o representante do HEAL na CIES regional.

Atualmente, o CEA trabalha em parceria com o Núcleo de Ensino e Pesquisa (NEP), setor responsável pela Educação dos profissionais de Saúde, pertencente a uma Organização Social de Saúde (OSS) que gerencia o HEAL desde fevereiro de 2014. Os membros do CEA e do NEP participam do grupo de trabalho CEA/NEP, criado no final de 2018, que tem como uma de suas finalidades implementar a política estadual de EPS nas unidades hospitalares da SES/RJ.

É nesse contexto complexo que a proposta de estudo desta tese insere-se e no qual os aspectos políticos ganham relevância, haja vista as frequentes mudanças

---

[1] Criada pela Lei estadual nº 6304, de 28 de agosto de 2012, sendo produto da unificação da Fundação Estatal dos Hospitais Gerais, Fundação Estatal dos Hospitais de Urgência e Fundação Estatal dos Institutos de Saúde e da Central Estadual de Transplante, criadas pela Lei nº 5.164, de 17 de dezembro de 2007, com o propósito de executar e prestar serviços na área da Saúde Pública, em especial à Secretaria de Estado de Saúde. Mesmo antes dessa unificação, o estado já havia celebrado contratos com essas fundações.

na gestão estadual de saúde com implicações na agenda e nos modelos de gestão da saúde e consequentes reflexos no campo da EPS. Neste sentido, a pesquisa traz com questões norteadoras: Quais as ações de Educação Permanente em Saúde no âmbito da Atenção hospitalar no estado do Rio de Janeiro?; Qual a capilaridade da PEPS (Política de Educação Permanente em Saúde) nas Unidades Hospitalares no ERJ?; Como anda a PEPS na Atenção Hospitalar?; Existem diferenças metodológicas de como se trabalha a EPS na Atenção Hospitalar no ERJ?

Considerado o exposto, buscou-se aqui, defender a seguinte tese: mostrar que as ações de EPS direcionadas aos profissionais de saúde dos hospitais da SES/RJ, gerenciados por OSS e pela Fundação Saúde do ERJ, são ações de Educação que divergem das concepções de EPS expressas na PNEPS e na PEEPS/RJ e que essas divergências estão no âmbito do planejamento, da execução, do monitoramento e da avaliação dessas ações por parte da SES/RJ e das entidades jurídicas contratadas para gerência desses hospitais estaduais. Essas evidências deram-se a partir de uma análise dos documentos do PlanejaSUS do ERJ, dos contratos de gestão da SES/RJ celebrados com OSS e com a Fundação de Saúde no período de 2007 a 2020 e de documentos da SES/RJ, relacionados com ações de EPS direcionadas para os trabalhadores dos hospitais da rede própria da SES/RJ.

Apresentadas a tese e as questões norteadoras, o objetivo primário delineado para o estudo relatado neste documento foi a análise a Política Estadual de Educação Permanente em Saúde no âmbito dos hospitais da Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Secundariamente, objetivou-se:

a) Contextualizar os modelos de gestão dos hospitais estaduais do Rio de Janeiro e a contratualização de ações de EPS nesse âmbito;
b) Identificar e analisar as ações de EPS contratualizadas, planejadas e executadas nos hospitais da SES/RJ; e
c) Verificar se ações de EPS direcionadas ao enfrentamento da pandemia de COVID-19, foram desenvolvidas nos hospitais da SES/RJ

A relevância do estudo está pautada em alguns pontos sobre o tema, o primeiro diz respeito ao conceito de EPS, onde na maioria dos hospitais do Estado do Rio de Janeiro a EPS é entendida como educação continuada, algo identificado

nos documentos selecionados para pesquisa, o segundo ponto é a ausência de pesquisa sobre a EPS nos hospitais do Estado do Rio de Janeiro no contexto da administração indireta, e por último é a expectativa de ser uma pesquisa que possa auxiliar a gestão e os profissionais de saúde envolvidos com EPS nos hospitais estaduais do ERJ, no sentido de melhorar a condução da PNEPS neste nível de atenção.

1 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS

A expressão Educação Permanente surge pela primeira vez em 1955, na França, por Pierre Arents, em um contexto de reforma educacional. O projeto de reforma educacional demonstrava a noção de continuação do aprendizado da instrução e da educação depois da escola. No ano seguinte, o ministro da Educação Nacional da França, Renê Billères, torna oficial a expressão Educação Permanente, que se tratava do prolongamento da escolaridade obrigatória e a reforma do ensino público (GADOTTI, 2012).

Para compreendermos o sentido do projeto Educação Permanente, é necessário fazer algumas reflexões sobre a evolução da cooperação educativa na Europa depois do final da Segunda Guerra Mundial em 1942 (TITZ, 1995). Em 5 de maio de 1949, é fundado o Conselho da Europa, uma organização internacional com propósitos voltados para a defesa dos direitos humanos, o desenvolvimento democrático e a estabilidade político-social na Europa. Jean-Pierre Titz, principal administrador desse Conselho em 1995, descreve aspectos relevantes sobre a trajetória para elaboração do projeto Educação Permanente.

Titz (1995) relata que, a partir de 1967, foram feitas diversas reflexões sobre Educação no âmbito do Conselho da Cooperação Cultural (CDCC), sendo, na época, o órgão de gestão e de impulsão dos trabalhos do Conselho da Europa em matéria de Educação e de Cultura. Quinze estudos foram compilados e editados pelo Conselho da Europa, em 1970, sob o título de Educação Permanente.

O projeto Educação Permanente surge na década de 1960, época marcada por uma revolução cultural e pelo desenvolvimento de uma sociedade industrial na Europa, um novo contexto em evolução rápida: o dos Golden Sixties. Esse foi o contexto social, econômico e político em que foram dados o conceito, os princípios e a filosofia da Educação Permanente, formulados por um grupo amplo de peritos nacionais, que colaboraram de forma contínua durante um período de dez anos. Essas formulações deram-se partir da análise de diversas experiências-piloto relativas a todos os setores do sistema educativo e não apenas da educação de adultos (TITZ, 1995).

O processo de criação conceitual não foi linear, houve conflitos e tensões. Havia uma perspectiva otimista e linear quanto ao projeto Educação Permanente, pois nesse residia a esperança de uma resposta positiva em reverter a instalação de uma situação de crise e instabilidade econômica, fato que não acontece após o final do projeto em fins dos anos de 1970, quando

> A crise económica começa a instalar-se na realidade e nos espíritos. Depois de, por várias vezes, ter-se esperado que se iria "sair do túnel", que o crescimento iria retomar o mesmo ritmo que anteriormente e permitir eliminar os efeitos da crise, é, pois, a partir de agora que convém analisar, em termos estruturais e já não conjunturais, as consequências e propor um remédio (TITZ, 1995, p. 47).

A concepção de Educação Permanente dada nessa época é entendida como uma "expressão de uma visão sociopolítica e histórica muito mais larga, na qual o voluntarismo prevalece de longe sobre as necessidades de uma simples adaptação às evoluções socioeconômicas do momento" (TITZ, 1995, p. 48). Enquanto quadro de referência para as políticas educativas, o conteúdo do conceito de Educação Permanente poderia ser resumido da seguinte forma:

> o processo educativo é contínuo ao longo de toda a vida e marca todas as suas etapas; o processo educativo é um processo contínuo de desenvolvimento dos saberes, do saber-fazer e do saber-ser; a aquisição dos saberes e das qualificações não faz realmente sentido, se não estiver ligada à experiência e à prática; o processo educativo é um fator de desenvolvimento, da expressão de um projeto e não se limita a uma simples reprodução do passado; o processo educativo é um todo, no tempo evidentemente, mas abrange, além disso, o conjunto das necessidades, dos papéis e das funções da pessoa humana num dado momento da sua história; necessidades individuais e coletivas (social, cultural, económica) em matéria de Educação não se podem opor, mas devem, pelo contrário, convergir. (TITZ, 1995, p 48).

As concepções de Educação Permanente descritas anteriormente não serão as mesmas concepções de uma Educação Permanente no campo da saúde, descrita pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) na década de 1980. Clasen Roschke (1993) afirma ter sido o Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da OPAS o grande apoiador da proposta de EPS para os trabalhadores da saúde na região das Américas. A proposta teve como perspectiva reconceituar os processos de capacitação do pessoal empregado nos serviços de saúde. Os vários grupos nacionais que foram mobilizados tinham como interesse comum a modificação das práticas educativas, com objetivo de transformar a prática de saúde nos serviços que prestam assistência à Saúde. Essa proposta foi se consolidando

nos anos de 1987 e 1988, mostrando ser o trabalho o eixo fundamental para a aprendizagem em sua proposta pedagógica.

A OPAS deixa evidente que “o núcleo da proposta de reorientação de EPS é a transformação do processo de trabalho pela melhoria de sua qualidade, grau de integração e nível de compromisso” (CLASEN ROSCHKE, 1993, p. 474). A estratégia da EPS entende a necessidade de valorizar a experiência e a cultura dos trabalhadores para construção e o planejamento das ações educativas, estimulando um conhecimento associado aos problemas da prática do trabalho.

O trabalho é considerado um fator de produção e transformação na proposta da EPS, tanto nas relações objetivas, quanto nas relações subjetivas. É abandonada a ideia do trabalho como fator meramente instrumental, nem tão pouco um conjunto de atividades que necessita de treinamento para sua execução, aplicando regras que não condizem com a dinâmica real da prática. Na EPS, a produção do trabalho dá-se “através da ação individual ou coletiva e, simultaneamente, impulsiona, regula e dá sentido à interação entre os sujeitos e o meio ambiente” (CLASEN ROSCHKE, 1993, p. 474). A proposta da EPS é a transformação das práticas técnicas e sociais.

A dimensão pedagógica da EPS não se reduz a uma metodologia de aprendizagem, considerando que o compromisso com a competência técnica, não requer apenas um conhecimento específico, um conceito ou habilidades para execução de determinados procedimentos. É uma dimensão que consiste em um desenvolvimento abrangente e contextualizado, baseado em um conhecimento que leva ao questionamento das práticas que, por sua vez, questionam e contextualizam as técnicas. Assim, as práticas são modificadas e tornam-se mais integradas, porque, por um lado, ampliam-se as possibilidades de entendimento e interpretação cognitiva e, por outro, porque através da comunicação e participação, há o desenvolvimento de estratégias para cooperação e negociação, elementos que também fazem parte integrante do processo de aprendizagem (CLASEN ROSCHKE, 1993).

A força da EPS está concentrada no mesmo lugar em que encontramos sua fragilidade:

> atuar nos contextos complexos a partir da própria prática e dos próprios atores, trabalhar os problemas e como percebê-los, produzir mudanças em contextos que muitas vezes favorecem a conservação. Onde está o obstáculo, está o potencial da Educação Permanente em Saúde, pois está dentro da própria prática na qual ocorrem mudanças efetivas. Talvez seja

> por isso que formas tradicionais de ensino tendem a ter pouco impacto sobre a prática e, quando o fazem, é à custa de um enorme esforço e grande investimento de recursos (CLASEN ROSCHKE, 1993, p. 477).

Nesse aspecto, a dimensão pedagógica da EPS requer um equilíbrio entre a micropedagogia e a macropedagogia. A primeira, relacionada ao nível institucional, ancorada na pedagogia da problematização, na qual busca uma análise crítica das práticas, de forma coletiva e articulada com os diversos atores da instituição, livre de um controle estrutural hierárquico. No entanto, essa precisa apoiar-se em uma macropedagogia, que deve trazer a elaboração de uma estratégia de educação global, sem alterar o núcleo da proposta da EPS e que seja capaz de integrar e articular todas as instâncias e ações educacionais em equipe, como parte de uma política de transformação do setor (CLASEN ROSCHKE, 1993).

Ao contrário de uma educação que se resume a uma questão de métodos, para garantir a eficiência do desempenho, de acordo com padrões e objetivos pré-estabelecidos ou universalmente fixada, fora da realidade do processo de trabalho, a Educação Permanente em Saúde tem como base as necessidades detectadas no próprio processo de trabalho à luz do contexto específico. O processo de aprendizagem pode caracterizar-se como reconstrutivo, para além de uma simples atualização, sua essência está no confronto profundo entre os velhos padrões e o desenvolvimento de outros radicalmente diferentes. Dirige-se para a construção de novos objetivos, políticas, normas e formas de organização e comunicação no trabalho em lugar de simplesmente modificar o velho (CLASEN ROSCHKE, 1993).

A proposta da EPS é a realização da educação no local de trabalho, com o objetivo de fazer o profissional refletir e intervir sobre a processo de trabalho, visando à melhoria da qualidade, dos serviços e das condições de trabalho. Em síntese, a EPS é a educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho, atuando nos diversos serviços, cujo objetivo é melhorar a saúde da população (ROVERE, 1994). Esse conceito marca um espaço próprio da EPS, o que difere dos demais conceitos, a exemplo da educação ao longo da vida, descrita no relatório Jacques Delors em 1996, que, na verdade, foi uma ampliação do conceito inicial de Educação Permanente, a educação ao longo de toda vida.

> É a chave que abre as portas do século XXI. Ultrapassa a distinção tradicional entre Educação inicial e Educação permanente. Aproxima-se de um outro conceito proposto com frequência, o da sociedade educativa, em que tudo pode ser ocasião para aprender e desenvolver os próprios talentos. Nessa nova perspectiva, a Educação Permanente é concebida

> como indo muito além do que já se pratica, especialmente nos países desenvolvidos, a saber: atualização, reciclagem e conversão e promoção profissional dos adultos. Deve ampliar a todos as possibilidades de educação, com vários objetivos, quer se trate de oferecer uma segunda ou uma terceira oportunidade, de dar resposta à sede de conhecimento, de beleza ou de superação de si mesmo, ou ainda, ao desejo de aperfeiçoar e ampliar as formações estritamente ligadas às exigências da vida profissional, incluindo as formações práticas. Em suma, a "educação ao longo de toda a vida", deve aproveitar todas as oportunidades oferecidas pela sociedade (DELORS, 1998. p. 117).

Ações de Educação Continuada, ações de Educação em saúde e ações de Educação na saúde, são descritas como ações de EPS, principalmente no âmbito da atenção hospitalar. Esses conceitos são definidos pelo Ministério da Saúde da seguinte forma:

> **"Educação continuada**, *fem*. Processo de aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador, por meio de escolarização formal, de vivências, de experiências laborais e de participação no âmbito institucional ou fora dele.
>
> **Educação em saúde**, *fem*. 1 – Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população e não à profissionalização ou à carreira na saúde. 2 – Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção à saúde de acordo com suas necessidades.
> *Notas*: i) A educação em saúde potencializa o exercício do controle social sobre as políticas e os serviços de saúde para que esses respondam às necessidades da população. ii) A educação em saúde deve contribuir para o incentivo à gestão social da saúde. *Ver Educação popular em saúde.*
>
> **Educação na saúde**, *fem*. Produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular.
>
> **Educação permanente em saúde**, *fem*. Ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social em saúde." (BRASIL,2012, p. 19,20).

Apesar da deficiência na compreensão do conceito de EPS por alguns profissionais de saúde, não é objetivo desta pesquisa identificar se as ações são ou não ações de EPS, o principal objetivo é analisar a capilaridade da PNEPS, principalmente no âmbito da atenção hospitalar, uma vez que ao longo desses anos a maioria das ações de EPS foram propostas para o nível da atenção básica, fato que será mostrado mais adiante neste projeto após uma análise dos Planos Estaduais de EPS do Rio de Janeiro e dos Planos Estaduais de Saúde do Rio de Janeiro.

2 A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO CONTEXTO BRASILEIRO

No Brasil, a EPS surge com a influência da OPAS nos anos de 1970, nessa década iniciou-se uma série de ações voltadas para formação de recursos humanos na saúde. O tema aparece de forma mais acentuada na 26ª Assembleia Mundial de Saúde, realizada em Genebra no ano de 1973. Nesse mesmo ano, a OPAS e o Brasil assinaram o “Acordo para um Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil”, essa cooperação técnica OPAS-Brasil tinha como referência as recomendações do II Plano Decenal de Saúde para as Américas de 1972. Nessa cooperação técnica foram estabelecidos três objetivos, o primeiro estava relacionado à elaboração de um plano para formação de recursos humanos em Saúde, o segundo tinha como objetivo aumentar a integração entre sistema de formação de pessoal de Saúde e a realidade da rede assistencial do país e o terceiro estava relacionado à formação de pessoal docente e de pesquisa, mediante a concessão de bolsas de estudo e o apoio financeiro e técnico científico às instituições de pós-graduação. (PAIVA, 2008).

Em face aos objetivos citados anteriormente, surge, em 1975, o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde. O programa veio para fazer um ajuste maior da formação de recursos humanos para a Saúde no Brasil, no sentido de atender às necessidades do recém-fundado Sistema Nacional de Saúde (SNS) de maneira que pudesse dar “uma maior cobertura possível, de forma integral e regionalizada, segundo os diferentes níveis de complexidade e ajustado à realidade socioeconômica das várias regiões brasileiras” (PAIVA, 2008, p. 933).

As categorias profissionais em destaque no referido programa foram as de atendente, visitador sanitário/auxiliar de enfermagem, inspetor e auxiliar de saneamento, auxiliar de patologia clínica, auxiliar de radiologia médica, auxiliar de odontologia, assistente e auxiliar administrativo, auxiliar de informação ou estatística e arquivo médico. A formação de pessoal auxiliar de saúde foi desenvolvida tendo como base “a capacitação em cursos informais, em que atendentes, visitadores sanitários, auxiliares de saneamento, etc. são formados em condições mais ou menos improvisadas.” (PAIVA, 2004, p. 14). Essa estratégia era justificada no acordo entre (MS/MPAS/MEC/OPAS), argumentando que a unidade hospitalar moderna é cada vez mais interativa:

> não cabendo uma autonomia radical entre os profissionais, ao contrário, a fim de aumentar a produtividade do sistema, isto é, ampliar a cobertura dos serviços de Saúde, especialmente em regiões com características sociais e econômicas onde a falta de médicos é mais sentida, faz-se necessária a formação continuada de um novo padrão de profissionais auxiliares. Nesse quadro, segundo documento, dois quesitos são fundamentais: a) adequação aos serviços, proporcionando pessoal suficiente em número, diversidade de categorias e qualificação para lidar com os problemas peculiares a cada nível de atenção; b) promoção profissional e intelectual, fornecendo títulos válidos para todas as instituições do mercado de trabalho, que permitam, também, o acesso a estudos mais complexos e tenham uma correspondência na estrutura de cargos e salários. (PAIVA, 2004, p. 14-15).

É a partir do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde que a política de recursos humanos para Saúde ganha destaque, sendo possível inferir que a política de RH para Saúde foi uma das principais referências para criação dos diversos programas e projetos de formação e capacitação de profissionais para o setor Saúde.

As Conferências Nacionais de Saúde (CNS) e as Conferências Nacionais de Recursos Humanos para Saúde (CNRH) iniciaram discussões importantes sobre os principais problemas na área de recursos humanos na saúde, mostrando que a deficiência na qualidade da assistência não está relacionada apenas ao nível dos processos educativos na graduação, ou ao nível de ações educativas nas unidades de saúde. Existem problemas no campo administrativo nos setores de RH e problemas na dimensão social e econômica dos trabalhadores de saúde que impactam a qualidade da assistência.

As CNS iniciaram a partir de 1941. Os problemas relacionados com a gestão de RH não foram explicitados nessa conferência e nem na segunda CNS. Foi a partir da 3ª CNS, em dezembro de 1963, que surgiram, de forma mais evidente, os problemas e propostas para gestão de RH na área da Saúde.

A 3ª CNS deixou claro que o maior problema de pessoal era a falta de quantitativo de profissionais para suprir demandas, principalmente em municípios fora das regiões metropolitanas, descrevendo, já nessa época, a dificuldade de fixar o profissional médico nessas regiões. O profissional médico é visto como protagonista do Sistema de Saúde, porém o Serviço de Assistência Médica Federal aos Municípios sem Médicos (SAMFAM), criado em 1956, já sinalizava a impossibilidade de manter o profissional médico em municípios que não tinham condições econômicas satisfatórias (BRASIL, 1993).

Os municípios que não conseguiam contratar médicos organizaram seus serviços sanitários sem esse profissional. A preocupação de suprir o quantitativo dos demais profissionais acabou flexibilizando o processo de contratação com as seguintes orientações básicas:

> 1. em qualquer hipótese, os futuros servidores sanitários municipais devem ser recrutados localmente; 2. o nível educacional dos candidatos não necessita ser elevado; 3. o período de treinamento não deve ser longo e deve ser realizado em cidades do interior; 4. o ensino deve ser essencialmente prático. (BRASIL, 1993, p. 20-21).

É possível inferir que a flexibilização no processo de contratação dos servidores sanitários causou impacto na qualidade da assistência. A preocupação com a qualificação do profissional foi o assunto em discussão na 4ª CNS, finalizada em setembro de 1967, e, de forma mais acentuada, na 5ª CNS em agosto de 1975.

A 6ª CNS foi realizada em agosto de 1977, em meio a uma nova configuração do Sistema de Saúde brasileiro ─ a lei nº 6.439, de 1º de setembro de 1997. Essa lei instituiu o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), que ficou sob a orientação, coordenação e controle do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Nesse contexto, a 6ª CNS discutiu a valorização profissional, abordando a importância da dedicação exclusiva e ascensão profissional com aumento da remuneração salarial. Não se tratava, ainda, de um plano de carreiras, cargos e salários (PCCS), mas sim de um incentivo à qualificação, o que tornava atraente ao servidor a realização de processos educativos que tinham a educação continuada como referência para as capacitações, mesmo as realizadas em serviço (BRASIL, 1993).

A 7ª CNS, realizada em março de 1980, mostrou que o INAMPS, como autarquia do SINPAS, era responsável pela ordenação e formação de recursos humanos na área da Saúde. A proposta para formação do profissional médico era de um médico generalista, que pudesse enfrentar as realidades socais em sua região de atuação. Vista a impossibilidade para a realização dessa proposta na época, o INAMPS procurou, de forma intermediária, implantar equipes médicas generalistas, formadas de médicos especializados em cada uma das áreas básicas que, em seu conjunto, faria o mesmo papel do médico generalista. Esses médicos deveriam ter, entre outras qualidades, uma compreensão do ser humano como unidade biológica, psíquica e social e uma consciência voltada para o trabalho em grupo, dirigida para a assistência elementar e primária (BRASIL, 1993).

Cabe ressaltar que, no ano anterior à 6ª CNS, em 1979, O INAMPS em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e com a Fundação Oswaldo Cruz criaram o Programa de Residência em Medicina Social, considerada uma experiência pioneira. Ele foi ampliado no ano seguinte para outras categorias profissionais: enfermagem; assistentes sociais; odontólogos; nutricionistas e farmacêuticos-bioquímicos.

Aos profissionais de saúde de nível médio e elementar, o INAMPS vinha ampliando a formação desses trabalhadores, descritos como “pessoal paramédico”, o pessoal de enfermagem (atendentes e auxiliares), parteiras, fisioterapeutas e massagistas, operadores de raios X, protéticos, práticos de farmácia e laboratoristas. A enfermagem era a categoria em maior número na década de 1970 e na década de 1980, representando, respectivamente, mais de 40% e 50% em relação ao quantitativo de paramédicos nesses períodos (MEDICI, 1986). Nesse aspecto, é possível inferir que a enfermagem tenha sido sempre a maior preocupação no campo da formação profissional em saúde, considerando que esses números mostram que a enfermagem é o maior contingente na área de produção na saúde, na assistência direta ao paciente.

Nesse sentido, o INAMPS, através de sua escola de auxiliares de enfermagem, formava o pessoal de enfermagem e apresentava proposta de criar mais escolas como essa em diversos estados, com o objetivo de diminuir o déficit que se registrava em todo Brasil (BRASIL,1993).

O processo de formação tinha continuidade através dos Centros de Estudos existentes nos serviços do INAMPS, o que possibilitava ao pessoal técnico e administrativo “reciclar seus conhecimentos: promovendo realizações de natureza científica e cultural, bem como proporcionando a seus técnicos a oportunidade para realização de estágios, cursos ou residência no exterior” (BRASIL, 1993, p. 85).

A preocupação com a formação e qualificação dos profissionais de saúde dá-se de forma mais acentuada na década de 1980. Considerando que grande parte desses profissionais, que atuavam no Sistema de Saúde, foram inseridos sem qualificação específica, ou com uma qualificação informal e atuavam em suas práticas assistenciais de forma empírica (BEZERRA *et al.,* 1988), a maioria desses profissionais eram os atendentes de enfermagem, representando quase 70% das categorias existentes (BRASIL, 1993).

Pensando na resolução dos problemas de formação e qualificação desses profissionais de saúde, o Ministério da Saúde, em acordo interministerial com o Ministério da Previdência e Assistência Social e com o Ministério da Educação, aprova, em março de 1980, o projeto Larga Escala. Ratificado posteriormente em 1984 e 1985, o projeto Formação Larga Escala teve sua expansão no período de 1986 a 1988 e contou com assessoria da OPAS (BASSINELLO; BAGNATO, 2009).

O problema de formação e qualificação visto pela OPAS já identificava, na época, que no Brasil existiam "cerca de 300 mil trabalhadores sem qualificação específica para o trabalho em Saúde" (SOUZA *et al.,* 1991, p. 32). Eram diversas as funções desempenhadas por esses trabalhadores, desde a administração de serviços gerais até processos assistenciais nas áreas de enfermagem, nutrição, odontologia, meios diagnósticos, fisioterapia e vigilância sanitária. Representando aproximadamente 50% da força de trabalho empregada no setor. Assumiam

> tarefas específicas e complexas, sem valorização social e institucional, nem identidade para incorporar-se às organizações profissionais e sua inserção em planos de cargos e salários precária. As tarefas específicas e complexas realizadas por esses trabalhadores exigem capacidade de observação, de juízo e de decisão e não podem ser entendidas como tarefas auxiliares e acessórias (SOUZA *et al.,* 1991, p. 32).

Idealizado pela enfermeira Izabel dos Santos, o Projeto Formação Larga Escala traz concepções pedagógicas com "a necessidade de construir um programa que fosse diferente dos costumeiros "treinamentos" em serviços desenvolvidos pelo INAMPS" (BASSINELLO; BAGNATO, 2009, p. 622). Nesse sentido, buscou-se consolidar um projeto de democratização do Sistema de Saúde que fosse consoante com os ideários da Reforma Sanitária: universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação popular. Na construção da proposta pedagógico-metodológica, partiu-se do pressuposto

> de não neutralidade do conhecimento e da visão do processo educativo equidistante das concepções polares de Educação com redenção da humanidade ou Educação como produção do "status quo". Dessa forma, o grupo define o processo educativo no seu papel de mediação entre processos de aprendizagem com a realidade concreta na dinâmica de sociedade brasileira. Busca-se conceber o processo pedagógico em sua totalidade e na articulação de suas dimensões políticas, metodológicas e de conteúdo (SOUZA *et al.,* 1991, p. 33).

A dimensão política do Projeto larga Escala, que viabilizava a formação para a cidadania plena, através de legitimação social de sua prática e sua qualificação específica, estava amparada nas características desses trabalhadores de nível

médio, adultos oriundos de camadas populares e marginalizados do sistema formal de Educação, mas “aptos a construir conhecimentos e desenvolver habilidades específicas na formação plena de sua cidadania” (SOUZA *et al.,* 1991, p. 33). Dessa forma, a metodologia do projeto Larga Escala buscou

> viabilizar a interação entre o sujeito e objeto no ambiente de trabalho, considerando as formas de aprender do sujeito e recortes do objeto que permitam partir do seu referencial de percepção da realidade, sem negar seus conhecimentos de prática e senso comum, para construir novos conhecimentos mais elaborados e específicos, de acordo com a habilitação profissional. O sujeito tem voz e constrói ativamente o seu conhecimento; o instrutor coloca-se como um coadjuvante, que organiza o caminho e facilita essa construção. (SOUZA *et al.,* 1991, p. 33)

O projeto Larga Escala foi considerado pela OPAS, como uma das principais experiências na América Latina, no sentido de trazer concepções muito próximas às concepções de EPS e afirmou-se como um projeto que “ilustra como um processo educativo pode desenvolver-se como elemento de uma política abrangente para reorganização do setor da saúde” (CLASEN ROSCHKE, 1993, p. 470).

O contexto político dos anos de 1980, ainda sob regime militar até 1985, trazia certas dificuldades no início da implementação do Projeto Larga Escala em alguns estados brasileiros. Na trajetória de lutas pela Reforma Sanitária, esse contexto político sofreu mudanças após 1985. O ano seguinte foi marcado pela 8ª CNS, considerada precursora de um novo Sistema de Saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS). No que diz respeito à política de recursos humanos na Saúde, a 8ª CNS, realizada em março de 1986, descreveu aspectos sobre a valorização do profissional de saúde, processo de trabalho e formação. A capacitação e reciclagem permanente e a formação dos profissionais de saúde integrada ao Sistema de Saúde, regionalizado e hierarquizado, foram dois tópicos relacionados à formação. A discussão mais aprofundada sobre Recursos Humanos na Saúde aconteceu no mesmo ano na 1ª CNRHS, realizada em outubro de 1986.

A "Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária" foi o tema central da 1ª CNRHS. Os problemas de RH na Saúde foram discutidos anteriormente em pré-conferências, em 23 unidades da federação, em algumas dessas, como comissões estaduais interinstitucionais de RH criadas ou revitalizadas. A discussão dos problemas contou com a participação de profissionais das áreas da Saúde, Educação, Trabalho, Administração e usuários do Setor Saúde (BRASIL, 1986).

O relatório final da 1ª CNRHS apresentou uma análise e propostas sobre a valorização do profissional de saúde e a preparação de recursos humanos para o setor de Saúde. Dentro dessas análises e propostas, a educação continuada é apresentada e conceituada como estratégia contra - hegemônica e não mais com a concepção de educação continuada de décadas anteriores.

> Conceitua-se Educação Continuada como processo organizado, permanente, sistemático, direcionado a clientelas institucionais, com uma política de Saúde definida, tendo em vista a real necessidade dos usuários. Ela surge da necessidade de passar informações contínuas, de atualizar, de renovar conceitos, mas não deve ser entendida como um substituto de lacunas ocorridas durante a graduação. Serve também para a adaptação do conhecimento técnico do profissional aos serviços da instituição e ao aprimoramento desses serviços. No entanto, devido à distorção provocada na formação universitária pelas exigências do mercado profissional liberal, ainda por um bom tempo os egressos não responderão com muita adequação às demandas do setor público e da ação coletiva, e a educação continuada será obrigada a considerar prioritariamente essa questão. A educação continuada nesse momento particular da reorganização do Sistema de Saúde deve ser um instrumento de reforço à ação articulada e hierarquizada interinstitucional, podendo, a médio prazo, interferir mais fortemente na graduação universitária. (BRASIL, 1986, p. 28).

As propostas para formação e educação, descritas na conferência, evidenciam que os processos de educação continuada devem envolver questões técnicas, políticas e socias. O relatório da 1ª CNRHS cita o Projeto Larga Escala "como estratégia para formação de pessoal de nível médio e elementar" (BRASIL,1986, p. 24), por este já ter sido engajado na força de trabalho da saúde. As propostas apresentadas sobre a formação e qualificação orientam que

> os conteúdos programáticos dessas qualificações deverão estar adequados às necessidades do serviço. O Setor Saúde deve participar de sua elaboração devendo contemplar a realidade político-social. Recomenda-se a metodologia que privilegie a integração ensino/serviço, permitindo o crescimento do "trabalhador/aluno" a fim de que entenda o processo em que está inserido; – o processo deve ser descentralizado e voltado para as características e especificidades das unidades locais do setor; [...]; extinguir o exame de suplência como mecanismo de habilitação profissional para a Saúde; – a educação continuada deve ser uma das estratégias que favorecem a reorganização dos serviços. Nesse sentido recomenda-se a atualização dos profissionais, através dela, visando à introdução de novas técnicas que garantam a melhoria de qualidade do desempenho profissional, propiciando a integração interprofissional e o trabalho coletivo. (BRASIL, 1986, p. 24).

As propostas educativas na formação e qualificação dos profissionais de saúde, em todos os níveis de atenção, estão associadas às dimensões políticas e sociais e não só ao tecnicismo, mesmo que o termo ainda seja "educação continuada". As diretrizes para elaboração desses processos educativos estavam

sob a responsabilidade do nível central do Sistema de Saúde – na época, INAMPS – e a condução das ações, em cada unidade federativa, eram descentralizadas.

O ano seguinte, 1987, já evidenciava mudanças no Sistema de Saúde com o decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987, que criava o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS). Um passo para criação do SUS no ano seguinte, em 1988, com a Constituinte.

A Constituição de 5 de outubro de 1988, considerada uma conquista de diversas lutas políticas e sociais, vem consolidar constitucionalmente várias propostas para as diversas áreas do poder público (BRASIL, 1988). No campo da Saúde, cria o SUS e afirma que a Saúde é um direito de todos e dever do Estado. No que diz respeito a política de RH para a Saúde, o SUS tem como competência, entre outras, “ordenar a formação de recursos humanos na área de Saúde” (BRASIL, 1988, p. 139).

A implementação do SUS veio através das Leis Orgânicas de Saúde, a de nº 8.080 de setembro de 1990 e a de nº 8.142 de dezembro de 1990. Essas leis serão as principais referências legais para criação de uma política de Educação no SUS. A lei 8.080 reforça as determinações constitucionais sobre o SUS e os descreve com mais detalhes. No campo da Educação, podem-se destacar: a ordenação da formação de recursos humanos na área de Saúde, como campo de atuação do SUS, referente ao artigo 6º; a área de recursos humanos vista como atividade especial, articulada com uma comissão intersetorial a ser criada especificamente para esse fim, referente aos artigos 12 e 13, o artigo 14 determinando a criação de Comissões Permanentes de integração entre os serviços de Saúde e as instituições de ensino profissional e superior. Detalhando em seu parágrafo único, que cada uma dessas comissões

> terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do SUS, na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições (BRASIL, 1990, p. 4).

E, por último, o artigo 27, específico para os Recursos Humanos na Saúde, descreve que a política de recursos humanos na área da saúde

> será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos: organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino,

> inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal; [...]; valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990, p. 12).

O complemento desse artigo afirma que os serviços públicos que integram o SUS “constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o Sistema Educacional” (BRASIL, 1990, p. 12).

A Educação Permanente surge no SUS a partir da criação dos 12 Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família em novembro de 1997, uma iniciativa do Ministério da Saúde que, desde 1994, vinha estimulando a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF). A criação dos Polos de Capacitação tinha em seus objetivos o desenvolvimento de recursos humanos na atenção básica, esses Polos de Capacitação eram concebidos como

> espaço de articulação de uma ou mais instituições voltadas para a formação e Educação Permanente de Recursos Humanos em Saúde, vinculadas às universidades ou instituições isoladas de educação superior que se consorciam ou celebram convênios com SES e/ou SMS para implementar programas destinados ao pessoal envolvido na prestação de serviços em Saúde da Família (BRASIL, 2001, p. 1).

Em 2000, o MS, através do Departamento de Atenção Básica (DAB), trata a Educação Permanente como tema específico no caderno três, referente ao PSF, descrevendo que o processo de desenvolvimento de um programa de Educação Permanente “implica a reflexão sobre a conjuntura e as contingências institucionais, sob o ponto de vista ético e político” (BRASIL, 2000, p. 11).

Antes da criação dos Polos de Capacitação, a educação continuada era referência nos processos de capacitação dos profissionais da atenção básica, fato identificado na publicação do MS em 1997 sobre o PSF. Nessa publicação, concebe-se a educação continuada como um mecanismo importante no desenvolvimento da própria concepção de equipe e da criação de vínculos de responsabilidade com a população assistida, além de possibilitar o aperfeiçoamento profissional (BRASIL, 1997).

O processo de capacitação para os profissionais da atenção básica, em suas regiões, era conduzido pelo Polo de Capacitação de referência em cada unidade federativa. Não havendo interlocução da SES com o MS nesse processo, os polos apresentavam seus Planos de Trabalho, demonstrando as necessidades de

capacitação e de recursos financeiros e o MS repassava os recursos por intermédio de convênios (BRASIL, 2002).

Em agosto de 2002, o Departamento de Atenção Básica publicou o relatório final sobre a reunião dos coordenadores dos Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família, no qual apresentou diversos resultados e avaliação do desempenho dos polos de capacitação nos quatro anos de criação. O relatório também apresentou algumas manifestações da plateia, que aconteceram nos debates em plenária.

As manifestações, em sua maioria, eram críticas sobre alguns aspectos operacionais:

> 1.Reforça-se a importância da descentralização dos serviços, possibilitando que profissionais da rede ministrem a capacitação. A pesquisa é fundamental, considerando que reforça algumas questões, como por exemplo, o compromisso do secretário em responsabilizar os Polos pela capacitação, a partir dos problemas do município. 2. Há um desencontro, desarticulação e incoerência entre as agendas do Polo, dos programas, do estado e do MS. 3. Precisa-se de um movimento mais intenso e mais incisivo, nas estruturas internas das universidades, docentes com vivência em Saúde da Família, mais suporte para a realização das atividades, utilização do planejamento estratégico como ferramenta e aporte de recursos. 4. Surgiram críticas às dificuldades no repasse dos recursos financeiros para o polo. 5. Predomina uma queixa quanto à relação dos polos com o gestor e a necessidade de fazer esse enfrentamento de forma mais qualificada e quanto à agilidade do MS em dar respostas. 6. Se a responsabilidade da atenção preconizada é a integral, é preciso discutir os programas oficiais (criança, mulher e outros). (BRASIL, 2002, p. 27).

A partir dessas críticas, é possível inferir a dificuldade de execução das ações de Educação Permanente em algumas unidades federadas. Para cada uma dessas críticas, o DAB apresentou uma justificativa. No mesmo relatório, o MS apresentou o Plano de Descentralização dos Cursos de Capacitação de Recursos Humanos em Saúde da Família. As quatro diretrizes apresentadas no Plano de Descentralização estavam muito próximas das propostas da futura PNEPS em 2004.

A primeira diretriz foi a institucionalização dos Polos de Capacitação, no sentido de fortalecimento desses no âmbito estadual. Eles teriam uma redefinição de suas responsabilidades pela reorientação do processo de articulação ensino-serviço e pela elaboração e pactuação de uma agenda de capacitação, que melhor atendesse às necessidades dos estados e municípios.

A segunda diretriz seria a implantação dos Polos Regionais de Capacitação de Recursos Humanos para a Saúde da Família, sob coordenação dos Polos Estaduais, que teriam como objetivo: descentralizar, agilizar e adequar os cursos às

necessidades regionais, estabelecendo prioridades para os planos de capacitação orientados pela Agenda Nacional.

A terceira diretriz, de responsabilidade do Polo Estadual e de apoio aos Polos regionais, era de ampliar a formação de instrutores para a capacitação de RH em Saúde da Família, com o objetivo de expandir o quadro de instrutores disponíveis para as capacitações, no sentido de agilizar a oferta de capacitações.

Por fim, a quarta e última diretriz do Plano, era a de descentralizar recursos aos municípios com mais de 100 mil habitantes para capacitação de RH para a Saúde da Família, criando um incentivo financeiro aos municípios que tivessem equipes implantadas e que estivessem regulares na alimentação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) (BRASIL, 2002).

O Plano de descentralização não foi implementado e o final de 2002 foi um ano de transição de governo federal. O novo presidente do Brasil, Luíz Inácio Lula da Silva, do Partido dos Trabalhadores, assumiu em janeiro de 2003. As mudanças no campo da Saúde aconteceram no mesmo ano, sendo criada uma nova estrutura organizacional do Ministério da Saúde através do decreto presidencial nº 4.726 de 9 de junho de 2003.

A nova estrutura organizacional descrevia a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), criada em 2003 para propor e elaborar políticas de formação e desenvolvimento profissional para a área da Saúde e para acompanhar a sua execução (BRASIL, 2003). A SGTES já contava com dois departamentos: o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS).

Ao DEGES, cabia, entre outras atribuições, participar da proposição e do acompanhamento da educação dos profissionais de Saúde, da Política Nacional de Educação Permanente do SUS e da Política Institucional de Desenvolvimento dos Trabalhadores do Ministério. Ao DEGERTS, cabiam, entre outras atribuições, planejar e coordenar estudos de análise das necessidades quantitativas e qualitativas de profissionais com perfil adequado às necessidades de saúde da população. Observa-se que o decreto 4.726/2003 já anunciava uma política de EPS, em junho de 2003, que foi instituída em fevereiro de 2004.

O Departamento de Atenção Básica (DAB) permaneceu na nova estrutura organizacional, porém sem nenhuma competência relacionada com Capacitação, Formação e Educação Permanente, assuntos que passaram a ficar sob a

responsabilidade da SGTES. Os Polos de Capacitação em Saúde da Família não foram totalmente extintos, havendo um período de transição em alguns estados, especificamente, nas nove unidades federativas que criaram seus polos de EPS.

Na Bahia, de outubro a novembro de 2003, foi elaborado um projeto por um grupo de trabalho formado por instituições e entidades envolvidas com a EPS. Esse projeto possibilitou a criação da rede dos polos de EPS baiana, com oito polos de EPS e uma coordenação da rede. A criação dessa rede valeu-se da experiência acumulada do Polo de Capacitação do PSF (VIANA, 2008).

Em Minas Gerais, os Polos de EPS foram criados em 2003, mas houve conflito na transição com os Polos de Capacitação do PSF, em que os 13 novos Polos de EPS não incorporaram as propostas do Polo anterior. No Paraná, os polos também foram criados em 2003, havendo alguns conflitos entre a Secretaria Estadual de Saúde e o Ministério da Saúde. No Ceará e em Santa Catarina, a criação dos polos deu-se por iniciativa das respectivas Secretarias de Saúde em 2003. Em Mato Grosso não houve transição, pois o polo de capacitação do PSF estava praticamente inativado. (VIANA, 2008).

Em Brasília, a transição ocorreu com a participação dos representantes do anterior Polo de Capacitação do PSF, intermediado pela respectiva Secretaria de Saúde. Em Alagoas, desconhece-se o processo de transição e a coordenadora do Polo de EPS assumiu em 2005. Em São Paulo, a transição contou com a participação dos Polos de Capacitação do PSF e foram criados oito Polos de EPS em 2003 (VIANA, 2008). No Rio de Janeiro, a transição também foi conflituosa, no período de criação dos cinco Polos de EPS e a SES esteve à frente de todo o processo.

Apesar dos conflitos existentes no processo de transição, a proposta do DEGES foi de instituir novidades nesses polos de capacitação, no sentido de viabilizar “novos arranjos e novas estruturas organizativas, fortemente comprometidas com o projeto ético-político da reforma sanitária brasileira” (BRASIL, 2003, p. 11).

A proposta da SGTES, em institucionalizar a PNEPS, é viabilizada a partir dos fatos que ocorreram no segundo semestre de 2003. Em 18 de setembro, a pactuação da proposta do MS “Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS, Caminhos para a Educação Permanente em Saúde - Polos de Educação Permanente em Saúde” pela Comissão Intergestores Tripartite, em 23 de outubro a

pactuação da proposta do Ministério da Saúde “Alocação e Efetivação de Repasses dos Recursos Financeiros do Governo Federal para os Projetos dos Polos de EPS, conforme as Linhas de Apoio da PNEPS” pela Comissão Intergestores Tripartite e em 27 de novembro o Conselho Nacional de Saúde afirma a mesma proposta e a estratégia de “Polos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde” como instâncias locorregionais e interinstitucionais de gestão da Educação Permanente. (BRASIL, 2004c).

Além desses fatos, em dezembro de 2003, ocorre a 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), reafirmando a importância da EPS e as propostas do MS para ordenação e formação de recursos humanos para o SUS. No ano seguinte, o MS publica a portaria nº 198 de 04 de fevereiro de 2004. Instituindo a PNEPS como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o Setor Saúde.

A EPS é concebida na portaria 198/2004 como “aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar incorporam-se ao quotidiano das organizações e ao trabalho” (BRASIL, 2004a, p. 8). Quanto aos processos de capacitação dos trabalhadores da saúde, apresentou-se como proposta que esses tivessem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tendo como objetivos, a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, em que os processos de capacitação deveriam ser estruturados a partir da problematização do processo de trabalho (BRASIL, 2004a).

A PNEPS apresenta-se como proposta contra - hegemônica em relação à gestão na Saúde, pretendendo trabalhar com a ideia de rede, rompendo com o conceito de sistema verticalizado e com a lógica da compra de produtos e pagamento por procedimentos educacionais (BRASIL, 2003).

A ideia de rede contempla os serviços assistenciais, as instituições de ensino e as instâncias colegiadas do controle social, nesse sentido, propõe a construção de uma gestão social das políticas públicas, mostrando a necessidade de interlocução permanente com o CNS, CIT, CONASS, CONASEMS e associações de ensino, referente à formação e desenvolvimento para a gestão de sistemas, ações e serviços de Saúde, à formação e desenvolvimento de conselheiros e agentes sociais, buscando a

> formação e desenvolvimento dos formuladores de políticas nas áreas estratégicas e de implementação da Organização da Atenção à Saúde proposta pelas Leis 8080/90 e 8142/90; e ao estabelecimento de uma relação de parceria permanente com o movimento estudantil de pensar e agir pela mudança na formação e no exercício profissional. (BRASIL, 2004a, p. 10).

Outro aspecto relevante da PNEPS, descrito no anexo II da portaria 198/2004, é a proposta de articulação dos Serviços de Saúde do SUS com as instituições de ensino, atribuição dada aos polos de EPS locorregionais (instâncias interinstitucionais e locorregionais/rodas de gestão). A proposta da integração ensino-serviço é vista como uma possibilidade para

> criação de novas ações e investimentos que contribuam para o avanço do SUS, diversificando a oferta de cursos, estimulando a superação dos limites da formação e das práticas clínicas, ou de gestão tradicionais, proporcionando a interação de docentes e estudantes nos cenários de práticas de saúde, promovendo a Educação Permanente das equipes de saúde, fortalecendo o controle da sociedade sobre o Sistema de Saúde e qualificando a formação e a atenção integral à Saúde (BRASIL, 2004a, p. 11).

Os Polos de EPS eram entendidos como elementos fundamentais na implementação e condução da PNEPS e cada um dos polos poderia ter em sua composição:

> I. Gestores estaduais e municipais de Saúde e de Educação; II. Instituições de ensino com cursos na área da Saúde; III. Escolas técnicas, escolas de saúde pública e demais centros formadores das Secretarias estaduais ou municipais de Saúde; IV. Núcleos de Saúde coletiva; V. Hospitais de ensino e serviços de Saúde; VI. Estudantes da área de Saúde; VII. Trabalhadores de Saúde; VIII. Conselhos municipais e estaduais de Saúde; IX. Movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de Saúde. (BRASIL, 2004a, p. 3).

O Polo de EPS caracterizava-se como gestão colegiada e tinha natureza política e crítico-reflexiva e ao Colegiado de gestão de cada um dos Polos de EPS, eram atribuídas

> a elaboração das propostas sobre as escolhas gerais, dos rumos e estratégias locais e a problematização de seus operadores conceituais. Questões relacionadas à metodologia pedagógica, definição dos processos de seleção de alunos, problematização das prioridades de desenvolvimento institucional, tematização das relações entre formação e mudança na gestão setorial e o debate sobre a Educação para o SUS e fortalecimento do controle social em saúde aparecem como as questões centrais a serem enfrentadas por esse espaço colegiado. (BRASIL, 2004a, p. 12).

Os projetos de EPS elaborados pelos Polos de EPS eram pactuados pelo Colegiado de Gestão do Polo CIB, aprovados no CES e, posteriormente, eram

encaminhados ao Ministério da Saúde para serem acreditados. A portaria 198/2004 descreve os detalhes para elaboração de projetos e os critérios para o repasse dos recursos financeiros para os projetos de cada Polo de EPS.

Outro aspecto relevante na portaria 198/2004 foi o papel dado a Secretaria Estadual de Saúde nos estados com vários Polos de EPS, tendo a responsabilidade de reunir periodicamente esses polos

> para estimular a cooperação e a conjugação de esforços, a não fragmentação das propostas e a compatibilização das iniciativas com a política estadual e nacional de Saúde, atendendo aos interesses e à necessidade do fortalecimento do SUS e da Reforma Sanitária Brasileira, sempre respeitando as necessidades locais (BRASIL, 2004a, p. 4).

A PNEPS propõe tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho, fazendo do SUS uma rede-escola, tendo adotado o conceito de EPS “para dimensionar essa tarefa, não no prolongamento do tempo ou na carreira dos trabalhadores, mas na ampla intimidade entre formação, gestão, atenção e participação nessa área específica de saberes e de práticas, mediante intercessões promovidas pela Educação na Saúde” (CECCIN, 2005, p. 976).

Ceccin (2005) mostra resultados relevantes dos primeiros 16 meses após a institucionalização da PNEPS, em relação aos Polos de Capacitação em Saúde da Família, em âmbito nacional. Se, até o final de 2002, existiam 31 Polos de PSF, nos 16 meses de PNEPS, já se somavam 105 Polos de EPS. O estudo deixou evidente que, após a criação dos Polos de EPS, houve um aumento significativo de instituições de ensino superior, gestores estaduais, gestores municipais e de escolas técnicas no envolvimento com a gestão da Educação na Saúde, havendo a inclusão nesse processo, de instâncias de controle social, serviços de saúde, movimento estudantil, entidades de trabalhadores, movimentos sociais, entre outros participantes.

Quanto à formação, as ações educativas proporcionadas pelos Polos de EPS, direcionadas à expansão da Saúde da Família, englobaram 19.757 profissionais de saúde, sendo que 15.239 alunos receberam qualificações direcionadas a componentes da clínica na atenção básica e 4.518 alunos na área de especializações e residências. Já o formato de habilitação profissional atingiu 56.460 agentes comunitários de saúde, além de profissionais de nível superior (CECCIN, 2005).

Logo após os 16 meses da PNEPS, o Ministro da Saúde do PT, Humberto Costa, deixou o cargo em julho de 2005, e o presidente Lula nomeou para o seu lugar um membro do PMDB, Saraiva Felipe, indicado pelo líder desse partido, Michel Temer. No mesmo período a SGTES passou por uma transição

> que provocou mudanças não só na equipe, mas também nas orientações das políticas. Dessas mudanças, que repercutiram especialmente no Departamento de Gestão da Educação na Saúde, talvez a mais relevante tenha sido a alteração provocada na dinâmica da política de Educação Permanente em Saúde, a partir de nova portaria, que vinculava mais diretamente a política de EPS às instâncias de pactuação e de controle social do SUS, eliminando o protagonismo representado pelos Polos de Educação Permanente em Saúde (VIEIRA *et al.,* 2011, p. 106).

O formato de Polos de EPS saiu com a publicação da portaria GM/MS nº 1.996 de 20, de agosto de 2007, definindo novas diretrizes e estratégias para a implementação da PNEPS, adequando-a às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde[2]. Na dimensão Pacto de Gestão do documento Pacto pela Saúde, a EPS é considerada relevante na gestão da Educação na Saúde. Nesse sentido, o documento descreve as responsabilidades dos municípios, estados, Distrito Federal e união, no que diz respeito à gestão da Educação na Saúde. Cabe ressaltar que, em nenhuma das responsabilidades, são mencionados os Polos de EPS. Na verdade, os Polos de EPS não são mencionados em parte alguma do documento Pacto pela Saúde, publicado em 22 de fevereiro de 2006. É como se os mesmos já não existissem mais na PNEPS, antes mesmo da publicação das novas diretrizes dessa política em agosto de 2007.

Os Polos também não foram mencionados nos artigos da portaria 1.996/2007 e a primeira mudança foi observada no artigo 2º, informando que a condução regional da PNEPS seria dada por meio dos Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES). A portaria e seus anexos não mencionam a CIES como instância colegiada em

---

[2] O Pacto pela Saúde foi um documento pactuado na reunião da Comissão Intergestores Tripartite, do dia 26 de janeiro de 2006, e aprovado na reunião do Conselho Nacional de Saúde do dia 9 de fevereiro de 2006. Foi prevista a implantação desse pacto em três dimensões: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, o que possibilitaria a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam a alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas e, ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de Saúde da população e na busca da equidade social (BRASIL, 2006).

substituição dos Polos de EPS, mas apresenta o conceito muito próximo ao dos Polos de EPS

> § 2º As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde previstas no artigo 14 da lei 8080/90 e na NOB/RH - SUS. (BRASIL, 2009, p. 9).

A portaria 1.996/2007 determina a existência de uma CIES de âmbito estadual, prestando assessoria à CIB e coordenando as demais CIES regionais. Dentro das responsabilidades dessas CIES, está a elaboração do Plano Estadual de EPS (PEEPS) pela CIES estadual, que será elaborado a partir dos Planos de Ação regionais de EPS (PAREPS) de cada uma das Regiões de Saúde, elaborados de forma conjunta pelos Colegiados de Gestão Regional com suas respectivas CIES regionais (BRASIL, 2009). Os PAREPS e os PEEPS devem ser aprovados pelo Conselho Estadual de Saúde e homologados por deliberação CIB.

Outros detalhes da portaria 1.996/2007 foram expressos em seus anexos. O anexo I descreveu sobre a alocação orçamentária federal da PNEPS para estados e Distrito Federal, apresentando uma planilha com os valores que foram repassados para cada unidade federada. O anexo II descreveu as diretrizes operacionais para a constituição e funcionamento das CIES, com orientações para elaboração do PEEPS e dos PAREPS. E, por último, o anexo III descreveu diretrizes e orientações para formação dos trabalhadores do SUS de nível técnico. A portaria considerou esse nível como

> um componente decisivo para a efetivação da política nacional de Saúde, capaz de fortalecer e aumentar a qualidade de resposta do setor da saúde às demandas da população, tendo em vista o papel dos trabalhadores de nível técnico no desenvolvimento das ações e serviços de saúde. (BRASIL, 2009, p. 25).

Quanto à elaboração de projetos, o anexo III descreveu que os processos de formação, previamente elaborados através de projetos, deveriam ser executados, preferencialmente, pelas Escolas Técnicas do SUS/Centros Formadores, Escolas de Saúde Pública (vinculadas à gestão estadual ou municipal) e Escolas de Formação Técnicas Públicas (BRASIL, 2009).

A trajetória da PNEPS após as mudanças no MS e SGTES, em julho de 2005, parece ter tomado um rumo diferente da proposta inicial em fevereiro de 2004. Um dos departamentos da SGTES, o DEGES tem praticamente a substituição de toda

sua equipe, o que não aconteceu com a equipe do DGERTS. A principal mudança, no entendimento do ex-diretor do DEGES, é que a EPS passou a ser entendida como uma didática e não como uma proposta de encontros para um diálogo reflexivo das práticas junto com os atores da gestão, ensino, serviço e controle social. A nova proposta foi a de dizer o que dever ser feito. Ele ainda afirmou que a política anterior não era uma política de edital, mas sim uma política de fórum. (VIEIRA *et al.,* 2011)

O período da PNEPS, após a instituição de suas novas diretrizes, foi alvo de diversas pesquisas. Uma delas foi a pesquisa multicêntrica intitulada Análise das políticas de Educação Permanente implementadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde, cujo objetivo central foi analisar a capilaridade das políticas de EPS pelo Brasil, em especial o papel dos estados como protagonistas na condução da PNEPS e na sua utilização como estratégia de formação de profissionais para o SUS (FRANÇA, 2016).

O relatório final dessa pesquisa mostrou aspectos relevantes sobre a operacionalidade da PNEPS. Entre outros, merecem destaque os aspectos relacionados às caraterísticas das ações efetivadas, à integração ensino-serviço, aos recursos financeiros e aos mecanismos de avaliação e monitoramento das ações de EPS.

Cabe descrever, de forma sucinta, alguns pontos de cada um desses aspetos apresentados no relatório final, no sentido de compreender o rumo e a trajetória que vêm sendo dados à PNEPS. No aspecto integração ensino-serviço, as CIES tiveram uma aproximação com as instituições de ensino, na lógica de balcão, para captação de recursos, tanto para uma instituição de ensino superior pública, privada, de âmbito federal e estadual, como também escolas técnicas da rede do SUS. Essa caraterística foi dada em analogia da mesma aos anteriores Polos de EPS (FRANÇA, 2016).

O aspecto financeiro mostrou ser um ponto relevante para execução das ações de EPS planejadas, sendo que a maioria dos estados relataram que as dificuldades para captação desses recursos e dificuldades para execução das ações de EPS estavam relacionadas com:

> o tempo do trâmite dos contratos, a morosidade no trâmite dos processos, a priorização de outros processos (medicação, compra de equipamentos de alta complexidade) em detrimento dos processos de capacitação, a dificuldade quanto à pactuação da execução das ações dos municípios,

> especialmente quanto à distribuição de vagas, liberação das equipes, profissionais, dificuldade para contratação de facilitadores, a falta da garantia de continuidade dos repasses dos recursos financeiros pelo Ministério da Saúde e, para alguns, o fato de as atividades de implementação da política de EP e de capacitação serem executadas pela ET-SUS, por meio de destaque orçamentário ao seu mantenedor (FRANÇA, 2016, p. 210).

No aspecto avaliação e monitoramento das ações de EPS, mais de 80% dos gestores afirmaram que as ações eram avaliadas e monitoradas pelas SES, 14,8% disseram que não, poucos não souberam responder. Os quesitos mais considerados nas avaliações eram o total de concluintes, a utilização de recursos financeiros, a avaliação dos trabalhadores/alunos e/ou docentes, a melhoria do processo de trabalho, as modalidades dos cursos, o conteúdo programático do curso, a estrutura curricular e metodológica dos cursos e, finalmente, a modificação dos indicadores de saúde (FRANÇA, 2016).

O relatório final da pesquisa evidenciou perspectivas positivas da PNEPS em âmbito nacional, apesar das dificuldades identificadas. Mostrou também que a capilaridade da PNEPS, em relação ao nível de atenção, estava com a maior parte das ações direcionadas para a atenção primária.

Quanto à característica das ações de EPS, foi identificado que eram capacitações/treinamentos pontuais, adotadas pelas SES, em decorrência do atendimento às demandas das ações e Programas de Saúde, principalmente, nas áreas de Atenção à Saúde, Vigilância em Saúde e Gestão do SUS, no sentido de atender à expansão da Estratégia de Saúde da Família, à ocorrência de epidemias, à implantação da Rede Cegonha e aos projetos de Urgência/Emergência, entre outros programas (FRANÇA, 2016).

De fato, a lógica de capacitações/treinamentos pontuais e específicos para determinadas categorias profissionais foi observada após a mudança na SGTES, em julho de 2005, com a criação de vários programas para capacitação dos profissionais de saúde de nível médio e superior.

Em setembro de 2006, criou-se o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS), direcionado para os setores de Gestão do Trabalho e da Educação das Secretarias de Saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, tendo como objetivo: “modernizar, aprimorar e criar setores de gestão do trabalho e da Educação na Saúde nas secretarias de Saúde,

reconhecendo tais setores como estratégicos para a valorização dos servidores do SUS" (BRASIL, 2011, p. 27).

Em janeiro de 2007, criou-se o Programa Nacional de Bolsas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, direcionado aos hospitais universitários federais, hospitais de ensino, instituições de ensino superior e secretarias estaduais e municipais de Saúde. As bolsas eram

> destinadas aos profissionais de saúde interessados em especializarem-se na modalidade residência multiprofissional e em área profissional da saúde, em campos de atuação estratégicos para o Sistema Único de Saúde (SUS) e em regiões prioritárias do país, definidos em comum acordo com os gestores de saúde (BRASIL, 2011, p. 23).

Em novembro de 2007, criou-se o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), destinado a cursos de graduação da área de Saúde de instituições de educação superior, públicas ou privadas sem fins lucrativos, em parceria com secretarias municipais ou estaduais de Saúde, que teriam que concorrer aos editais do programa. O Pró-Saúde foi criado com a perspectiva

> de que a reorientação da formação dos trabalhadores da saúde deve ocorrer simultaneamente em distintos eixos (orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica), rumo à integração entre instituições de ensino e serviço público de Saúde, com vistas ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011, p. 13).

Em agosto de 2008, criou-se o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde), direcionado para os profissionais de saúde do SUS, docentes e estudantes de graduação da área da saúde, em parceria com as secretarias de Saúde. A proposta foi de apoiar e promover a integração ensino-serviço e o processo de ensino-aprendizagem inserido na rede de atenção do SUS, envolvia estudantes de graduação, docentes e profissionais de saúde do SUS. Apesar de atuar basicamente na estratégia de Saúde da Família, o Pet-Saúde atuava com projetos na vigilância em saúde e foi implementado o Pet-Saúde Mental, com ênfase no combate ao uso do crack em 2010 (BRASIL, 2011).

Em dezembro de 2009, criou-se o Programa de Profissionalização dos Trabalhadores de Nível Médio da Área da Saúde (Profaps), destinado aos trabalhadores de nível médio da área da saúde que necessitavam de formação técnica e/ou complementação para atuar nas equipes. A qualificação de técnicos de nível médio era voltada para as áreas de Radiologia, Patologia clínica e Citotécnica,

Hemoterapia, Manutenção de equipamentos hospitalares, Técnico em higiene dental, Auxiliar de consultório dentário, Técnico de prótese dentária, Agente comunitário de saúde (Formação Inicial), Complementação para o técnico de enfermagem, Técnico de vigilância em saúde e Aperfeiçoamento na área de saúde do idoso (BRASIL, 2011).

Em dezembro de 2010, criou-se a Universidade Aberta do SUS (Una-SUS), direcionada aos profissionais da área da saúde do SUS, sendo uma rede colaborativa de universidades e instituições de saúde, voltada para a produção de conteúdos e de oferta de cursos a distância para os profissionais de saúde que atuam no SUS. Na mesma lógica da educação a distância, criou-se, em outubro de 2011, o Programa Nacional de Telessaúde Brasil Redes, sinalizado para o apoio aos profissionais de saúde na sua prática clínica e processo de trabalho, por meio de teleconsultorias, telediagnóstico e teleducação (BRASIL, 2011).

Todos esses programas foram criados sem a participação dos membros das CIES regionais e estaduais e não necessitavam da avaliação ou interferência dessas instâncias para sua execução, a maioria tinha seus próprios editais e recursos financeiros definidos em portaria ministerial.

Outros programas foram criados pela SGTES no decorrer dos anos seguintes e, após completos dez anos de publicação da portaria 1.996/2007, a SGTES/MS, através do DEGES, junto com o CONASS, CONASEMS, CNS, as ETSUS, Escolas de Saúde Pública (ESP), IES, OPAS e demais secretarias do MS, deram início a um processo de discussão sobre a PNEPS, que teve como objetivo debater coletivamente estratégias para atualizar a portaria 1996/2007.

Representantes dessas instituições participaram de uma primeira reunião técnica preparatória, realizada em Brasília, no dia 18 de maio de 2017, na qual ficou acordada a realização de oficinas regionais, que envolveriam estados e municípios para a avaliação do processo de implementação da PNEPS nos estados. Aspecto esse considerado como ponto de partida para a discussão sobre a pertinência de revisar a portaria 1.996/2007 (BRASIL, 2018).

Foram realizadas seis oficinas regionais, no período compreendido entre 5 de outubro e 5 de dezembro de 2017. As oficinas reuniram aproximadamente 380 participantes: MS, CONASS, COSEMS/CONASEMS, Conselhos Nacional e Estaduais de Saúde, representantes das diversas instituições envolvidas no planejamento, programação, execução e avaliação das ações de EPS (secretarias

estaduais e municipais de saúde; escolas de saúde pública e escolas técnicas do SUS, instituições de ensino públicas e privadas), dentre outras (BRASIL, 2018).

Os debates ocorridos em cada oficina regional evidenciaram as “áreas-problema”, nas quais se situavam os “nós críticos do processo de implementação da PNEPS”, e essas foram usadas como referência para a estruturação dos resultados do trabalho realizado nas oficinas, o que orientou a identificação dos problemas e a sistematização de propostas de ação (BRASIL, 2018).

As áreas-problema identificadas foram a da Gestão da política de EPS, do financiamento, do modelo de formação, de infraestrutura das CIES, do conceito EPS, do monitoramento e avaliação das ações de EPS e da articulação interfederativa (MS/SES/SMS). O financiamento é um problema relevante, já mencionado na pesquisa de França (2016) e, no debate das oficinas, todos os estados apontaram como “dificuldade, a descontinuidade dos repasses financeiros do MS (desde 2011) e problemas na gestão cotidiana para execução dos recursos” (BRASIL, 2018, p. 16).

A implementação e o conceito de EPS apareceram como problema e vários estados apontaram a necessidade de retomar-se a reflexão e o debate sobre a implementação da PNEPS e sobre o conceito de EPS, justificando não ter havido uma apropriação plena da concepção que fundamenta a PNEPS. Sobre a avaliação e o monitoramento, foi evidenciado que havia dificuldades em monitorar e avaliar as ações de EPS, acrescentando haver ausência de indicadores que superassem a mera quantificação dos cursos e outras atividades realizadas (BRASIL, 2018).

De forma geral e consensual, após os debates das oficinas regionais, todos expressaram que não havia necessidade de mudanças no conteúdo da PNEPS, mas cabe ressaltar que, antes do período das oficinas, ou seja, no período de outubro a dezembro de 2017, mais precisamente em setembro, o Ministério da Saúde já havia revogado as portarias 198/2004 e 1.996/2007, através da Portaria de Consolidação nº 2 de 28 de setembro de 2017. Uma portaria extensa, que apresenta a consolidação das normas sobre as Políticas Nacionais de Saúde do SUS, entre elas está a PNEPS.

A Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, descreve da seguinte forma as portarias anteriores da PNEPS:

> ficaram revogadas, entre outras, as normas: CII - portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 16 de fevereiro de 2004, p. 37; CIII - arts. 1º a 16, 20 a 22 da portaria nº

> 1996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de agosto de 2007, p. 34; (BRASIL, 2017).

O assunto não foi colocado em pauta nos debates das oficinas regionais, sendo que a PNEPS passa a ter como referência jurídica e legal, o texto referente a PNEPS descrito na Portaria de Consolidação nº 2 de 28 de setembro de 2017.

3 MÉTODO

3.1 Desenho do estudo

Trata-se de pesquisa documental, descritiva-exploratória, de abordagem qualitativa, cujo cenário do estudo foi o estado do Rio de Janeiro. A pesquisa documental constitui uma técnica importante na pesquisa qualitativa, seja complementando informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos do problema.

A característica da pesquisa documental é a fonte de dados estar restrita a documentos escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias. Essas podem ser recolhidas quando o fato ou fenômeno ocorre, ou depois. Ou seja, utiliza essas três variáveis: fontes escritas ou não, fontes primárias ou secundárias; contemporâneas ou retrospectivas (MARCONI; LAKATOS, 2017, p. 53-54).

A pesquisa documental abrangeu os seguintes documentos: documentos do PlanejaSUS do ERJ (Plano Estadual de Saúde (PES), Programação Anual de Saúde (PAS), Relatório anual de Gestão e o Plano Estadual de EPS); e os documentos de Contratualização para gestão dos hospitais estaduais do ERJ. Todos publicados no período de 2008 a 2020.

Utilizou-se de informações de acesso público, nos termos da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Neste caso disponível no *site* da Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (SES-RJ) (disponível em: https://www.saude.rj.gov.br/).

Ressalta-se que Lei de Acesso à Informação (LAI) - Lei nº 12.527 de 18/11/2011 e na Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) Lei nº 13.853 de 08 de julho de 2019 se relacionam com os princípios constitucionais. Também pautou-se na Resolução CNS n.º 510, 07 de abril de 2016, artigo 2.º, VI (disponível em: http://conselho.saude.gov.br/comissoes-cns/conep) considerando que: “II – pesquisa que utilize informações de acesso público, nos termos da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011; A Resolução CNS n.º 510, de 2016, artigo 2.º, VI, adota a definição de informações de acesso público como: Art. 2.°, VI [...] dados que podem ser utilizados na produção de pesquisa e na transmissão de conhecimento e que se encontram disponíveis sem restrição ao acesso dos pesquisadores e dos cidadãos em geral, não estando sujeitos a limitações relacionadas à privacidade, à segurança

ou ao controle de acesso. Essas informações podem estar processadas, ou não, e contidas em qualquer meio, suporte e formato produzido ou gerido por órgãos públicos ou privados. Além disso, as pesquisas aqui enquadradas também são aquelas que utilizam informações obtidas em conformidade com a Lei n.º 12.527, de 18 de novembro de 2011 (Lei de Acesso à Informação), referentes a: Dados prestados pelos órgãos públicos a pedido do/a pesquisador/a, que poderá requerer informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral, desde que não sigilosas, nos termos do Art. 5.º, III, da Constituição Federal de 1988. Dados oriundos de registros administrativos e a informações sobre atos de governo, quando não sigilosas, nos termos do art. 37, § 3º, II, da Constituição Federal de 1988. A Lei n.º 12.527/2011 tem o propósito de regulamentar o direito constitucional de acesso dos cidadãos às informações públicas, e seus dispositivos são aplicáveis aos três Poderes da União, estados, Distrito Federal e municípios; às autarquias, fundações públicas, empresas públicas, sociedades de economia mista e demais entidades controladas direta ou indiretamente pela União, estados, Distrito Federal e municípios; e aplicam-se, no que couber, às entidades privadas sem fins lucrativos que recebam, para realização de ações de interesse público, recursos públicos diretamente do orçamento ou mediante subvenções sociais, contrato de gestão, termo de parceria, convênios, acordo, ajustes ou outros instrumentos congêneres.

O período selecionado para a pesquisa documental considera as três fases da PNEPS: fase 1, de 2004 (fevereiro) a 2007 (julho), relacionada à portaria MS/GM Nº 198 de 13 de fevereiro de 2004, que instituiu a PNEPS como estratégia do SUS, para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências; fase 2, de 2007 (agosto) a 2017 (agosto), relacionada à portaria MS/GM Nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da PENEPS e fase 3, relacionada à atual Portaria de Consolidação nº2 MS/GM de 28 de setembro de 2017, conforme a tabela 1

Tabela 1 – Fases da PNEPS

Tipo de Documento	**Fase 1**	**Fase 2**	**Fase 3**
Plano Estadual de Saúde (PES)	2008/2011	2012/2015	2016/2019 e 2020/2023
Programação Anual de Saúde (PAS)	...	2008,2009,2010,2011,2012,2013,2014,2015,2016 e 2017	2018,2019 e 2020
Relatório Anual de Saúde (RAG)	...	2008,2009,2010,2011,2012,2013,2014,2015,2016 e 2017	2018,2019 e 2020
Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS)	...	2009/2010,2010/2011,2011/2012 e 2016/2017	2018 e 2019/2020

Fonte: elaborado pelo autor 2022.

Desses documentos, a atenção esteve direcionada a toda e qualquer descrição relacionada com ações de EPS nos hospitais da SES/RJ. Nos documentos do PlanejaSUS foi observado atentamente as propostas elaboradas para os anos seguintes, assim como a descrição sobre a efetividade ou não dessas propostas, descritas nos relatórios anuais de gestão e nos Planos Estaduais de EPS.

Os documentos de contratualização para gestão dos hospitais estaduais do ERJ disponíveis no site da SES/RJ, não apresentaram uniformidade na descrição de ações educativas, foi observado que as ações de EPS não estavam contempladas como meta a ser cumprida, fato que se estendeu até 2018, aparecendo em alguns contratos a partir de 2019.

O contexto da administração indireta nos Hospitais da SES/RJ mostrou que houve muita rotatividade de Organizações Sociais no gerenciamento desses hospitais ocasionando uma deficiência na prestação de contas no período de transição de uma Organização Social para outra. Neste sentido não foi encontrado algumas prestações de contas, além de outras que não estavam disponíveis no site da SES/RJ.

3.2 **Cenário do estudo**

O Estado do Rio de Janeiro está localizado na região Sudeste do Brasil e faz divisa com os estados de Minas Gerais, São Paulo e Espírito Santo. Apesar de ser uma das menores unidades federadas, com 43.750,427 km², é uma das mais populosas, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL, 2019) sua população está estimada em 17.264.943 pessoas, ocupando a segunda posição em densidade demográfica, com 365,23 hab/km². O ERJ é composto por 92 municípios, organizados em oito Regiões Administrativas de Planejamento e nove Regiões de Saúde, que constituem a base territorial para as Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Figura 1 – Mapa do Estado do Rio de Janeiro dividido por Regiões de Saúde

Fonte: SES/RJ, 2020

Desde 2001, a SES/RJ identifica nove Regiões de Saúde e cada uma delas com uma atenção individualizada. O primeiro Plano Diretor de Regionalização (PDR) definiu-as como: Baía da Ilha Grande (polo Angra dos Reis), Baixada Litorânea (polo Cabo Frio), Centro-Sul (polo Três Rios), Médio Paraíba (polo Volta Redonda), Metropolitana I (polo Rio de Janeiro), Metropolitana II (polo Niterói), Noroeste (polo Itaperuna), Norte (polo Campos dos Goytacazes) e Serrana (polo Petrópolis).

Baía da Ilha Grande: Localizada ao sul do Estado, no limite com o Estado de São Paulo, e correspondendo a aproximadamente 4,8% do território estadual, a região é formada por três municípios – Angra dos Reis (polo regional), Mangaratiba e Paraty. Sua população total é de aproximadamente 291.418 habitantes (BRASIL, 2019).

Baixada Litorânea: é composta por nove municípios: Araruama, Armação de Búzios, Arraial do Cabo, Cabo Frio (polo regional), Casimiro de Abreu, Iguaba Grande, Rio das Ostras, São Pedro da Aldeia e Saquarema. População total de aproximadamente 839.958 habitantes (BRASIL 2019).

Centro-Sul: é composta por onze municípios: Areal, Comendador Levy Gasparian, Engenheiro Paulo de Frontin, Mendes, Miguel Pereira, Paracambi, Paraíba do Sul,

Paty do Alferes, Sapucaia, Três Rios (polo regional) e Vassouras. População total de aproximadamente 340.526 habitantes (BRASIL 2019).

Médio Paraíba: é composta por doze municípios: Barra do Piraí, Barra Mansa, Itatiaia, Pinheiral, Piraí, Porto Real, Quatis, Resende, Rio Claro, Rio das Flores, Valença e Volta Redonda (polo regional). Total de aproximadamente 913.698 habitantes (BRASIL 2019).

Metropolitana I: é composta por doze municípios: Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, Rio de Janeiro (polo regional), São João de Meriti e Seropédica. A expectativa de vida ao nascer, masculina, é de 69 anos e 71 dias e feminina de 77 anos e 27 dias. Total de aproximadamente 10.497.016 habitantes (BRASIL, 2019).

Metropolitana II: é composta por sete municípios: Itaboraí, Maricá, Niterói (polo regional), Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim e Tanguá. População total de aproximadamente 2.116.506 habitantes (BRASIL, 2019).

Noroeste: é composta por quatorze municípios: Aperibé, Bom Jesus do Itabapoana, Cambuci, Cardoso Moreira, Italva, Itaocara, Itaperuna (polo regional), Laje do Muriaé, Miracema, Natividade, Porciúncula, Santo Antônio de Pádua, São José de Ubá e Varre-Sai. Sua população total é de aproximadamente 348.191 habitantes (BRASIL, 2019).

Norte: é composta por oito municípios: Campos dos Goytacazes (polo regional), Carapebus, Conceição de Macabu, Macaé, Quissamã, São Fidélis, São Francisco de Itabapoana e São João da Barra. Sua população total é de aproximadamente 945.425 habitantes (BRASIL, 2019).

Serrana: é composta por dezesseis municípios: Bom Jardim, Cachoeiras de Macacu, Cantagalo, Carmo, Cordeiro, Duas Barras, Guapimirim, Macuco, Nova Friburgo, Petrópolis (polo regional), Santa Maria Madalena, São José do Vale do Rio Preto, São Sebastião do Alto, Sumidouro, Teresópolis e Trajano de Moraes. Sua população total é de aproximadamente 972.205 habitantes (BRASIL, 2019).

O Plano de Saúde do ERJ 2020/2023 descreve sobre os aspectos sociais, demográficos, econômicos e epidemiológicos do ERJ e, entre esses, informa que o ERJ apresenta uma ocupação geográfica desigual, com excessiva concentração nas regiões Metropolitanas I e II, o que se reflete na atenção à Saúde e no perfil de morbimortalidade.

No ERJ, há uma crescente demanda por habitações, sendo identificado um aumento de submoradias, de expansão de favelas e de uma intensa degradação ambiental. Outros fatores, como o desemprego e a exclusão social, são coadjuvantes na construção das desigualdades socioeconômicas do ERJ, e as condições socioeconômicas regionais influenciam direta e indiretamente nos processos de adoecimento e morte, “não apenas aumentando riscos e vulnerabilidades, mas também as possibilidades de acesso aos recursos preventivos e curativos em saúde” (RIO DE JANEIRO, 2020c, p. 20).

A demanda reprimida do usuário aos serviços da atenção primária reflete-se no aumento do número de atendimento nas emergências hospitalares e no aumento do número de internação hospitalar. A SES/RJ apresentou um estudo que avaliou um período de 2008 a 2017, excluindo-se as causas obstétricas – que correspondem às maiores taxas de internação em todos os anos avaliados – o estudo constatou que as internações se deram, em sua maioria, por doenças do aparelho circulatório e as demais internações por doenças do aparelho respiratório e neoplasias. Constatou também que, no último quinquênio, houve um aumento nas taxas de internação por causas externas.

As causas de mortalidade geral no ERJ estão associadas, principalmente, às doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e o diabetes mellitus, todas consideradas doenças crônicas não transmissíveis. Em 2016, foram registrados 140.977 óbitos de residentes do ERJ, sendo que 29,25% estavam associados às doenças do aparelho circulatório, 2,557% às doenças do aparelho respiratório, 15,51% às neoplasias e 10,28% a causas externas (RIO DE JANEIRO, 2020c).

Planilha 1 – Hospitais da SES/RJ

Nome da Instituição	Tipo de estabelecimento	Município	Região de Saúde
SES RJ HOSPITAL ESTADUAL ROBERTO CHABO	Hospital Geral	Araruama	Baixada Litorânea
SES RJ HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DONA LINDU	Hospital Especializado	Paraíba do Sul	Centro Sul
SES RJ HOSP REGIONAL MEDIO PARAIBA DRA ZILDA ARNS NEUMANN	Hospital Geral	Volta Redonda	Médio Paraíba
SES RJ HOSPITAL ESTADUAL ADAO PEREIRA NUNES	Hospital Geral	Duque de Caxias	Metropolitana I
SES RJ COMPLEXO REG DE MESQUITA MATERNIDADE E CLÍNICA DA MULHER	Hospital Especializado	Mesquita	Metropolitana I
SES RJ HOSPITAL ESTADUAL ANCHIETA	Hospital Geral	Rio de Janeiro	Metropolitana I
SES RJ HOSPITAL ESTADUAL CARLOS CHAGAS	Hospital Geral	Rio de Janeiro	Metropolitana I
SES RJ HOSPITAL ESTADUAL EDUARDO RABELLO	Hospital Geral	Rio de Janeiro	Metropolitana I
SES RJ INSTITUTO ESTADUAL DE INFECTOLOGIA SAO SEBASTIAO	Hospital Geral	Rio de Janeiro	Metropolitana I
SESDEC RJ HOSPITAL ESTADUAL GETULIO VARGAS	Hospital Geral	Rio de Janeiro	Metropolitana I
SES RJ HOSPITAL ESTADUAL SANTA MARIA	Hospital Especializado	Rio de Janeiro	Metropolitana I
SES RJ HOSPITAL ESTADUAL TRANSPLANTE CANCER E CIR INFANTIL	Hospital Especializado	Rio de Janeiro	Metropolitana I
SES RJ HOSPITAL ESTADUAL VEREADOR MELCHIADES CALAZANS	Hospital Especializado	Nilópolis	Metropolitana I
SES RJ I INST EST DIABET ENDOCRINOLOGIA IEDE	Hospital Especializado	Rio de Janeiro	Metropolitana I
SES RJ IECAC INST EST DE CARDIOLOGIA ALOYSIO DE CASTRO	Hospital Especializado	Rio de Janeiro	Metropolitana I
SES RJ INSTITUTO ESTADUAL DO CEREBRO PAULO NIEMEYER	Hospital Especializado	Rio de Janeiro	Metropolitana I
SESDEC RJ CENTRO PSIQUIATRICO RIO DE JANEIRO	Hospital Especializado	Rio de Janeiro	Metropolitana I
INSTITUTO ESTADUAL DE HEMATOLOGIA ARTHUR SIQUEIRA CAVALCANTI	Hospital Especializado	Rio de Janeiro	Metropolitana I
SES RJ HOSPITAL DA MULHER HELONEIDA STUDART	Hospital Especializado	São João de Meriti	Metropolitana I
SES RJ HOSPITAL ESTADUAL PREF JOAO BAPTISTA CAFFARO	Hospital Geral	Itaboraí	Metropolitana II
SES RJ HOSPITAL ESTADUAL TAVARES DE MACEDO	Hospital Especializado	Itaboraí	Metropolitana II
SES RJ HOSPITAL ESTADUAL AZEVEDO LIMA	Hospital Geral	Niterói	Metropolitana II
SES RJ INSTITUTO ESTADUAL DE DOENCAS DO TORAX ARY PARREIRAS	Hospital Especializado	Niterói	Metropolitana II
SES RJ HOSPITAL ESTADUAL ALBERTO TORRES GERAL SAO GONCALO	Hospital Geral	São Gonçalo	Metropolitana II
SES RJ HOSPITAL ESTADUAL DOS LAGOS NOSSA SENHORA DE NAZARETH	Hospital Geral	Saquarema	Metropolitana II

Fonte: elaborado pelo autor, 2022.

3.3 **Os documentos analisados**

Foram selecionados os documentos referentes ao Planejamento de gestão do SUS do ERJ (PlanejaSUS/RJ) de 2008 a 2020 e os documentos referentes aos contratos de gestão da SES/RJ celebrados com as Organizações Sociais de Saúde e com a Fundação Saúde do ERJ para gestão dos hospitais estaduais do ERJ no período de 2011 a 2020.

São documentos do PlanejaSUS/RJ, o Plano Estadual de Saúde (PES), a Programação Anual de Saúde (PAS), o Relatório Anual de Saúde (RAG), o Relatório Quadrimestral de Saúde e o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS). Nesse sentido, foram selecionados os Planos de Saúde do ERJ (PES/RJ): 2008/2011, 2012/2015, 2016/2019 e 2020/2023, as programações anuais de 2008 a 2020, os relatórios anuais e quadrimestrais de saúde referentes ao período de 2008 a 2020 e os planos estaduais de EPS: 2009/2010, 2010/2011, 2011/2012, 2016/2017, 2018 e 2019/2022.

Além dos documentos do PlanejaSUS, foram selecionados os seguintes documentos relacionados à contratualização para gestão dos hospitais estaduais do ERJ: contrato de gestão, termo de referência e prestação de contas.

3.3.1 Os documentos do PlanejaSUS

A portaria GM/MS nº 2.135, de 25 de setembro de 2013, estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS, definindo o Plano de Saúde como

> instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da Saúde de cada esfera da gestão do SUS, para o período de quatro anos, explicita os compromissos do governo para o setor Saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera. (BRASIL, 2013b, p. 2).

A elaboração do Plano de Saúde deve ser orientada pelas necessidades de saúde da população, considerando a análise situacional do estado, a qual contempla a estrutura do Sistema de Saúde, as Redes de Atenção à Saúde, as condições sociossanitárias, os fluxos de acesso, os recursos financeiros, a gestão do trabalho e da Educação na Saúde, a ciência, tecnologia, produção e inovação em Saúde e

gestão. Ao considerar esses aspectos, o plano deve definir diretrizes, objetivos, metas e indicadores, assim como descrever o processo de monitoramento e avaliação. (BRASIL, 2013b).

A Programação Anual de Saúde (PAS) “é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo anualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados.” (BRASIL, 2013b, p. 3). A PAS dos estados e municípios deverá conter a definição das ações que, no ano específico, garantirão o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde, a identificação dos indicadores que serão utilizados para o monitoramento da PAS e a previsão da alocação dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da PAS (BRASIL, 2013b).

O Relatório de Gestão “é o instrumento de gestão com elaboração anual que permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde.” (BRASIL, 2013, p. 4) e nele devem conter as diretrizes, os objetivos e indicadores do Plano de Saúde, as metas da PAS previstas e executadas, a análise da execução orçamentária e as recomendações necessárias, incluindo eventuais redirecionamentos do Plano de Saúde. (BRASIL, 2013b).

O Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior é um instrumento de monitoramento e acompanhamento de execução da PAS e deverá conter, minimamente, as seguintes informações: o montante e fonte dos recursos aplicados no período, as auditorias realizadas, ou em fase de execução, no período e suas recomendações e determinações, a oferta e a produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação (BRASIL, 2013b).

O Plano Estadual de EPS é um instrumento do PlanejaSUS, específico para Gestão da Educação na Saúde, devendo ser elaborado em conformidade com as diretrizes e metas do Plano Estadual de Saúde. A construção do Plano Estadual de EPS dá-se a partir da análise dos Planos de Ação Regional de EPS, que devem ser construídos coletivamente, em cada Região de Saúde, pela Comissão Intergestores Regional e sua respectiva CIES regional, devendo conter:

> caracterização da Região de Saúde – definição dos municípios constituintes, dos fluxos e equipamentos de atenção à saúde na região; os principais indicadores e metas estratégicas de investimento e

> implementação de Serviços de Saúde; Identificação do(s) problema(s) de saúde – identificar os principais problemas enfrentados pela gestão e pelos serviços daquela região, assim como seus descritores; caracterização da necessidade de formação em saúde – identificar a necessidade de determinadas categorias profissionais e de desenvolvimento dos profissionais dos serviços, a partir do perfil epidemiológico da população e dos processos de organização do cuidado em saúde de uma dada região; atores envolvidos – identificar os atores envolvidos no processo, a partir da discussão política, da elaboração até a execução da proposta apresentada; relação entre os problemas e as necessidades de Educação Permanente em Saúde – identificar as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde; definir e justificar a priorização de um, ou um conjunto de problemas, em relação aos demais, na busca de soluções originais e criativas, guardando as especificidades regionais; descrever ações a curto, médio e longo prazo, para o enfrentamento das necessidades identificadas, formular propostas indicando metodologias de execução e correlacioná-las entre si; produtos e resultados esperados – estabelecer metas e indicadores de processos e resultados para o acompanhamento e avaliação a curto, médio e longo prazo; processo de avaliação do plano – identificar a metodologia da avaliação a ser utilizada, bem como os atores, os recursos e um cronograma para a sua execução e recursos envolvidos para a execução do plano – analisar a viabilidade do plano a partir dos recursos disponíveis. Considerar os recursos financeiros alocados pelas três esferas de governo e os recursos materiais, de infraestrutura, de tempo, entre outros. (BRASIL, 2009a, p. 21,22)

A elaboração do Plano Estadual de EPS é uma atribuição da CIB de forma conjunta com a respectiva CIES estadual, as ações planejadas contemplam o período de um ano. O plano “deverá ser submetido à apreciação e aprovação, como adendo ao Plano de Saúde, no respectivo Conselho de Saúde, até que o próximo processo de Planejamento do SUS possa incorporá-las.” (BRASIL, 2009a, p. 37).

3.3.2 Os documentos de contratualização para gestão dos hospitais estaduais do ERJ

O contrato de gestão é o instrumento firmado entre o poder público e uma entidade qualificada como Organização Social, visando à formação de parceria entre as partes para fomento e execução de atividades relativas às áreas do ensino, da pesquisa científica, do desenvolvimento tecnológico, da proteção e preservação do Meio Ambiente, da Cultura e da Saúde (BRASIL, 1998).

Esse contrato deve ser elaborado de comum acordo entre o órgão ou entidade supervisora e a organização social. Nele, serão discriminadas as atribuições, responsabilidades e obrigações do poder público e da organização social. A execução do contrato de gestão celebrado por Organização Social será fiscalizada pelo órgão ou entidade supervisora da área de atuação correspondente à atividade fomentada (BRASIL, 1998).

Os resultados atingidos com a execução do contrato de gestão devem ser analisados, periodicamente, por comissão de avaliação indicada pela autoridade supervisora da área correspondente e composta por especialistas de notória capacidade e adequada qualificação. Essa comissão deve encaminhar à autoridade supervisora um relatório conclusivo sobre a avaliação procedida (BRASIL, 1998).

Fazem parte integrante do contrato de gestão, o Edital de seleção e todos seus anexos, principalmente o Termo de Referência, o Termo de Permissão de Uso e Transferência de recursos orçamentários. Desses anexos, destacamos o Termo de Referência, relacionado a um estudo técnico preliminar, é um "documento constitutivo da primeira etapa do planejamento de uma contratação, que caracteriza o interesse público envolvido e a melhor solução ao problema a ser resolvido e que, na hipótese de conclusão pela viabilidade da contratação, fundamenta o termo de referência." (RIO DE JANEIRO, 2011, p. 3). Sendo o Termo de Referência um documento elaborado com base nos estudos técnicos preliminares, ele deverá conter:

> a) os elementos que embasam a avaliação do custo pela administração pública, a partir dos padrões de desempenho e qualidade estabelecidos e das condições de entrega do objeto, com as seguintes informações:1. a definição do objeto contratual e dos métodos para a sua execução, vedadas especificações excessivas, irrelevantes ou desnecessárias, que limitem ou frustrem a competição ou a realização do certame 2. o valor estimado do objeto da licitação demonstrado em planilhas, de acordo com o preço de mercado e 3. o cronograma físico-financeiro, se necessário b) o critério de aceitação do objeto c) os deveres do contratado e do contratante d) a relação dos documentos essenciais à verificação da qualificação técnica e econômico-financeira, se necessária e) os procedimentos de fiscalização e gerenciamento do contrato ou da ata de registro de preços f) o prazo para execução do contrato e g) as sanções previstas de forma objetiva, suficiente e clara. (RIO DE JANEIRO, 2011, p. 3).

A prestação de contas é uma obrigação descrita no contrato de gestão em que a contratada deverá apresentar, ao final de cada exercício financeiro ou a qualquer tempo, quando solicitada pelo poder público, o relatório de execução do contrato de gestão, deve apresentar o comparativo específico das metas propostas e resultados alcançados, acompanhado dos respectivos demonstrativos financeiros, inclusive as certidões negativas de débitos do INSS (Instituto Nacional do Seguro Social) e do FGTS (Fundo de Garantia do Tempo de Serviço), além de outras informações consideradas necessárias e fazer publicar no Diário Oficial do Estado. A Secretaria de Estado de Saúde deverá encaminhar a prestação de contas anual ao Conselho Estadual de Saúde, à Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro

e ao Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro e esse relatório deve ser disponibilizado no sítio eletrônico da contratada e da respectiva Secretaria de Estado de Saúde (RIO DE JANEIRO, 2011).

3.4 **Análise e interpretação dos dados**

A metodologia utilizada foi a análise documental a partir da técnica de análise de conteúdo. Houve análise e interpretação dos dados com base na leitura exaustiva e homogênea com o procedimento de Análise Temática clássica. Tal proposta está ancorada na necessidade de organizar-se e interpretar um material extenso envolvido na pesquisa documental. A análise temática proposta baseia-se em Laurence Bardin e está relacionada à afirmação de um determinado assunto, compondo um feixe de relações. A presença de determinado tema denota estrutura de relevância e valores de referência e de comportamentos presentes nos discursos. Essa parte desenvolveu-se em três etapas: pré-análise, exploração do material e análise e interpretação dos dados (BARDIN, 2011, p. 126-132).

A Análise de Conteúdo Temática, foi realizada de acordo com a proposta de Bardin (2016), utilizando o software MaxQDA de forma dedutiva (categorias que emergiram do material). Bardin (2016) define a análise de conteúdo do tipo temática como uma técnica que visa a obter, por meio do conteúdo das mensagens, de forma objetiva e sistemática, dados que permitam apreender a interação e o envolvimento do sujeito participante. O fluxo de análise proposto constituiu-se de três fases:

a) **pré-análise**, que compreendeu a leitura flutuante e exaustiva do material (corpus), a fim de organizar e formular as hipóteses e os objetivos da pesquisa;
b) **fase exploratória**, que selecionou as unidades de registro e de contexto, para identificar as ideias implícitas e explícitas contidas nas mensagens e que, após agrupadas, formaram os núcleos de sentidos;
c) **tratamento dos resultados obtidos e interpretação**, nos quais os núcleos de sentido foram agrupados, observando os dados comuns entre eles, para formar as categorias. Os temas sintetizados nas categorias, as inferências e interpretações possibilitaram expressar os significados captados e os *insights* das mensagens analisadas.

O software MaxQDA é um software acadêmico para análise de dados qualitativos e métodos mistos de pesquisa. Ele permite a análise de forma integrada entre os membros da equipe. Os resultados são apresentados, conforme descritos a seguir:

a) **Lista de códigos:** descreve detalhadamente as informações que compõem a categorização: núcleos de contextos, núcleos de sentido, subcategorias e categorias.
b) **Relatório com segmentos codificados:** descreve, além da lista de códigos, quais são os segmentos dos documentos (trechos) que foram assinalados para compor a codificação. Esses segmentos podem ser utilizados para a discussão dos resultados, bem como para exemplificar a discussão.
c) **Mapa de hierarquia de códigos:** apresenta a hierarquia dos códigos de cada uma das categorias geradas. É uma ferramenta que facilita o entendimento da categorização, uma vez que demonstra como os códigos estão interligados. Essa figura tem sido muito utilizada em artigos de revistas de alto impacto.
d) **Nuvem de palavras:** apresenta as palavras que tiveram maior frequência no documento (ferramentas de gestão). Quanto maior o seu tamanho, maior a frequência. Essa representação (nuvem de palavras) também tem sido bem aceita em artigos.

Foi definido como critério de inclusão documentos que apresentassem textos relacionados com a PEEPS e, como critério de exclusão, documentos que apresentassem assuntos similares, já mencionados em outros documentos. Nesse sentido, foi constituído o corpus documental – quadro 1

Quadro 1 – Corpus documental

Tipo de Documento	Nº Documentos (Pré-Análise)	Frequência (%)	Nº Documentos Selecionados	Frequência (%)	Frequência (%)
Plano Estadual de Saúde (PES)	5	1,0	4	2,3	80,0
Programação Anual de Saúde (PAS)	11	2,1	0	0,0	0,0
Relatório Anual de Saúde (RAG)	14	2,7	9	5,2	64,3
Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS)	9	1,7	4	2,3	44,4
Contrato de Gestão	29	5,6	3	1,7	10,3
Termo de Referência	42	8,1	6	3,4	14,3
Prestação de Contas	410	78,8	148	85,1	36,1
Total	**520**	100,0	**174**	100,0	**33,5**

Fonte: elaborado pelo autor 2022

Após a seleção dos 174 documentos, foram destacados, de cada um deles, os trechos pertinentes ao tema de pesquisa e trechos que subsidiassem respostas aos objetivos da tese. Esses dados foram analisados em O software MaxQDA, os detalhes dessa análise estão descritos no capítulo de resultados e discussão.

A leitura prévia desses documentos, associada a esse processo de análise no software, induziu à elaboração de seis categorias, sendo quatro categorias relacionadas com os documentos do PlanejaSUS/RJ e duas outras com os contratos de gestão.

As categorias dos documentos do PlanejaSUS foram o Plano Estadual de Saúde/RJ, instrumento central de planejamento em saúde; as concepções fundamentais das propostas de Educação na Saúde presentes no Plano Estadual de Saúde/RJ; o relatório anual de gestão do Plano Estadual de Saúde/RJ, do percurso ao resultado e a construção coletiva dos Planos Estaduais de EPS/RJ para os hospitais do RJ. As categorias relacionadas aos contratos de gestão foram os termos de referência dos hospitais do ERJ no contexto das ações de EPS e a prestação de contas das ações de gestão em Educação na Saúde.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo apresenta a discussão sobre os resultados encontrados nos documentos analisados, ou seja, os documentos do PlanejaSUS do ERJ e dos contratos de gestão da SES/RJ celebrados com OSS e com a Fundação de Saúde.

4.1 A implementação da PNEPS no ERJ

No período de 1997 até a institucionalização da PNEPS, em fevereiro de 2004, o Estado do Rio de Janeiro já possuía dois Polos de Capacitação, formação e Educação Permanente de pessoal para o PSF. O Polo Rio de Janeiro, representado pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e o Polo Niterói, representado pela Universidade Federal Fluminense (UFF).

Em conformidade com a portaria 198 de fevereiro de 2004, a SES/RJ inicia o processo de implantação dos Polos de EPS em substituição aos Polos de Capacitação para o PSF. Segundo Viana (2008) e Gerschman e Schott (2010), assim como em outros estados, não houve um processo de transição dos Polos anteriores para o Polo de EPS.

> Sob a perspectiva dos gestores e atores que deles participam, houve um esgotamento e abandono dos Polos de Capacitação e a Política de Educação Permanente veio para “preencher o vazio” que o Programa anterior deixou. Nas entrevistas realizadas com os ex-coordenadores do programa do Polo de Capacitação para o PSF e com os coordenadores centrais do PEPS, constata-se que nem a estrutura, nem os participantes, foram considerados na atual política de Polos. (VIANA, 2008, p. 93).

Houve uma ruptura com o modelo anterior, ocasionando a imediata extinção dos dois Polos de Capacitação para o PSF. A SES/RJ definiu a formação de cinco Polos de EPS através da Resolução SES nº 2.553, de 28 setembro de 2004, ato normativo, decorrente dos seminários ocorridos no mesmo ano.

O I Seminário Preparatório do Polo de EPS do ERJ, ocorreu em janeiro de 2004 e contou com a parceria de diversas instituições, o seminário teve a participação de 133 representantes de 17 instituições de saúde, educação e outras. O encontro ocasionou a formação de grupos de trabalho com a responsabilidade de operacionalizar a realização de oficinas regionais para a implantação da política de EPS no ERJ (MAGALHÃES, 2015).

Em 19 e 20 de abril de 2004, foi realizado o II Seminário Estadual de Implantação dos Polos de EPS do ERJ, o evento ocorreu no auditório do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), e contou com 387 participantes, tendo como produto a conformação e composição dos cinco Polos de EPS do ERJ. (MAGALHÃES, 2015, p. 24). A composição dos Polos de EPS do ERJ com seus respectivos municípios em 2004 deu-se conforme demonstrado no quadro 2.

Quadro 2 – Polos de Educação Permanente no Estado do Rio de Janeiro

PEP - Norte e Noroeste	Campos dos Goytacazes, Carapebus, Conceição de Macabu, Macaé, Quiçamã, São Fidelis, São Francisco de Itabapoana, São João da Barra, Aperibé, Bom Jesus do Itabapoana, Cambuci, Cardoso Moreira, Italva, Itaocara, Itaperuna, Lages do Muriaé, Miracema, Natividade, Porciúncula, Santo Antônio de Pádua, São José de Ubá e Varre-Sai.
PEP - Serrana	Bom Jardim, Cantagalo, Carmo, Cachoeiras de Macacu, Cordeiro, Duas Barras, Guapimirim, Nova Friburgo, Petrópolis, Santa Maria Madalena, São José do Vale do Rio Preto, São Sebastião do Alto, Sumidouro, Macuco, Trajano de Morais e Teresópolis
PEP - Baixada Litorânea e Metropolitana II	Araruama, Armação dos Búzios, Arraial do Cabo, Cabo Frio, Casemiro de Abreu, Iguaba Grande, Rio das Ostras, São Pedro da Aldeia, Saquarema, Itaboraí, Maricá, Niterói, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim, Tanguá e Paraty.
PEP - Médio Paraíba, Centro-sul e Baía de Ilha Grande	Angra dos Reis, Areal, Comendador Levy Gasparian, Engenheiro Paulo de Frontin, Mendes, Miguel Pereira, Paracambi, Paraíba do Sul, Paty do Alferes, Sapucaia, Três Rios, Vassouras, Barra do Piraí, Barra Mansa, Itatiaia, Mangaratiba, Pinheiral, Piraí, Porto Real, Quatis, Resende, Rio Claro, Rio das Flores, Valença e Volta Redonda.
PEP - Metropolitana I	Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Paracambi, Queimados, Rio de Janeiro, São João de Meriti e Seropédica.

Fonte: SES-RJ, Superintendência de Desenvolvimento de Recursos Humanos, 2004 (MAGALHÃES, 2015, p. 25).

Após a criação dos cinco Polos Locorregionais de EPS, formou-se o Fórum de Polos, no qual a SES/RJ era a articuladora e coordenadora do processo, sendo que essa função nos Polos de EPS era exercida pela coordenação da subsecretaria de Recursos Humanos da SES/RJ, em conjunto com a Coordenação das

respectivas Superintendências de Desenvolvimento de Recursos Humanos (GERSCHMAN; SCHOTT, 2010).

Gerschman e Schott (2010) identificaram que a atuação da SES/RJ nos dois primeiros anos de implementação da PNEPS no ERJ deu-se em dois momentos distintos em decorrência da mudança de atores na condução da PNEPS na esfera nacional. O primeiro momento, ocorreu na gênese do processo de constituição e implementação da PNEPS no ERJ, quando havia comunicação do MS com os atores envolvidos no processo de implementação, porém sem interlocução da SES/RJ, o que foi considerado como fator de entrave dessa fase, já que havia discordância da SES/RJ no posicionamento da instância federal.

O segundo momento deu-se a partir da entrada de novos atores na SGTES, especificamente no DEGES, estabelecendo maior interlocução com a SES/RJ e a comunicação com os Polos deixou de existir. As mudanças apontadas denotaram haver descontinuidade também interna ao processo de decisão política do MS. Os atores que articularam e iniciaram a implementação da PNEPS foram substituídos por outros que não deram continuidade ao que estava sendo realizado até aquele momento (GERSCHMAN; SCHOTT, 2010).

Tendo como referência a portaria 198 de 2004, os Polos de EPS do ERJ davam continuidade à PNEPS, na qual todos tinham seu Colegiado de Gestão com representação da SES/RJ, Secretarias Municipais de Saúde, Conselhos Municipais de Saúde, instituições de ensino, Escolas Técnicas do SUS, hospitais universitários e estudantes. Viana (2008) descreve as seguintes instituições: Escola Técnica Isabel dos Santos, Faculdade Redentor, Faculdade de Medicina de Campos, Faculdade Pestalozzi, Fundação Educacional Serra dos Órgãos (FESO), Hospital Álvaro Alvim, Hospital Antônio Pedro, SENAC, Universidade de Barra Mansa (UBM), Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Universidade Federal Fluminense (UFF), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) e Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO).

Havia regularidade nas reuniões dos Polos de EPS e os principais temas colocados em pauta estavam relacionados “à construção, avaliação, seleção e encaminhamento de projetos; além da discussão sobre a ‘lentidão’ e ‘falta de transparência’ na aprovação de projetos pelo Ministério da Saúde” (VIANA, 2008, p. 107).

Segundo Gerschman e Schott (2010), todos os projetos elaborados pelos Polos de EPS eram discutidos, avaliados e aprovados em seu respectivo Colegiado

de Gestão, porém nenhum deles recebeu financiamento, razão pela qual não foram executados. Nesse sentido, a falta de financiamento para os projetos elaborados pelos Polos de EPS do ERJ pode ser considerada o maior entrave no seu processo de implementação.

A operacionalidade da PNEPS não estava em conformidade com a portaria 198 de 2004, no que diz respeito às atribuições do MS, visto que esse não dava retorno sobre os projetos encaminhados e, na maioria dos casos, não recebia sequer um parecer a respeito dos projetos. Essa situação fez com que atores dos Polos de EPS/RJ reconhecessem os seguintes fatores: dificuldades na avaliação pelas instâncias estaduais (CIB e CES), demora no encaminhamento ao MS dos projetos já aprovados da esfera estadual, demora do MS em avaliar os projetos, não aprovação de grande parte dos projetos encaminhados ao MS e falta de financiamento dos projetos aprovados pelo Ministério da Saúde.

A PNEPS é alterada com as novas diretrizes descritas na portaria 1.996 de agosto de 2007, essas orientavam que a mesma se adequasse às diretrizes do Pacto pela Saúde de fevereiro de 2006. As novas diretrizes da PNEPS descartaram os Polos de EPS na condução locorregional, passando a ser atribuição do Colegiados de Gestão Regional com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino- Serviço (CIES).

Em 2007, com a mudança de governo, a Secretaria de Estado de Saúde vinculou-se à Secretaria de Defesa Civil e passou a denominar-se Secretaria de Saúde e Defesa Civil (SESDEC/RJ), mudando sua estrutura organizativa e, nessa nova estrutura, foram incluídos os militares bombeiros. A Subsecretaria de Desenvolvimento de Sistemas de Saúde (SDSS/SESDEC) ficou com a responsabilidade das atividades da Educação Permanente e Educação Continuada e não mais da Subsecretaria de Recursos Humanos, e a condução da PNEPS no ano seguinte, em 2008, ficou a cargo da extinta Superintendência de Gestão Participativa e Educação em Saúde, órgão da SDSSS/SESDEC (RIO DE JANEIRO, 2010).

Mesmo com as mudanças no organograma da SES/RJ, a proposta maior dos atores que estiveram à frente na condução da PNEPS/RJ foi a de implantar os Colegiados de Gestão Regional, a CIES estadual e as CIES regionais. Ações previstas na portaria 1.996/2007 e concretizadas em 2010.

Em novembro de 2008, foi realizado um seminário de integração ensino-serviço no qual foi apresentada a proposta da composição, estruturação e criação da

CIES estadual e, no ano seguinte, foram realizadas oficinas regionais nas nove Regiões de Saúde do estado com duração de três dias, todas realizadas com os recursos de Educação Permanente do fundo estadual.

As oficinais regionais tiveram como propostas a revisão do Plano Diretor de Regionalização, a implantação dos colegiados de gestão regional e das CIES regionais. Ficou estabelecido que, até a implantação das CIES regionais, os representantes das secretarias executivas dos cinco polos de Educação Permanente seriam representantes regionais junto a CIES estadual. Dessas ações, resultou a republicação da deliberação conjunta de instituição da CIES estadual em setembro de 2009, foram constituídos e instalados os CGRS, sendo elaborado e aprovado seu regimento estadual, sem que fossem constituídas as CIES regionais (RIO DE JANEIRO, 2009).

Durante a fase de transição dos Polos de EPS para as CIES regionais, os recursos financeiros descritos na portaria 1.996/2007 para o ERJ foram distribuídos para os fundos municipais dos antigos Polos de EPS. Esses recursos estavam destinados à execução dos projetos elaborados por esses Polos e pela SES/RJ, mas os projetos propostos em 2008, para execução em 2009, não foram executados em sua plenitude. Isso ocorreu por uma série de fatores relacionados a um cenário de diversas transições, de novos secretários municipais, novos gestores estaduais de Educação Permanente, constituição recente das CGRS e dissolução crescente das secretarias executivas dos Polos de EPS.

Somado ao cenário de transições, outras dificuldades foram descritas pelo grupo condutor da PNEPS, como a fragilidade da área financeira e jurídica para a gestão dos recursos alocados nos fundos municipais, a falta de suporte em relação ao monitoramento e assessoria sobre as possibilidades jurídicas de utilização desses recursos, a legislação da época e o fluxo dos processos licitatórios da esfera pública, que acarretava morosidade nos tramites dos processos referentes à EPS.

Ao perceber que a EPS não era priorizada nos processos de compra de serviços, por não ser entendida como uma atividade fim, o grupo condutor da SES/RJ sugeriu aos CGRS a criação de um fluxo no tramite de processos relacionados com a EPS. A exceção, nesse período de transição, foi que apenas as secretarias executivas dos Polos da Norte/Noroeste, Baixada Litorânea e Médio Paraíba/Centro-Sul conseguiram permanecer com reuniões, discussões e propostas de EPS, tendo inclusive suas CIES implantadas. (RIO DE JANEIRO, 2010).

O processo de implantação das CIES regionais ficou mais fortalecido a partir do desdobramento das cinco macrorregiões em dez Regiões de Saúde no final de 2009, as dez CIES foram constituídas por deliberações CIB até o final de 2010.

Quadro 3 – CIES constituídas por região e suas respectivas deliberações

Região de saúde	**Deliberação nº CIB**
Baixada da Ilha Grande (BIG)	1061 DE 07/10/2010
Baixada Litorânea (BL)	1101 de 11/12/2010
Capital	1102 de 11/12/2010
Metropolitana I	1064 de 07/10/2010
Metropolitana II	1103 de 11/12/2010
Norte	1053 de 16/09/2010
Noroeste	995 de 05/08/2010
Médio Paraíba	1063 de 07/10/2010
Centro-Sul	996 de 05/08/2010
Serrana	919 de 06/05/2010

Fonte; elaborado pelo autor, 2020

A constituição das CIES regionais ocorreu em meio a mais uma mudança no organograma da SES/RJ, visto que, no ano de 2010, a subsecretaria de gestão do trabalho e Educação em Saúde (SGTES/SESDEC-RJ/SUS) passou a ser a instância responsável pela coordenação da PNEPS no lugar da subsecretaria de Vigilância em Saúde, face a nova reestruturação administrativa da SESDEC. A coordenação geral de Educação em Saúde, como órgão da subsecretaria de Vigilância em Saúde, foi transferida para a Subsecretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde e permaneceu atuando na PNEPS (RIO DE JANEIRO, 2010).

Devido ao cenário de priorização da implantação das CIES e à repactuação dos projetos não executados com o orçamento de 2007 e 2008 nas Regiões de Saúde, os projetos propostos em 2009, para execução em 2010, não foram executados em sua totalidade.

A não execução da maioria dos projetos elaborados pelas CIES regionais é constante, deixando recursos financeiros parados nos respectivos fundos municipais de cada uma das regiões. Os recursos mais utilizados da PNEPS no ERJ foram os recursos específicos para educação profissional de nível médio, recursos alocados no Fundo Estadual de Saúde, com as ações executadas pela Escola de Formação Técnica em Saúde Enfermeira Izabel dos Santos (ETIS/SUS).

No ano de 2011, a SES/RJ sofre mais uma alteração em seu organograma, não sendo mais denominada de SESDEC. A PNEPS fica sob a responsabilidade da Coordenação Geral de Educação em Saúde e Gestão, e essa organizou-se em duas

divisões e uma gerência: Divisão de Educação em Saúde, Divisão de Gestão Acadêmica e Gerência de centros de estudos e aperfeiçoamento da rede própria da SES.

A equipe responsável pela elaboração do Plano Estadual de EPS/RJ (PEEPS/RJ), publicou o PEEPS/RJ 2011/2012, em outubro de 2011, a construção desse plano envolveu a Coordenação geral de Educação em Saúde e Gestão da SES/RJ, a assessoria de integração regional, as comissões Intergestores regionais, as CIES regionais, COSEMS/RJ e o Conselho Estadual de Saúde.

Outra mudança no ano de 2011, foi o retorno do município do Rio de Janeiro para região Metropolitana I, ficando o ERJ com nove regiões de Saúde. A condução da PNEPS/RJ continua, porém o próximo PEEPS será o 2016/2017 publicado em maio de 2017. Não foi identificado PEEPS/RJ referente aos seguintes anos: 2012/2013, 2013/2014, 2014/2015 e 2015/2016.

Nesse espaço de tempo foi possível identificar, através das atas das reuniões mensais da CIES/RJ, mudanças constantes da coordenação da equipe responsável pela PNEPS no âmbito da SES/RJ. A primeira ata registrada foi em setembro de 2013, a mesma equipe teve uma última reunião registrada em ata em novembro de 2014. Essa equipe é dissolvida e a próxima reunião da CIES/RJ ocorre em setembro de 2015, quando é informada uma nova mudança na estrutura da SES/RJ e uma nova Coordenação da CIES/RJ. Em fevereiro de 2016, na primeira reunião da CIES/RJ daquele ano, a Superintende Ana Latini abriu a reunião anunciando a indicação da nova Superintendente de Educação (PINTO, 2017).

Foi a partir da entrada da nova Superintendente de Educação, que a PNEPS no ERJ iniciou a retomada do fortalecimento das ações de EPS nas Regiões de Saúde. A nova equipe atualizou o regimento da CIES/RJ e realizou o III Encontro Estadual de EPS/RJ, no qual foram abordados os temas denominados “Avanços e desafios da Educação Permanente” e “Avaliando a Educação Permanente no Âmbito do Estado do RJ no ano de 2016”. Dos assuntos abordados no III Encontro Estadual de EPS/RJ, foram construídas algumas diretrizes para o fortalecimento da EPS/RJ

> 1. Sensibilizar as Regiões de Saúde com relação à temática da EPS. 2. Sensibilizar o Conselho estadual de Saúde e os conselhos municipais de Saúde com relação à temática da EPS. 3. Fortalecer as CIES regionais como articuladoras da implementação da PNEPS. 4. Articular com as instituições formadoras, outros segmentos municipais, integrantes das CIES e profissionais de saúde, em visão do fortalecimento da EPS 5. Articular junto aos gestores a legitimação da área técnica de EPS no organograma

> municipal. 6. Articular junto aos gestores para que a temática da EPS esteja contemplada nos Planos municipais de Saúde, nas Programações anuais de Saúde, com a devida previsão orçamentária. 7. Capilarizar as ações de EPS para os diversos níveis de atenção. 8. Garantir a disseminação da PNEPS para os 92 municípios do ERJ. 9. Articular, junto ao gestor do fundo municipal, executor das estratégias, visando à execução do recurso da EPS. (PINTO, 2017, p. 115).

A nova equipe da CIES/RJ, junto com os atores das CIES regionais, elaborou o PEEPS 2016/2017, publicado em maio de 2017. Essa mesma equipe passa a ter outra Superintendente de Educação em Saúde e observa-se que foi a partir dessa nova equipe, que a capilarização da PNEPS para os hospitais da SES/RJ passou a ser vista com mais atenção. A interlocução deu-se através dos Centros de estudos e Aperfeiçoamento (CEA) dos Hospitais da SES/RJ e, nesse período,

> foi realizada assessoria técnica e administrativa às ações educativas desenvolvidas nas unidades estaduais de saúde, além de orientação e acompanhamento dos processos relativos aos mandatos das diretorias dos CEA e divulgação de diversos eventos técnico-científicos. O trabalho também se debruçou na atualização do estatuto dos CEA e na normatização dos trâmites das pesquisas no âmbito da SES (RIO DE JANEIRO, 2017a, p. 18).

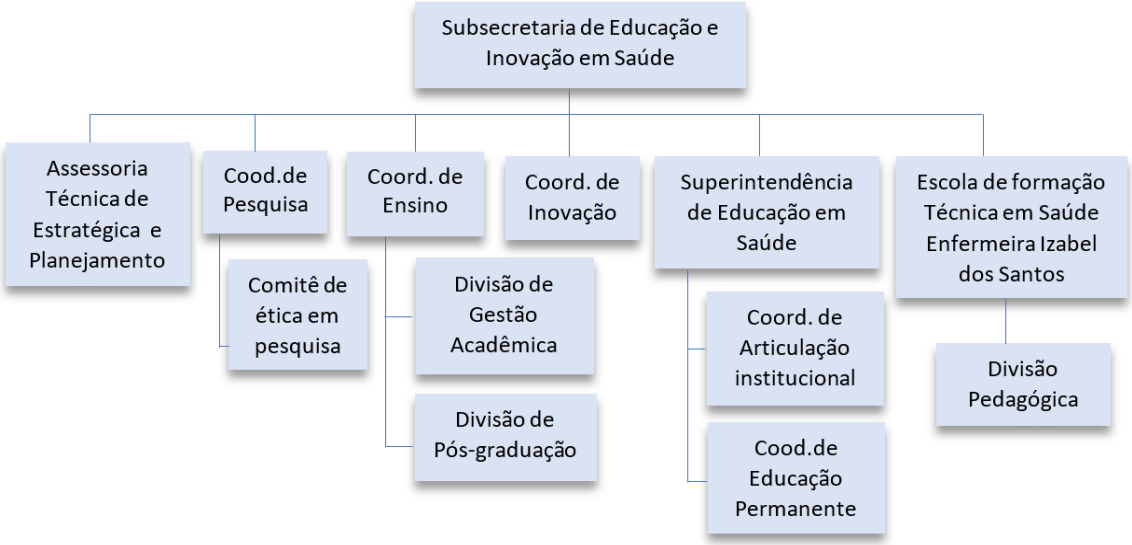
A equipe condutora da PNEPS iniciou uma discussão interna sobre os rumos dos CEAs nas unidades da SES/RJ, frente ao modelo fundacionista de gestão da rede própria do estado. O avanço dessa discussão fez surgir, no início de 2019, o Grupo de Trabalho de integração entre os Núcleos de EPS e os CEAs (GT NEPs/CEAs) das unidades próprias da SES/RJ. A primeira reunião ocorreu em fevereiro de 2019, no prédio da SES/RJ, mas, devido à pandemia do COVID-19 em 2020, as reuniões passaram a ser a distância.

O GT NEPs/CEAs é constituído por representantes dos NEPs/CEAs dos hospitais, das UPAS e de institutos, administrados direta e indiretamente pela SES/RJ. Um dos principais objetivos do GT é capilarizar a PEEPS/RJ para as unidades próprias. Nesse sentido, foram realizadas oficinas para elaboração de um Plano anual de EPS para cada unidade e, ao mesmo tempo, levantou-se a possibilidade de incluir as propostas de EPS dessas unidades no PEEPS/RJ.

O GT NEPs/CEAs representa mais um canal de interlocução da SES/RJ com as unidades próprias no sentido de capilarizar a PEEPS/RJ para um nível de atenção que, até então, não participava da elaboração do Plano estadual de EPS, pois a elaboração era praticamente a partir dos projetos das CIES regionais e das propostas da CIES/RJ e da ETIS/SUS.

É necessário deixar evidente que os profissionais que atuam nos NEPs e CEAs dos hospitais municipais, universitários e federais existentes no ERJ não participam do processo de elaboração do PEEPS/RJ, assim como os profissionais que atuam nos NEPs e CEAs das UPAS, que estão sob gestão municipal. Isso não significa a inexistência de ações de EPS nessas unidades, elas existem, mas não cabe discorrer sobre o assunto, pois não faz parte dos objetivos desta tese. Os setores envolvidos na condução da PEEPS/RJ estão descritos na figura 2

Figura 2 – Organograma da Subsecretaria e Educação e Inovação em Saúde



Fonte: Organograma decreto nº 47.446 de 13 de janeiro de 2021

4.2 **Os modelos de gestão dos hospitais estaduais do Rio de Janeiro e a contratualização de ações de EPS**

Os hospitais da SES/RJ foram gerenciados por dois modelos de gestão no período de 2007 a 2020, a gestão direta e a gestão indireta, modelos implantados sob forte influência dos contextos políticos do governo do estado e, mais especificamente, dos gestores da Saúde no ERJ. Uma descrição cronológica dos resultados, quando associados ao contexto político, evidencia a total falta de governança no ERJ e, consequentemente, nos hospitais da SES/RJ.

No setor da Saúde, a relação entre o público e o privado é anterior ao SUS, a exemplo das ordens religiosas no período colonial e das contratações de serviços privados pelos antigos institutos de aposentadorias e pensões na era Vargas. A administração indireta foi umas personalidades jurídicas introduzidas na

administração pública, a exemplo das fundações, autarquias e empresas públicas (ESCOREL e TEIXEIRA, 2012).

A relação entre o público e o privado ficou mais acentuada logo após o Plano Diretor da Reforma Administrativa do Estado (PDRAE), em 1995, no governo presidencial de Fernando Henrique Cardoso (FHC), no qual foi criado o Programa Nacional de Publicização. Em decorrência desse programa, foram criadas naturezas jurídicas, denominadas como Modelos Alternativos de Gestão Indireta (Magi), a exemplo das Organizações Sociais (OS) e da Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip) nos anos de 1990. (SANTOS *et al.,* 2018).

De acordo com o PDRAE, a relação entre o público e o privado deveria ser formalizada através de um contrato de gestão e esse entendido como um instrumento celebrado entre o poder público e entidades da administração direta, indireta e entidades privadas qualificadas como OS, determinando metas de desempenho e indicadores de acompanhamento. (SANTOS *et al.,* 2018).

A proposta de Organizações Sociais na gestão pública brasileira está fundamentada no conceito neoliberal do Estado mínimo. Embora as discussões e propostas de reforma do Estado no Brasil tenham iniciado na década de 1980, podemos considerar que, no Brasil, o marco foi o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, instituído em 1995 pelo extinto Ministério da Administração da Reforma do Estado (MAREA), criado naquele mesmo ano no governo do presidente da república Fernando Henrique Cardoso (FHC) (COSTA, 2000).

Ainda no governo FHC, três anos após ao Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, é decretada a lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, possibilitando a qualificação de entidades como Organizações Sociais, permitindo que

> o Poder Executivo possa qualificar como Organizações Sociais, pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do Meio Ambiente, à Cultura e à Saúde, atendidos aos requisitos previstos nessa Lei. (BRASIL,1998).

Estados e municípios, a partir dessa lei, passam a decretar a lei Estadual e Municipal que possibilitarão a qualificação de entidades como Organizações Sociais, usando praticamente o mesmo texto da lei federal. São Paulo, no mesmo ano de 1998, foi o primeiro estado a criar sua lei estadual, qualificando pessoas jurídicas de direito privado em OS.

Anterior ao ano de 2007, o governo do Rio de Janeiro estava sob a gestão de Rosinha Garotinho, que atuou de 1º de janeiro de 2003 a 1º de janeiro de 2007. Nesse período, os hospitais da SES/RJ estavam sob administração direta, não havendo contrato de gestão com OSS ou Fundação Saúde para gerência de algum hospital da SES/RJ. Na gestão de Rosinha, foram identificadas diversas irregularidades administrativas e a mesma foi condenada, em 19 de dezembro de 2018, pelo Ministério Público do ERJ por ato de improbidade administrativa, sendo acusada de desvio de dinheiro público durante sua gestão, a condenação estendeu-se ao secretário de Saúde da época, Gilson Cantarino, que foi preso mais tarde, acusado de envolvimento no desvio de dinheiro público. Rosinha Garotinho foi acusada pelo MPRJ de participar de esquema que desviou R$ 234,4 milhões da Secretaria Estadual de Saúde entre novembro de 2005 e abril de 2007.

Os documentos analisados não evidenciaram ações da PNEPS direcionadas para os hospitais da SES/RJ no governo de Rosinha Garotinho. Lembrando que a PNEPS foi instituída em fevereiro de 2004, portanto, em seu governo, a EPS estava sendo conduzida através dos Polos de EPS.

Em 2007, Sérgio Cabral assumiu o governo do ERJ e, através da lei estadual nº 5.164 de 17 de dezembro de 2007, instituiu três fundações públicas com as denominações de "Fundação Estatal dos Hospitais Gerais", "Fundação Estatal dos Hospitais de Urgência e Emergência" e "Fundação Estatal dos Institutos de Saúde". Todas elas, fundações públicas, com personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, de duração indeterminada, com sede e foro na Capital e com competência para atuação em todo o território do Estado do Rio de Janeiro. Nesse sentido, os hospitais da SEE/RJ ficaram sob a gerência dessas fundações.

No período do primeiro mandato de Sérgio Cabral, foi publicada a portaria 1.996; de agosto de 2007, dispondo sobre as diretrizes para a implementação da PNEPS e, no primeiro Plano de Saúde do ERJ, aparecem propostas em consonância com a nova conformação da PNEPS, propondo a criação das CIES regionais e da CIES estadual. E essas foram instituídas e homologadas por deliberação CIB no período de 2009 a 2010.

Sérgio Cabral é reeleito e continua o segundo mandato a partir de 1º de janeiro de 2011 e, no mesmo ano, amparado pelo decreto nº 43.261 de 27, de outubro de 2011, que regulamenta a lei nº 6.043, de 19 de setembro de 2011, o

poder executivo do ERJ qualifica entidades sem fins lucrativos como organizações sociais no âmbito da Saúde. Logo em seguida, a SES/RJ passa a fazer contratos de gestão com OSS para gerenciar alguns dos hospitais que eram gerenciados pela Fundação Saúde e, no ano de 2012, já havia 11 hospitais da SES/RJ sendo gerenciados por OSS.

Ainda no mesmo ano, Sérgio Cabral unifica as fundações de saúde que havia criado em 2007. A Fundação Saúde do Estado do Rio de Janeiro (FSERJ), foi criada com base na autorização estabelecida pela lei estadual nº 5.164, de 17.12.2007, sendo instituída pelo decreto nº 43.214, de 28 de setembro de 2011, com personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, regida pela Lei Complementar Estadual nº 118, de 29 de novembro de 2007, incorporando as extintas, “Fundação Estatal dos Hospitais de Urgência e Emergência”; “ Fundação Estatal dos Institutos de Saúde” e a “ Fundação Estatal dos Hospitais Gerais”, através da Lei nº 6.304 de 28 de agosto de 2012 (RIO DE JANEIRO, 2017a).

Sérgio Cabral e o secretário de Saúde do seu governo são acusados de várias irregularidades administrativas e desvio de dinheiro público, Sérgio Cabral é condenado e preso, em 2014, por diversos crimes de improbidade administrativa e, junto a ele, foi condenado e preso Sérgio Luiz Côrtes, secretário de Saúde que atuou nesse período, saindo do cargo em dezembro de 2013 (GOMES, 2017).

Nesse período, apesar de já existirem a CIES estadual e as CIES regionais, não houve elaboração do Plano Estadual de EPS referente aos anos 2013/2014. Ações de EPS direcionadas aos profissionais de saúde dos hospitais da SES/RJ não foram identificadas no Plano Estadual de Saúde 2012/2015.

Em 2014, o vice-governador de Sérgio Cabral, Luiz Fernando Pezão, assume o governo do ERJ, dando continuidade ao processo de administração indireta nos hospitais da SES/RJ. Naquele ano, já havia 16 hospitais da SES/RJ gerenciados por OSS. Foi um período de mudanças no organograma da SES/RJ e de mudanças no quadro dos atores responsáveis pela condução da PNEPS no ERJ, não havendo Plano Estadual de EPS referente aos anos 2014/2015. A nova equipe da Superintendência de Educação em Saúde publicou o Plano Estadual de EPS referente aos anos 2016/2017.

Esse período foi marcado por intensa mobilização dos profissionais de Saúde (estatutários da SES/RJ), os movimentos tiveram a participação e apoio de diversos sindicatos. As manifestações, paralizações e greves ocorreram no período de 2013

a 2017, os trabalhadores da saúde estatutários reivindicavam mais especificamente pela implantação do plano de carreira, cargos e salário (PCCS), mas outros fatores também eram colocados em pauta, a saber: melhores condições de trabalho, a retirada das organizações sociais na gestão das unidades próprias, o atraso de pagamento de salário, reposição salarial, incorporação no salário de gratificações existentes e outras (NITAHARA, 2017).

O contexto político em que se conduziu a PNEPS nesse período foi de extrema complexidade, principalmente no nível hospitalar e especificamente no período de 2013 a 2017, quando as gestões dessas unidades hospitalares da SES/RJ estavam divididas, algumas pela Fundação Saúde, outras em fase de transição para gestão de organizações sociais e uma minoria ainda sob administração direta da SES/RJ. Outro aspecto era o vínculo dos profissionais que atuavam nesses hospitais, na maioria deles, havia profissionais com vínculo de estatutário junto com fundacionista, ou estatutário com trabalhadores de uma organização social.

O governador Luiz Fernando Pezão é acusado de irregularidades administrativas e sai do governo em janeiro de 2019, o mesmo foi condenado e preso por improbidade administrativa. No período do governo de Fernando Pezão, houve três mudanças de Secretário de Saúde: Marcos Esner Musafir (4 de abril a 31 de dezembro de 2014), Felipe dos Santos Peixoto (1º de janeiro de 2015 a 1º de janeiro de 2016), Luiz Antônio Teixeira Júnior (4 de janeiro de 2016 a 5 de abril de 2018) e Sérgio D'Abreu Gama (6 de abril de 2018 a 31 de dezembro de 2018) (GUIMARÃES *et al.,* 2018). Apesar das mudanças de secretários de saúde, a equipe da Superintendência de Educação em Saúde mantém-se e continua com a condução da política estadual de EPS.

Um novo processo eleitoral, em 2018, elegeu Wilson Witzel do Partido Social Cristão (PSC) para o governo do ERJ. Ele assumiu o governo do ERJ em janeiro de 2019, mas foi afastado do cargo em agosto de 2020 por determinação do Supremo Tribunal de Justiça do ERJ, devido a suspeitas de fraude em compras na área da Saúde durante a pandemia do COVID-19. Mais tarde, Wilson Witzel foi condenado e preso e, junto com ele, foi condenado e preso por improbidade administrativa o secretário de Saúde Edmar Alves dos Santos, que atuou na gestão de Wilson Witzel, oficialmente, no período de 1º de janeiro de 2019 a 30 de abril de 2021.

O vice-governador Cláudio Castro assume o governo em 1º de maio de 2021, mas no mesmo ano foi alvo de investigação do Ministério Público, por suspeita de fraude na compra de mais de um milhão de cestas básicas durante a pandemia do COVID-19. O mesmo continua no governo e anunciou a candidatura para o governo do ERJ em 2022.

A SES/RJ é responsável pela administração de várias unidades de saúde, entre elas temos: os hospitais estaduais, Institutos estaduais, UPAs, Laboratórios, UTIs Neonatais, Central de regulação, Centros de Imagens e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Uma minoria dessas unidades de saúde está sob a administração pública direta, a maioria está sob a administração pública indireta. As poucas unidades que estão sob a administração direta estão ligadas à SES/RJ e a maioria das unidades que estão sob a administração indireta são gerenciadas pela Fundação Saúde ou por Organizações Sociais de Saúde.

Sendo um órgão integrante da administração pública indireta, a FSERJ está vinculada à SES/RJ e atua em consonância com as diretrizes constitucionais e legais previstas no SUS, seu objetivo principal é “oferecer à população atendimento em serviços de saúde com qualidade e eficiência, mantendo equipe permanente de profissionais de saúde aprovados em concurso público e oferecendo salários compatíveis com o mercado de trabalho.” (RIO DE JANEIRO, 2018).

Tratando especificamente dos Hospitais Estaduais, o cenário, até o ano de 2020 da SES/RJ, era um total de 26 hospitais, sendo 14 sob a gestão de Organizações Sociais, dez sob a Gestão da FSERJ e dois estavam sob a administração direta.

Os contratos de Gestão da SES/RJ com a Fundação Saúde e com as Organizações Sociais foram elaborados em conformidade com a legislação federal e legislação estadual do Rio de Janeiro, que normatizam a relação contratual público-privado com entidades jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, portanto, suas cláusulas contemplam sobre o objeto, as atribuições da contratante e da contratada, a vigência, os recursos financeiro-orçamentários, o repasse dos recursos financeiro-orçamentários, a fiscalização, supervisão e controle do contrato, a alteração contratual, as penalidades, a suspensão, rescisão, resilição e resolução, a publicidade, a prestação de contas, as disposições finais e o foro.

Cada contrato de gestão possui anexos, que são documentos fundamentais no detalhamento de alguns tópicos presentes nas cláusulas contratuais, a exemplo do Termo de Referência, um anexo que descreve as metas a serem cumpridas pela contratada. Outro anexo é o Relatório de Execução que deve descrever, trimestral e anualmente, o desempenho e a execução dos serviços de gestão em saúde e um consolidado das principais informações encaminhadas à Comissão de Avaliação e Acompanhamento de Metas referentes ao Contrato de Gestão (RIO DE JANEIRO,2019b).

Os contratos de gestão da SES/RJ com a Fundação Saúde e com as Organizações Sociais iniciaram em 2011. Muitas mudanças na gestão dos hospitais foram acontecendo no decorrer dos anos. Em 2020, a gestão dos hospitais da SES/RJ encontrava-se da seguinte maneira.

Quadro 4 – Hospitais da SES/RJ da administração indireta, geridas por Organizações Sociais em 2020

Hospital	**Organização Social**
Hospital Estadual Roberto Chabo (HERC)	Cruz Vermelha Brasileira – Filial do Estado do Rio Grande do Sul (CVB)
Hospital Estadual dos lagos Nossa Senhora de Nazareth (HELNSN)	
Hospital Estadual de Traumatologia e Ortopedia Dona Lindu (HETODL)	Hospital Psiquiátrico Espírita Mahatma Gandhi (HPEMG)
Hospital Estadual Vereador Melchiades Calazans (HEVMC)	
Instituto Estadual do Cérebro Paulo Niemeyer (IECPN)	
Hospital Estadual Pref. João Batista Cáfaro (HEPJBC)	Instituto dos Lagos Rio (ILR)
Hospital Estadual Alberto Torres (HEAT)	
Complexo Regional da Mãe de Mesquita - Maternidade e Clínica da Mulher (CRMM).	Instituto GNOSIS
Hospital Estadual da Mulher Heloneida Studart (HEMHS)	
Hospital Estadual Adão Pereira Nunes (HEAPN)	Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde (IABAS)
Hospital Estadual Getúlio Vargas (HEGV)	Instituto Solidário
Hospital Estadual de Transplante, Câncer e Cirurgia Infantil (HETCCI)	Instituto D'OR de gestão de Saúde Pública
Hospital Regional Médio Paraíba Dra. Zilda Arns Neumann (HRMPDZAN).	Associação de proteção à Maternidade e à Infância de Mutuípe (APMIM)
Hospital Estadual Azevedo Lima (HEAL)	Instituto Sócrates Guanaes (ISG)

Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

Quadro 5 – Hospitais da SES/RJ da administração indireta, geridos pela FSERJ

Unidade de Saúde
Hospital Estadual Carlos Chagas – HECC
Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro - IECAC
Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro – CPRJ
Hospital Estadual Santa Maria – HESM
Instituto Estadual de Hematologia A. S. Cavalcanti - HEMORIO
Hospital Estadual Anchieta – HEAN
Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia – IEDE
Instituto Estadual São Sebastião – IESS
Instituto Estadual de Dermatologia Sanitária - IEDS
Instituto Estadual de Doenças do Tórax Ary Parreiras - IETAP

Fonte: Fundação Saúde do ERJ

Os dois hospitais sob a administração direta até o ano de 2020 foram: Hospital Estadual Gélio Alves Faria em Barra de São João e o Hospital Estadual Tavares de Macedo em Itaboraí.

4.3 **A EPS no âmbito dos hospitais do estado do Rio de Janeiro**

A busca teve o objetivo de identificar as propostas de ações de EPS direcionadas aos hospitais da SES/RJ e, mais especificamente, as ações de EPS direcionadas aos profissionais de saúde desses hospitais. Documentos publicados no período de 2007 a 2020, a saber, documentos do Planejamento em Saúde do ERJ e documentos referentes à contratualização da gestão dos hospitais da SES/RJ, com as Organizações Sociais de Saúde e com a FSERJ.

Os documentos de Planejamento em Saúde considerados como ferramentas de gestão da Saúde do ERJ foram o Plano Estadual de Saúde, Programação Anual de Saúde, Relatório Anual de Saúde e Plano Estadual de EPS/RJ, enquanto os documentos de contratualização de gestão das unidades hospitalares da SES/RJ foram os contratos de gestão da SES/RJ com as Organizações Sociais de Saúde, contratos de gestão da SES/RJ com a Fundação de Saúde do ERJ e as prestações de contas dos respectivos contratos. Esses documentos estão descritos nas tabelas 2 e 3

Tabela 2 – Ferramentas de gestão do ERJ

Documento	Ano de referência
Plano Estadual de Saúde/RJ	2008/2011
Plano Estadual de Saúde/RJ	2012/2015
Plano Estadual de Saúde/RJ	2016/2019
Plano Estadual de Saúde/RJ	2020/2023
Programação Anual de Saúde/RJ	2010
Programação Anual de Saúde/RJ	2011
Programação Anual de Saúde/RJ	2012
Programação Anual de Saúde/RJ	2013
Programação Anual de Saúde/RJ	2014
Programação Anual de Saúde/RJ	2015
Programação Anual de Saúde/RJ	2016
Programação Anual de Saúde/RJ	2017
Programação Anual de Saúde/RJ	2018
Programação Anual de Saúde/RJ	2019
Programação Anual de Saúde/RJ	2020
Relatório Anual de Gestão/RJ	2007
Relatório Anual de Gestão/RJ	2008
Relatório Anual de Gestão/RJ	2009
Relatório Anual de Gestão/RJ	2010
Relatório Anual de Gestão/RJ	2011
Relatório Anual de Gestão/RJ	2012
Relatório Anual de Gestão/RJ	2013
Relatório Anual de Gestão/RJ	2014
Relatório Anual de Gestão/RJ	2015
Relatório Anual de Gestão/RJ	2016
Relatório Anual de Gestão/RJ	2017
Relatório Anual de Gestão/RJ	2018
Relatório Anual de Gestão/RJ	2019
Relatório Anual de Gestão/RJ	2020
Plano Estadual de EPS	2009/2010
Plano Estadual de EPS	2010/2011
Plano Estadual de EPS	2011/2012
Plano Estadual de EPS	2016/2017
Plano Estadual de EPS	2018
Plano Estadual de EPS	2019/2022
Plano de Ação Estadual de EPS	2020

Fonte: elaborado pelo autor 2022

Tabela 3 – Contratos de gestão e prestação de contas

Documento	Ano	Quantidade
Contrato de gestão SES/RJ com OSS	De 2012 a 2020	02
Contrato de gestão SES/RJ com a FSERJ	2018	01
Termo de referência de OSS	De 2012 a 2020	04
Termo de referência FSERJ	2018	02
Prestação de contas OSS	De 2012 a 2020	133
Prestação de contas FSERJ	2018 a 2020	15

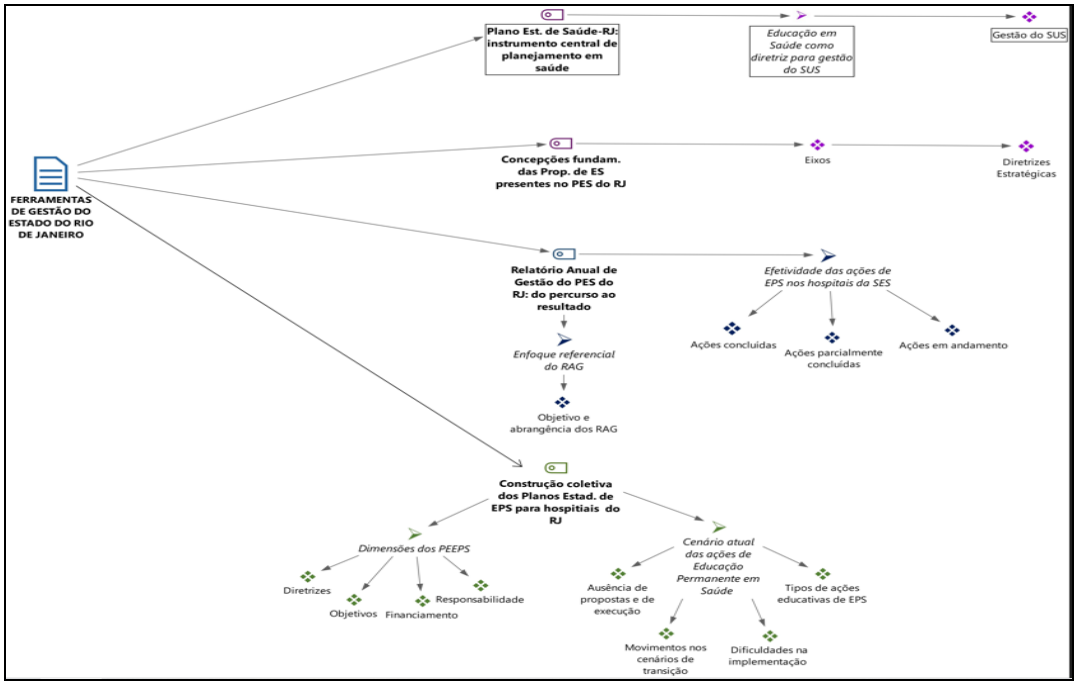
Fonte: autor 2020

Esses documentos passaram por um processo de análise qualitativa no software MaxQDA. A leitura prévia desses documentos, associada ao processo de análise no software, induziu à elaboração de seis categorias, sendo quatro delas relacionadas aos documentos do PlanejaSUS/RJ e duas categorias relacionadas com os contratos de gestão.

As categorias dos documentos do PlanejaSUS, Plano Estadual de Saúde/RJ, instrumento central de Planejamento em Saúde; Concepções fundamentais das propostas de Educação na Saúde presentes no Plano Estadual de Saúde/RJ, Relatório anual de gestão do Plano Estadual de Saúde/RJ − do percurso ao resultado− e Construção coletiva dos Planos Estaduais de EPS/RJ para os hospitais do RJ (ver figura 3)

As categorias relacionadas aos contratos de gestão são os Termos de Referência dos hospitais do ERJ, no contexto das ações de EPS e Prestação de contas das ações de gestão em Educação na Saúde. Figura 4

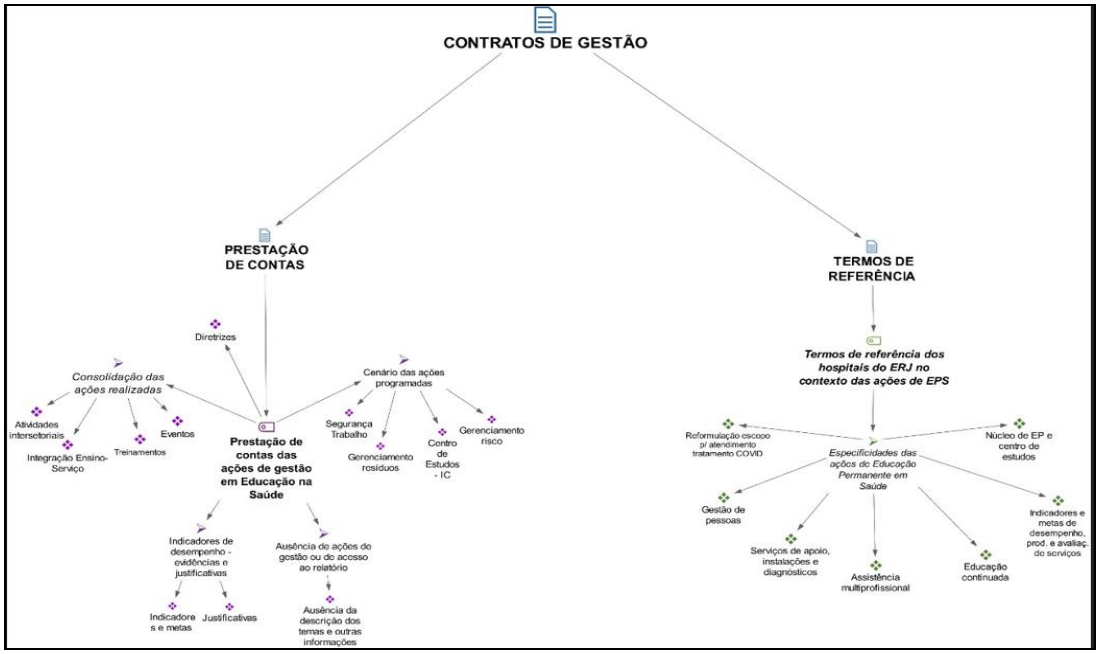
Figura 3 – Categorias das ferramentas de gestão RJ



Fonte: elaborado pelo autor 2022

LEGENDA
CATEGORIA
SUBCATEGORIA
NÚCLEO DE SENTIDO

Figura 4 – Categorias do contrato de gestão



Fonte: elaborado pelo autor 2022

LEGENDA
CATEGORIA
SUBCATEGORIA
NÚCLEO DE SENTIDO

4.3.1 Documentos do PlanejaSUS/RJ

O Plano de Saúde do ERJ 2008/2011 foi descrito como um instrumento norteador para o fortalecimento do SUS do ERJ e sua elaboração teve como referência a revisão das condições de saúde da população e dos determinantes e condicionantes de gestão. Ele destacou os problemas da Saúde, segundo uma análise situacional (diagnóstico), apresentou proposições de diretrizes e metas com expectativa da melhoria dos perfis de Saúde existentes (RIO DE JANEIRO, 2008).

Construído em conformidade com o PLANEJASUS, o PES/RJ 2008/2011 permitiu a elaboração das respectivas Programações Anuais de Saúde e o acompanhamento da execução do programado. Segundo o secretário de Saúde do ERJ, a elaboração desse plano foi a comprovação da gestão participativa e de um modo mais cogestor de planejar, pois foram consideradas as aprovações das Conferências Municipais e Estadual de Saúde, acrescidas de inúmeros debates junto ao Conselho de Secretários Municipais de Saúde do ERJ, do Conselho Estadual de Saúde e Técnicos da SESDEC (RIO DE JANEIRO, 2008).

Nesse sentido, foram construídas as demais ferramentas de gestão do ERJ. A análise desses documentos, em relação aos objetivos da tese, evidenciou um

avanço da integração da SES/RJ com os hospitais estaduais da rede própria para tratar, especificamente, de ações de EPS. Esse avanço deu-se a partir de 2018, quando a Superintendência de Educação em Saúde (SED) instituiu um Grupo de Trabalho (GT) com o objetivo de fazer a integração dos Núcleos de EPS (NEPs) e Centros de Estudos e Aperfeiçoamento (CEAs) existentes nas unidades próprias, o que incluía: hospitais institutos e UPAS, independentemente do modelo de gestão dessas unidades (RIO DE JANEIRO, 2020b).

A articulação de SES/RJ com os hospitais da rede própria, dava-se através da extinta gerência de CEAs da rede própria, que era um departamento da antiga coordenação geral de Educação em Saúde e gestão (CGESG), a gerência de CEAs articulava com CEAs dos hospitais com SES/RJ, para tratar de assuntos relacionados com a PEEPS. As propostas de ações direcionadas para os hospitais da SES/RJ até 2012, estavam presentes nos PES/RJ e não nos PEEPS.

Nas categorias 1 e 2 (respectivamente Plano Estadual de Saúde/RJ, instrumento central de planejamento em saúde e Concepções fundamentais das propostas de Educação na Saúde presentes no Plano Estadual de Saúde/RJ), ficou evidente a existência de propostas de ações de EPS direcionadas à capacitação de profissionais, proposta de reestruturação dos CEAs dos hospitais e às ações de integração ensino-serviço.

No PES/RJ 2008/2011, foram identificadas três propostas de EPS direcionadas aos hospitais da SES/RJ − promover Educação Permanente em serviço para 80% dos profissionais de saúde lotados em serviços de emergência dos hospitais estaduais e 40% daqueles lotados nas demais emergências, reestruturar os Programas de Estágio e Residência nas unidades da rede própria da SESDEC e reestruturar e qualificar 100% dos Centros de Estudos e Aperfeiçoamento das Unidades da Rede Própria da SESDEC.

A efetividade total ou parcial dessas das propostas foram descritas nos respectivos RAGs, visto que o Relatório de Gestão “é o instrumento de gestão com elaboração anual que permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde” (BRASIL, 2013, p. 4) e, nesse, devem estar contidas as diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde, as metas da PAS previstas e executadas, a análise da execução orçamentária e as recomendações necessárias, incluindo eventuais redirecionamentos do Plano de Saúde (BRASIL, 2013).

Quanto à proposta de promover Educação Permanente em serviço para 80% dos profissionais de saúde lotados em serviços de emergência dos hospitais estaduais e 40% daqueles lotados nas demais emergências, essa não foi efetivada nos anos de 2008, 2009 e 2010, sendo efetivada em 2011.

Quanto à proposta de reestruturar os Programas de Estágio e Residência nas unidades da rede própria da SESDEC, foi realizada regularmente.

Quanto à proposta de reestruturar e qualificar 100% dos Centros de Estudos e Aperfeiçoamento das Unidades da Rede Própria da SESDEC, a qual tinha como estratégia principal a alteração do regimento interno dos CEAS, a resolução 1129/SES, de maio de 1997, as mudanças eram necessárias em vista da PNEPS. O RAG 2010 descreveu a já construída sugestão para uma nova resolução em substituição da existente (resolução 1129/SES, de 16 de maio de 1997), na época, encontrava-se na área jurídica aguardando aprovação.

O RAG 2011 informou que houve atualização de vigência de dez mandatos de CEAs, havendo reestruturação de CEAs com novos equipamentos de informática e que o processo para realização de simpósio para qualificação dos CEAs estava em fase de avaliação pelo setor de eventos da SES.

Nessas propostas que se deram em articulação da SES/RJ com os CEAs, não houve participação da CIES/RJ e das CIES regionais. Essas instâncias colegiadas estavam instituídas há pouco tempo e as propostas elaboradas por elas estavam nos PEEPS/RJ.

Os PEEPS/RJ 2009/2010, 2010/2011 e 2011/2012 apresentam propostas de ações de EPS direcionadas, em sua maioria, para atenção primária, não sendo identificada proposta de ação específica para os hospitais da SES/RJ. Essas propostas foram identificadas a partir de 2016, com a retomada de articulação do nível central com os hospitais da SES/RJ para assuntos referentes a PEEPS/RJ.

O PEEPS 2016/2017, publicado em maio de 2017, descreve que, ao longo de todo o ano, “foi realizada assessoria técnica e administrativa às ações educativas desenvolvidas nas unidades estaduais de saúde, além de orientação e acompanhamento dos processos relativos aos mandatos das diretorias dos CEA” (RIO DE JANEIRO, 2017, p. 18). Na época, a Superintendência de Educação em Saúde retomou o processo de atualização do estatuto dos CEA e da normatização dos trâmites das pesquisas no âmbito da SES. Foi um período no qual se deu continuidade às mudanças de gestão nas unidades hospitalares da SES/RJ, algo

que vinha acontecendo desde 2011 com a entrada de Organizações Sociais e da Fundação Estadual na gerência de alguns hospitais da SES/RJ. Nesse sentido, a Superintendência de Educação em Saúde iniciou uma discussão interna sobre os rumos dos CEAs frente ao modelo de administração indireta na gestão da rede própria do estado.

O PEEPS 2016/2017 descreve uma proposta de ação de integração ensino-serviço com abertura de estágio curricular para nível médio e superior, residência médica e multiprofissional. Como proposta de ação de Educação na Saúde para os profissionais de Saúde dos hospitais, o PEEPS apresenta o Programa de Capacitação para Aperfeiçoamento (PCA), porém é um programa direcionado apenas aos profissionais de saúde com vínculo de estatutário.

O PCA foi criado pelo decreto nº 42.533, de 24 de junho de 2010, apresentando restrições. O programa oferecia uma gratificação financeira ao estatutário que fizesse a capacitação, aquele que não fizesse ficaria sem a gratificação. Uma das restrições era a ausência do estatutário por licença superior a 15 dias, perdendo a gratificação por seis meses. A capacitação, feita a distância, sendo dado um conteúdo teórico prévio para o profissional estudar sozinho e depois fazer as questões de múltipla escolha. As capacitações são divididas por nível de escolaridade – superior, médio, fundamental completo e nível elementar. Com valores diferentes de remuneração.

O PCA passa a ser uma estratégia da Superintendência de Educação em Saúde na capacitação dos profissionais de saúde do quadro permanente. O PEEPS 2016/2017 descreveu que

> no ano de 2016, foi finalizado, no mês de fevereiro, o 11º Ciclo do PCA, cujo tema foi “Infecção Hospitalar”, com a participação de aproximadamente 11.000 (onze mil) servidores. O 12º Ciclo do Programa foi realizado entre os meses de fevereiro e agosto do ano de 2016, abordando a temática da “Dengue, Febre Chikungunya, Zika e Microcefalia”. Nesses dois ciclos, durante o ano de 2016, foram realizadas 6 (seis) turmas, a saber, 1 (uma) de nível superior, 1 (uma) de nível médio e 1 (uma) de nível fundamental, em cada um dos ciclos mencionados. Ainda no mês de agosto do ano de 2016, foi iniciado o 13º Ciclo, abordando a temática da “Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência”, as turmas relativas a esse ciclo serão consideradas ações desenvolvidas no ano de 2017, visto que o ciclo só finaliza em fevereiro/17. (RIO DE JANEIRO, 2017, p. 13).

O PCA esteve presente nos PEEPS/RJ seguintes, no PEEPS/RJ 2018 e no Plano de Ação Estadual de EPS 2020. Nesse último, foram identificadas 34 propostas de ações de Educação na Saúde direcionadas para os hospitais da

SES/RJ, ações que incluíam uma diversidade de profissionais de saúde e de setores. As ações assistenciais incluem os protocolos de segurança do paciente, classificação de risco e propostas de ações para integração ensino-serviço.

As propostas de integração ensino-serviço para os hospitais da SES/RJ estiveram presentes nos PES/RJ e nos PEEPS/RJ, porém, não foi identificada a participação das CIES regionais nessas propostas. As CIES regionais têm como atribuição, entre outras:

> articular instituições para propor, de forma coordenada, estratégias de intervenção no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores, à luz dos conceitos e princípios da Educação Permanente em Saúde, da legislação vigente e do Plano Regional para a Educação Permanente em Saúde, além do estabelecido nos anexos dessa portaria; incentivar a adesão cooperativa e solidária de instituições de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde aos princípios, à condução e ao desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde, ampliando a capacidade pedagógica em toda a rede de Saúde e Educação (BRASIL, 2009, p. 10)

As CIES regionais e a respectiva CIR regional atuam na elaboração do Plano de Ação regional de EPS com propostas que irão compor o PEEPS estadual. A elaboração das propostas regionais surge das necessidades locais e são discutidas com os representantes da respectiva CIES regional. As instituições de ensino podem estar representadas nas CIES regionais, assim como os trabalhadores do SUS de qualquer nível de atenção, incluindo profissionais de saúde do âmbito hospitalar, porém a representatividade dos hospitais da SES/RJ ficou em um Grupo de Trabalho (GT) criado em 2018.

Em 2018, a SES/RJ, através da Superintendência de Educação em Saúde (SED), instituiu um Grupo de Trabalho (GT), com objetivo de fazer a integração dos Núcleos de EPS (NEPs) e Centros de Estudos e Aperfeiçoamento (CEAs), existentes nas unidades próprias, o que incluía hospitais, institutos e UPAS. Em 2019, esse grupo foi reformulado e ampliado pela Subsecretaria de Educação e Inovação em Saúde (SUBEDUC) (RIO DE JANEIRO, 2020b).

A SUBEDUC entende que os CEAs das Unidades de Saúde da SES/RJ devem atuar no sentido de promover; planejar; coordenar; estimular e apoiar a realização das atividades de ensino, formação, pesquisa, assistência, produção científica e cultural em suas respectivas unidades, a partir do desenvolvimento dos profissionais, com perspectiva de contribuir para a melhoria das ações de saúde prestadas à população. Já os NEPS são entendidos pela SUBEDUC como

instâncias que foram criadas a partir do contrato de gestão com as OSS, com o objetivo de cumprir as ações de Educação em Saúde desenvolvidas pelas Unidades de Saúde (RIO DE JANEIRO, 2020b).

O GT é coordenado pelas áreas técnicas da SUBEDUC e realiza o processo de integração dessas duas áreas que atuam no campo da Educação dentro das unidades da SES/RJ. As reuniões do GT com os representantes dos NEPS e CEAs eram realizadas mensalmente e de forma presencial até o final de 2019. Essa estratégia foi suspensa a partir de março de 2020, logo após a OMS declarar, em janeiro do mesmo ano, o surto da doença causada pelo COVID-19, afirmando ser um caso emergencial de Saúde Pública e de importância internacional (RIO DE JANEIRO, 2020). Na impossibilidade de realizar as reuniões presenciais, o GT criou um grupo no WhatsApp com o objetivo de

> acompanhar, monitorar e oferecer suporte às ações de qualificação e capacitação dos profissionais de saúde que atuam nas unidades da SES-RJ, a partir das necessidades e especificidades locais, visando ao enfrentamento da pandemia de COVID-19. Nesse espaço, foram disponibilizados documentos técnicos oficiais e materiais didáticos produzidos pelas áreas técnicas da SES-RJ e especialistas parceiros, voltados para informar e qualificar os profissionais das Unidades Estaduais de Saúde. (RIO DE JANEIRO, 2020b, p. 2).

O contexto COVID-19 fez com que o GT fosse transformado em um “instrumento potente para o esclarecimento rápido de dúvidas sobre procedimentos, equipamentos de proteção individual (EPI), protocolos e condutas em geral” (RIO DE JANEIRO, 2020b, p. 2), decorrente de um canal direto entre o nível central e as unidades de saúde do estado, estabelecido pela equipe da Superintendência de Educação Permanente da SES/RJ. Atualmente, o GT realiza reuniões mensais com objetivo de fomentar

> a construção e difusão do conhecimento, a reflexão sobre questões acerca da formação e prática profissional, o monitoramento das ações de educação e acompanhamento do Plano de Educação Permanente, contendo as atividades educacionais que serão desenvolvidas ao longo do ano (RIO DE JANEIRO, 2020b, p. 2).

4.3.2 Documentos de Contratualização para gestão dos hospitais da SES/RJ com as Organizações Sociais

O primeiro Termo de Referência (TR), em 20 de julho de 2012, era referente ao contrato para o HEGV. A Organização Social de Saúde que assumiu o contrato

foi a PRÓ-SAÚDE, em 20 de dezembro de 2012, para operacionalizar a gestão e executar ações e serviços de saúde nas unidades de terapia intensiva do HEGV.

Esse TR descreve a estrutura da unidade hospitalar a ser contratada, as obrigações da contratada, as obrigações da contratante, o volume da produção contratada, os indicadores para avaliação dos serviços, a responsabilidade da Organização Social pelos atos de seus empregados e de terceiros por ela contratados, o sistema de transferência de recursos orçamentários, as despesas de custeio e investimento, os equipamentos médicos cedidos e a grade de medicamentos e insumos básicos.

A Educação Permanente é citada no item 3 do TR, que descreve as obrigações da contratada, mas especificamente no subitem 3.2, relativo à gestão de pessoas. O décimo item desse subitem descreve:

> manter os profissionais de saúde permanentemente capacitados e atualizados, oferecendo cursos de Educação Permanente. A informação sobre a capacitação da equipe deve ser passada a SES/RJ, quando solicitada. A SES/RJ poderá, a qualquer momento, solicitar a capacitação específica em alguma área. (RIO DE JANEIRO, 2012, p. 21)

Analisando o trecho citado anteriormente, é possível inferir que a Educação Permanente no TR está associada a cursos e capacitações pontuais, ações de educação específicas para prática de cada trabalhador, de forma a manter esses trabalhadores atualizados nos conhecimentos necessários para exercerem o trabalho o mais eficiente possível. Outro fator é que a contratada não tem a obrigação de informar sobre as ações de Educação na Saúde realizadas no hospital, exceto quando solicitada pela SES/RJ. A não obrigação pode justificar a ausência dessa informação em muitas prestações de contas.

No item 3.7, que tange sobre a prestação de contas, não há subitem específico para a contratada descrever as ações de capacitação e treinamentos realizados anualmente, assim como não há um indicador de desempenho para Educação Permanente em Saúde. Os indicadores de desempenho apresentados no TR são específicos para Unidade de Terapia Intensiva (UTI) nos seguintes aspectos: diminuição da taxa de mortalidade, diminuição do tempo de permanência na UTI, diminuição da taxa de reinternação em 24 horas, diminuição de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica, diminuição da densidade de incidência de infecção primária da corrente sanguínea relacionada ao acesso vascular central e diminuição de incidência de infecções do trato urinário relacionadas a cateter vesical (RIO DE JANEIRO, 2012, p. 32-33)

E por último, o hospital fica obrigado a realizar capacitações para determinadas áreas, a partir de uma demanda da SES/RJ, uma demanda vertical, sem levar em conta a real necessidade da unidade hospitalar, o que contraria a PNEPS, no sentido de construção das ações de EPS através da estratégia da problematização, na qual a construção de ações educativas atende às necessidades dos trabalhadores, da população e da gestão.

A associação da EPS ao tecnicismo fica mais acentuada na continuidade do TR, ao observar o que está descrito no décimo oitavo item do subitem 3.2, ainda sobre a gestão de pessoas: “treinamento e capacitação continuada da equipe na boa prática, na utilização dos equipamentos, visando aos processos e procedimentos e minimizando prejuízos ao paciente” (RIO DE JANEIRO, 2012, p. 22).

Sobre a integração ensino-serviço nesses hospitais, a mesma deverá ser feita mediante autorização da SES/RJ, conforme consta no TR descrito no décimo quinto item do subitem 3.2 “somente a SES/RJ poderá autorizar estágio de graduação ou pós-graduação nas unidades” (RIO DE JANEIRO, 2012, p. 22). O TR não descreve nenhuma obrigação da contratada em descrever, em sua prestação de contas, os processos de integração ensino-serviço no hospital.

Quanto ao recurso financeiro para as ações de EPS nos hospitais, não foi identificado, nas prestações de contas de 2012 a 2020, uso do recurso financeiro da PNEPS pela OS contratada. Os recursos financeiros utilizados em Ações de Educação na Saúde nos hospitais contratados foram parte do recurso financeiro do contrato de gestão, visto que a educação continuada aparece na planilha de despesas de custeio e investimento, como um item em que pode ser investido parte do recurso financeiro transferido mensalmente para a contratada. Caso a contratada use parte do recurso financeiro com esse item, o mesmo deve ser discriminado nessa planilha.

Em 2013, a SES/RJ elaborou um Termo de Referência (TR) diferente do TR de 2012, descrevendo com mais detalhes a unidade hospitalar, informando quais são os serviços de apoio, diagnóstico e terapêuticos. No item 3.4, o Centro de Estudos foi descrito como um desses serviços de apoio.

O TR de 2013, relativo ao contrato da SES/RJ com a PRÓ-SAÚDE para gestão do HEGV, apresentou novas obrigações da contratada e uma dessas pode suscitar a demanda por ações de Educação Permanente. Foi o décimo quarto item

do subitem 4.1, que descreve as obrigações relacionadas à assistência multiprofissional.

> Implantar Diretrizes Clínicas, Normas, Rotinas Básicas e Procedimentos, em até 3(três) meses após o início das atividades, de acordo com os seguintes preceitos: a. centrar as diretrizes assistenciais na qualidade do atendimento prestado aos usuários, voltadas para atenção acolhedora, resolutiva e humana b. implementar ações de cuidados à saúde baseadas em evidências científicas e nas diretrizes de boas práticas de atenção segundo os princípios sugeridos pelo CFM, Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde (OMS) c. as rotinas técnicas e assistenciais da unidade hospitalar deverão ser apresentadas à SES/RJ d. revisar e ajustar, após a implantação, as diretrizes clínicas, normas, rotinas básicas e procedimentos, sempre que houver alterações que envolvam novas tecnologias, incremento ou desativação de serviços ou alterações na estrutura organizacional e. formalizar quaisquer mudanças nos procedimentos e rotinas de funcionamento da unidade hospitalar em documento apresentado à SES/RJ. (RIO DE JANEIRO, 2013, p. 28-29)

Vinculados a essa obrigação da contratada, surgem novos indicadores de desempenho no TR de 2014, relativos ao contrato da SES/RJ com a OSS ISG para gestão do HEAL, entre eles a “implantação de diretrizes e protocolos clínicos” (RIO DE JANEIRO, 2014, p. 46). Esse modelo de TR permaneceu nos anos de 2015 e 2016.

Em 2018 e 2019, surgem novos indicadores de desempenho, alguns relacionados com a qualificação para categorias profissionais específicas, outros para profissionais que desempenham cargos específicos na unidade hospitalar e ainda outros indicadores, relacionados à segurança do paciente, lembrando que o Programa Nacional de Segurança do Paciente foi criado em abril de 2013 pelo Ministério da Saúde. Os novos indicadores sobre a qualificação determinam a qualificação dos profissionais, tendo como referência os protocolos de reanimação avançada para os médicos e, para equipe de enfermagem, os protocolos de reanimação básica. Tendo como memória de cálculo a apresentação desses registros, sendo esses a meta. Outro indicador é a qualificação do chefe da emergência e rotinas, tendo como referência a qualificação do chefe da emergência e dos profissionais de rotina no protocolo de ATLS – Urgência e Emergência. A memória de cálculo e a meta são as mesmas da qualificação anterior.

Os indicadores de desempenho relacionados à segurança do paciente determinam a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente, tendo como referência a ata de registro de reuniões mensais, sendo o registro dessas reuniões a meta desse indicador de desempenho (RIO DE JANEIRO, 2017b, p. 66-67).

Outro indicador relacionado com a segurança do paciente é a implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente – meta 1, meta 2, meta 3, meta 4, meta 5 e meta 6, tendo como referências a identificação do paciente, o rastreamento do paciente e a comunicação efetiva. A memória de cálculo é a apresentação dos protocolos implantados, registro das capacitações realizadas e estatística mensal de acompanhamento, a meta é o cumprimento das metas descritas no indicador, sendo que o cumprimento de duas metas, equivale a um ponto, se forem cumpridas quatro metas, serão dois pontos e no cumprimento das seis metas obtém-se três pontos. Cada indicador tem sua pontuação mínima e máxima, a pontuação final é avaliada e pode influenciar em alguns aspectos contratuais, a exemplo da repactuação do contrato e do repasse financeiro. (RIO DE JANEIRO, 2017b, p. 66).

Essas obrigações da contratada são reforçadas no texto de cada contrato de gestão que a SES/RJ faz individualmente com a respectiva Organização Social de Saúde ou com a Fundação Estadual de Saúde do ERJ, que irá gerenciar a unidade hospitalar.

A alteração mais recente no TR, em relação a EPS, está descrita no TR de 2020 para gerência do Hospital Estadual Zilda Arns, na qual é feita uma descrição específica no item 4.5 sobre o Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEP) e o Centro de Estudos:

> [...] Cabe ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde organizar-se como espaço de saber interinstitucional de formação, capacitação, habilitação e Educação Permanente dos recursos humanos da Instituição. 4.5.1 Objetivos Operacionais: A) Promover programas de formação e Educação Permanente na forma de treinamento em serviço, a fim de atender ao conjunto de necessidades diagnosticado em serviço/setor, fundamentando o modelo pedagógico na problematização de situações B) Estimular a criação de equipes multiplicadoras em cada serviço/setor C) Congregar os profissionais com experiência prática, potencializando sua capacidade educacional D) Desenvolver e aprimorar, de forma participativa, as políticas públicas voltadas para a área fim da Instituição E) Certificar anualmente e re-certificar a cada dois anos os profissionais atuantes nos diversos setores assistenciais relativos ao suporte básico e avançado de vida F) Propor parâmetros para a progressão funcional dos trabalhadores, vinculados ao cumprimento das exigências mínimas de capacitação, bem como à adesão às atividades de Educação Permanente. (RIO DE JANEIRO, 2020E, p. 26-27).

Todas as obrigações da contratada relacionadas a ações de Educação na Saúde e integração ensino-serviço, estão especificadas no item 4.5, não estando mais no item que descreve a gestão de pessoas. O novo item 4.5 no TR de 2020, ao descrever as atribuições da contratada e da EPS em sua unidade hospitalar, conduz ao conhecimento da PNEPS e de suas bases legais. Um exemplo de atribuição está

no subitem 4.5.13 “Observar a Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências” (RIO DE JANEIRO, 2020e, p. 28).

Cabe ressaltar que a portaria GM/MS nº 1.996, de 2007, foi revogada pela Portaria de Consolidação nº 2, de setembro de 2017, e essa é que passa a valer a partir de 2017. O fato nos deixa a pensar no desconhecimento sobre a PNEPS, por parte de quem elabora o TR.

Termos de Referência elaborados no final de 2019 e início de 2020 inseriram o termo Educação Permanente como um novo indicador de desempenho qualitativo. Esse indicador teve como referência o 3º Caderno de Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH) de 2009. Especificamente, nos protocolos de reanimação básicos, a memória de cálculo desse novo indicador é o total de horas de treinamento/número de pessoal ativo no período de referência, tendo como fonte o prontuário eletrônico cuja meta é de 1,5 homens treinados/mês. (RIO DE JANEIRO, 2020e, p. 42).

Esse TR de 2020 não está no contrato de gestão de todos os hospitais da SES/RJ pactuados com OSS e FSERJ até o ano de 2020, mas com probabilidade de ter o mesmo modelo na próxima repactuação contratual de cada hospital gerenciado por OSS e FSERJ.

A prestação de contas anual das unidades hospitalares gerenciadas por essas OSS e FSERJ deve descrever, minimamente, o resultado de cada um dos indicadores quantitativos e qualitativos que foram apresentados nos Termos de Referência para cada Contrato de Gestão.

4.3.3 A descrição das ações de Educação na Saúde nas prestações de contas da Organizações Sociais

As primeiras prestações de contas surgem em 2013, nem todas as contratadas apresentaram descrição de ações educativas, a maioria apresentou os resultados de produção, referentes aos indicadores de desempenho quantitativos e qualitativos, pactuados nos Termos de Referência do respectivo contrato de gestão da unidade hospitalar.

Em 2013, a SES/RJ já havia firmado contrato de gestão com 14 hospitais, apenas com Organizações Sociais, desses quatorze, cinco descreveram ações de

Educação na Saúde em suas prestações de contas anuais, sendo que quatro desses hospitais estavam sob gestão da mesma Organização Social, a PRÓ-SAÚDE e o outro Hospital, pela ISG.

A PRÓ-SAÚDE descreveu em sua prestação de contas de 2013, sobre os hospitais, Instituto Estadual do Cérebro Paulo Niemeyer (IECPN) e Hospital Estadual Anchieta (HEAN), o índice de hora/homem treinados mensalmente a partir de junho e finalizando em novembro. Em junho, totalizou 1,6 treinamento hora/homem, em julho 85,7 Treinamento hora/homem, agosto 20,9 hora/homem, setembro 9,2 hora/homem, outubro 25,21 hora/homem e, em novembro, 14,26 hora/homem. Não descreveu os assuntos que foram abordados, as categorias profissionais que foram capacitadas e o processo de trabalho para a realização dessas ações educativas, apenas informou o índice hora/homem treinado.

No Hospital Estadual Getúlio Vargas (HEGV) a PRÓ-SAÚDE descreveu as ações de Educação na Saúde que ocorreram em 2013, deixando evidente a existência de um Núcleo de Educação Permanente (NEP). Apresentou as ações realizadas pela enfermagem, a saber,

> atividades desenvolvidas pela Enfermagem no mês de dezembro de 2013: realizado treinamento e capacitação da equipe de enfermagem abordando os seguintes temas: - Segurança do paciente – Cirurgia Segura - Montagem da caixa de fixador externo da ortopedia - Montagem da caixa de pequenos fragmentos da ortopedia - Reciclagem das técnicas de lavagens das mãos (PRÓ SAÚDE, 2013, p. 26)

Outra categoria profissional evidenciada foi a fisioterapia, que realizou treinamento sobre os Procedimentos Operacionais: desmame, desmame difícil, ventilometria e manovacuometria. Por último apresenta uma tabela com a produção do NEP – tabela 4.

Tabela 4 – Produção do NEP/HEGV em 2013

Produção	**jun**	**jul**	**Ago**	**set**	**out**	**nov**	**dez**
Quantidade de cursos realizados	11	11	20	18	12	14	16
Nº de participantes	1.130	793	897	714	573	955	419
Total de horas de treinamento	130	130	34	241	576	627	475

Fonte: adaptado pelo autor, (Pró-Saúde,2013).

A ISG descreveu, em sua prestação de contas anual do Hospital Estadual Roberto Chabo, as ações realizadas no último trimestre de 2013, informando as datas e os temas dos treinamentos

> Foi realizado entre os dias 25 e 29 de novembro de 2013, o primeiro ciclo de treinamentos “in loco” no HERC com o tema “Segurança do Paciente” em todas as unidades assistenciais no turno da tarde e da noite. Esse treinamento teve a participação, somados todos os dias, de 203 pessoas treinadas no tema. Foi realizado, entre os dias 26 e 28 de dezembro de 2013, o segundo ciclo de treinamentos “in loco” no HERC com o tema “Plano de Gerenciamento de Resíduos” em todas as unidades assistenciais no turno da tarde e da noite. Esse treinamento teve a participação, somados todos os dias, de 166 pessoas treinadas no tema. (ISG, 2013, p. 16 -17).

No mesmo relatório de execução anual de 2013, a ISG descreveu ações de Educação em Saúde realizadas pela equipe de fisioterapeutas do hospital com familiares e usuários

> Apesar do reduzido quadro de fisioterapeutas nas enfermarias, esses aperfeiçoaram a abordagem visando ao treinamento e orientação familiar, no que se refere ao repasse dos cuidados a serem mantidos no ambiente domiciliar (do paciente). Assim como também, a atenção focada no trabalho coletivo (exercícios em grupo de pacientes), incentivo para atuação em equipe (interdisciplinaridade) e ainda, principalmente, na busca da qualidade do serviço fisioterápico. Nos complexos fechados adultos (CTI e UI), o fisioterapeuta participa da visita familiar. Nesse momento, o profissional esclarece dúvidas sobre o programa fisioterapêutico junto aos familiares dos pacientes, relata evolução funcional, aponta demanda sobre treinamento familiar, indica a necessidade de equipamentos (cadeira de rodas, órteses), e também encaminha para outras atividades (programa de reabilitação). Outra rotina instituída nesses setores foi a realização regular de cinesioterapia nos pacientes. (ISG, 2013, p. 39).

A ISG descreve treinamentos que ocorreram em outros setores do hospital, como a farmácia e a engenharia clínica: “Treinamento da equipe da Farmácia no SITS (Sistema de gestão que está sendo implantado na Unidade)” (ISG, 2013, p. 50) e “o treinamento e implantação do software de gestão, concluindo a parametrização do sistema dando fim à primeira etapa do cronograma de implantação do sistema.” (ISG, 2013, p. 55).

Essa forma de descrever as ações de Educação na Saúde não partiu de uma exigência contratual e, talvez por isso, a maioria das Organizações Sociais de Saúde não apresentou dados sobre ações de Educação na Saúde em suas prestações de contas anuais em 2013 e nos anos seguintes até 2017.

Algumas OSS não mantiveram uma regularidade em descrever as ações educativas em suas prestações de contas anuais nos anos seguintes, a exemplo da PRÓ-SAÚDE, que não informou, se houve ou não, ações de Educação na Saúde no

HEGV em 2014 e 2015, porém nos outros hospitais (Hospital Estadual Carlos Chagas-HECC, IECPN, e HEAN), a PRÓ-SAÚDE manteve o padrão nas informações sobre as ações de Educação na Saúde, que ocorreram nesses hospitais nos anos de 2014 a 2018, apresentando como produção do NEP desses hospitais, o quantitativo de treinamentos e o índice hora/homem treinados.

Em 2014, apenas quatro hospitais descreveram ações de Educação na Saúde em seus relatórios de execução anual, três hospitais sob a gestão da PRÓ-SAUDE e um sob a gestão da ISG, um novo contrato dessa OSS assinado em fevereiro de 2014. A primeira prestação de contas dessa OSS, referente à produtividade no HEAL, novo hospital contratado, apresenta as ações de Educação na Saúde realizadas mensalmente, de abril a dezembro.

A ISG descreveu a programação das ações e quais dessas ações de Educação foram realizadas mensalmente no HEAL, deixando evidente que vários setores e várias categorias profissionais estavam envolvidas nas ações de Educação na Saúde. As ações estavam direcionadas à prática em serviço. A enfermagem foi a categoria profissional mais citada na prestação de contas e o RH é o setor que se faz mais presente no planejamento, organização e execução dessas ações em parceria com o centro de estudos.

Na descrição das ações de Educação na Saúde realizadas no HEAL, em 2014, não há relato de investimento financeiro ou custo dessas ações, porém foram identificados na planilha de “contratos prestação de serviços médicos – HEAL – 2014” (ISG, 2014, p. 199), dois contratos com duas empresas, cujo objeto era Treinamento e capacitação das Unidades de Terapia Intensiva. A primeira com início contratual em 01/05/2014, com vigência até 30/06/2014 e a segunda com início contratual em 01/07/2014, com vigência de 12 meses. O valor mensal para cada uma dessas empresas foi de R$ 11.700,00 (onze mil e setecentos reais) (ISG, 2014, p. 199).

Sobre essas contratações, não há relato na prestação de contas de 2014 sobre ações de Educação na Saúde (treinamentos ou capacitações) realizadas nas unidades de terapia intensiva, assim como não há relato de ações realizadas por essas duas empresas contratadas durante a vigência desses contratos.

Na prestação de contas anual de 2014 e de 2015 do HEAL, a educação continuada é descrita como item de custeio na planilha de despesas de custeio e investimentos, sendo discriminado o gasto mensal com esse item durante todo o ano (ISG, 2014, 2015).

Em 2015, oito dos 16 hospitais contratados descreveram ações de Educação na Saúde em suas prestações de contas referentes ao ano de 2015. Foram treinamentos e capacitações direcionados aos profissionais que atuam na assistência direta. Em todas as prestações, ficou evidente a existência de um setor responsável pela elaboração e execução dessas ações educativas, descritos como CEA ou NEP.

4.3.4 A contratualização de gestão dos Hospitais da SES/RJ com a FSERJ

O poder executivo do ERJ, através da lei estadual nº 5.164, de 17 de dezembro de 2007, foi autorizado a instituir três fundações públicas, com as denominações de "Fundação Estatal dos Hospitais Gerais", "Fundação Estatal dos Hospitais de Urgência e Emergência" e "Fundação Estatal dos Institutos de Saúde", todas fundações públicas, com personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, de duração indeterminada e com sede e foro na Capital e competência para atuação em todo o território do Estado do Rio de Janeiro. A lei foi criada nos termos do art. 37, inciso XIX, da Constituição Federal de 1988.

A lei descrevia quais unidades de saúde da antiga SESDEC ficariam sob a gerência dessas fundações públicas. A Fundação Estatal dos Hospitais Gerais ficou com as seguintes unidades hospitalares:

a) Hospital Regional de Barra de São João
b) Hospital Estadual Pref. João Baptista Cáffaro
c) Hospital Regional de Araruama;
d) Hospital Estadual Vereador Melchiades Calazans

A Fundação Estatal dos Hospitais de Urgência ficou com as seguintes unidades de saúde:

a) Hospital Estadual Getúlio Vargas;
b) Hospital Estadual Carlos Chagas;
c) Hospital Estadual Rocha Faria;
d) Hospital Estadual Pedro II;
e) Hospital Estadual Albert Schweitzer;
f) Hospital Estadual Adão Pereira Nunes;
g) Hospital Estadual Azevedo Lima;
h) Hospital Estadual Alberto Torres;
i) Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro.

E a Fundação Estatal dos Institutos ficou com as seguintes unidades de saúde:

a) Instituto Estadual de Hematologia Arthur Siqueira Cavalcanti;
b) Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro;
c) Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione;
d) Laboratório Central de Saúde Pública Noel Nutels;
e) Central Estadual de Transplantes;
f) Hospital Estadual Tavares de Macedo;
g) Hospital Estadual de Dermatologia Sanitária;
h) Instituto Estadual de Infectologia São Sebastião;
i) Instituto Estadual de Doenças Ary Parreiras;
j) Hospital Estadual Santa Maria;
k) Hospital Estadual Anchieta.

A lei estadual 5.164/2007 descreve as obrigações dessas fundações e da SESDEC. Não foi identificado um contrato de gestão nessa época, porém a lei descreve os tópicos essenciais de um contrato de gestão.

Em 25 de agosto de 2011, houve um contrato de gestão da SES/RJ com a Fundação Estatal dos Hospitais de Urgência e Emergência e a essa, foram incorporadas as outras fundações através da lei estadual nº 6.304, de 28 de agosto de 2012, ficando a Fundação Estatal dos Institutos de Saúde e a Fundação Estatal dos Hospitais Gerais, incorporadas à Fundação Estatal dos Hospitais de Urgência e alterada a denominação desta para Fundação Saúde do Estado do Rio de Janeiro.

Cabe ressaltar que o ano de 2012 marca o início da entrada das OSS em alguns hospitais da SES/RJ, havendo uma transição gradual, substituindo a gestão da fundação por OSS, através de novos contratos de gestão.

Sobre o primeiro contrato da SES/RJ com a Fundação Saúde em 2011, não foram identificadas prestações de contas dos serviços prestados pela Fundação Saúde até 2018. As prestações de contas da Fundação Saúde analisadas são a partir de 2018, após um novo contrato.

O contrato de gestão da SES/RJ com a atual Fundação de Saúde do ERJ (FSERJ), que gerencia algumas unidades de saúde da SES/RJ, foi realizado em 24 de janeiro de 2018. O contrato de gestão é referente às seguintes unidades estaduais de saúde do RJ:

a) IEDE – Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione

b) IECAC – Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro
c) HEMORIO - Instituto Estadual de Hematologia Arthur Siqueira Cavalcanti
d) CET – Central Estadual de Transplante
e) HESM – Hospital Estadual Santa Maria
f) IETAP - Instituto Estadual de Doenças do Tórax Ari Parreiras
g) LACEN – Laboratório Central Noel Nutels
h) CPRJ – Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro
i) HECC - Hospital Estadual Carlos Chagas
j) IEDS - Instituto Estadual de Dermatologia Sanitária
k) HEAN - Hospital Estadual Anchieta
l) HEER - Hospital Estadual Eduardo Rabelo
m) NESM – Núcleo Estadual de Saúde Mental
n) IEISS - Instituto Estadual de Infectologia São Sebastião
o) CER – Central Estadual de regulação

Das unidades de sSaúde citadas anteriormente, cinco não são hospitais: IEDE, CET, LACEN, NESM e CER, portanto, serão consideradas hospitais para esta pesquisa as seguintes unidades gerenciadas pela FSERJ:

a) IEDS – Instituto Estadual de Dermatologia Sanitária
b) IECAC – Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro
c) HEMORIO – Instituto Estadual de Hematologia Arthur Siqueira Cavalcanti
d) HESM – Hospital Estadual Santa Maria
e) IETAP – Instituto Estadual de Doenças do Tórax Ari Parreiras
f) CPRJ – Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro
g) HECC – Hospital Estadual Carlos Chagas
h) HEAN – Hospital Estadual Anchieta
i) HEER – Hospital Estadual Eduardo Rabelo
j) IEISS - Instituto Estadual de Infectologia São Sebastião

Dos dez hospitais listados acima, apenas três apresentaram indicadores para ações de EPS, fato identificado nas prestações de contas dos anos de 2018, 2019 e 2020. Os mesmos indicadores estavam presentes em unidades de saúde gerenciadas pela FSERJ que não são hospitais. Não foi identificado, no contrato de gestão e em seus anexos, alguma informação justificando a ausência de indicadores para ações de EPS nos demais hospitais.

Portanto, a análise dos resultados referente às ações de EPS serão apenas dos três hospitais gerenciados pela FSERJ ─ IESS, IEDS e HEER. Em relação às ações de EPS, a prestação de contas desses hospitais apresentou indicadores de índice de capacitação e de índice de absenteísmo.

Em 2018, poucos foram os meses em que as metas para esses indicadores foram alcançadas, mas o documento da prestação de contas reserva o espaço para justificar o alcance dessas metas, justificativas para metas não atingidas.

Analisando as justificativas da prestação de contas de 2018, foi possível compreender os motivos que levaram ao não alcance das metas, a saber: os hospitais tinham um número de profissionais reduzido, o que dificultava a presença nas capacitações, os dois hospitais não tinham espaço adequado para sua realização, havia apenas um multiplicador em cada hospital para conduzir as capacitações, o precário número de profissionais é justificado pelo alto número de licenças e muitos profissionais não eram liberados para as atividades por conta da sobrecarga do serviço para os profissionais que ficavam no setor, trabalhando.

As justificativas de 2018 deixaram evidente que, nesses hospitais, havia alguns profissionais de saúde com vínculo da FSERJ e outros com vínculo de estatutário. Havendo uma descrição no quantitativo de profissionais capacitados, descrevendo o quantitativo capacitado da FSERJ e o quantitativo de capacitados estatutários.

Nas justificativas da prestação de contas de 2019, há uma melhora para o alcance das metas, mesmo com a precariedade de profissionais de saúde e uma reformulação nas estratégias de capacitação. Em 2020, devido à pandemia da COVID-19, as metas ficaram ainda mais prejudicadas.

4.4 **As ações de EPS direcionadas ao enfrentamento da pandemia de COVID-19**

No dia 31 de dezembro de 2019, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recebeu a notificação de casos de pneumonia na cidade de Wuhan, na China, provavelmente provocados por uma nova cepa de Coronavírus. Uma semana após a notificação, o governo chinês confirmou um novo tipo de vírus, descrito como a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-CoV-2). No dia 30 de janeiro de 2020, a OMS emitiu um alerta de emergência de Saúde Pública internacional por conta da velocidade com que a doença se propagava entre os continentes, até que, no dia 11 de março de 2020, foi reconhecida como pandemia (SOUZA, 2020). A doença

conhecida como COVID-19, de tratamento desconhecido na época, era altamente letal e apresentava um comportamento imprevisível e de rápida disseminação, principalmente por gotículas e por contato. Um dos principais sintomas dessa doença levava a uma disfunção aguda do sistema respiratório (LIMA,2020). As pessoas que apresentavam os sinais e sintomas do COVID-19 buscavam os serviços de emergência, sendo que grande parte dessas pessoas ficava internada nos hospitais, principalmente em Unidades de Terapia Intensiva.

O cenário global da pandemia nos hospitais foi marcado por uma elevada taxa de óbitos no ano de 2020. Nesse período, o desafio dos profissionais de saúde e dos cientistas foi a busca de um tratamento específico e de uma vacina para a doença. Concomitante ao fato, a OMS orientava a população mundial com algumas medidas de precaução como o isolamento social, o uso de máscaras e o uso de álcool em gel. O fato é que a pandemia causou um impacto negativo no campo social, político e econômico (CÂMARA *et al.*, 2020).

Os problemas que a pandemia causou, mundialmente, no ano de 2020, ocasionaram mudanças nos processos de trabalho e nos processos de produção, nos diversos setores da economia (BRID, 2020). No campo da Saúde, especificamente na atenção hospitalar, houve a necessidade de reorganização dos processos de cuidado e o desenvolvimento de estratégias gerenciais, devido à elevada demanda por atendimento nas unidades hospitalares por pessoas com os sinais e sintomas do COVID-19. A situação exigiu dos hospitais alguns desafios, dentre eles a ampliação de leitos de terapia intensiva; aquisição de equipamentos de proteção individual em qualidade e quantidades adequadas; e capacitação dos profissionais (SANTOS *et al.,* 2020).

Nos hospitais universitários federais do Brasil, o número de capacitações para os profissionais de Saúde, relacionadas ao manejo com COVID-19 representou 19,35% das 495 ações desenvolvidas. (SANTOS *et al.,* 2020). Essas capacitações estavam amparadas nas diretrizes internacionais estabelecidas pela OMS. Esse foi um dos achados decorrentes de uma pesquisa nos sites eletrônicos dos hospitais universitários federais brasileiros (HUF), acessados no período de 27 de abril a 1º de maio de 2020, dos 50 HUF, 48 sites eletrônicos foram acessados, tendo uma amostra final de 44 HUF.

Consequente a essa pandemia, surgiram diretrizes internacionais e nacionais que deveriam ser divulgadas e cumpridas no âmbito de cada nível de atenção à saúde. No Brasil, o Ministério da Saúde, em conjunto com as Secretarias de Estado

de Saúde das Unidades federadas, propagou essas diretrizes aos seus respectivos profissionais de saúde. Essas diretrizes e normas acabaram criando protocolos de assistência aos usuários do SUS.

No Brasil, em 22 de janeiro de 2020, foi ativado o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública para o novo coronavírus (COE COVID-19), uma estratégia prevista no Plano Nacional de Resposta às Emergências em Saúde Pública do Ministério da Saúde (MS). No mesmo ano, foi publicado pelo MS um documento intitulado: Protocolo de Manejo Clínico da COVID-19 na Atenção Especializada. Apresentando como objetivo geral e específicos:

> Geral: orientar a Rede de Serviços de Atenção à Saúde do SUS para atuação na identificação, na notificação e no manejo oportuno de casos suspeitos de infecção humana por SARS-CoV-2, de modo a mitigar a transmissão sustentada no território nacional. Específicos: atualizar os serviços de saúde com base nas evidências técnicas e científicas sobre o tema, orientar os profissionais de saúde quanto ao manejo clínico da infecção humana pelo novo coronavírus e apresentar os fluxos de manejo clínico e operacional da COVID-19, com ênfase nos serviços de atenção especializada (urgência e emergência hospitalar e não hospitalar) (BRASIL, 2020, p. 7).

4.4.1 O contexto COVID-19 no Estado do Rio de Janeiro

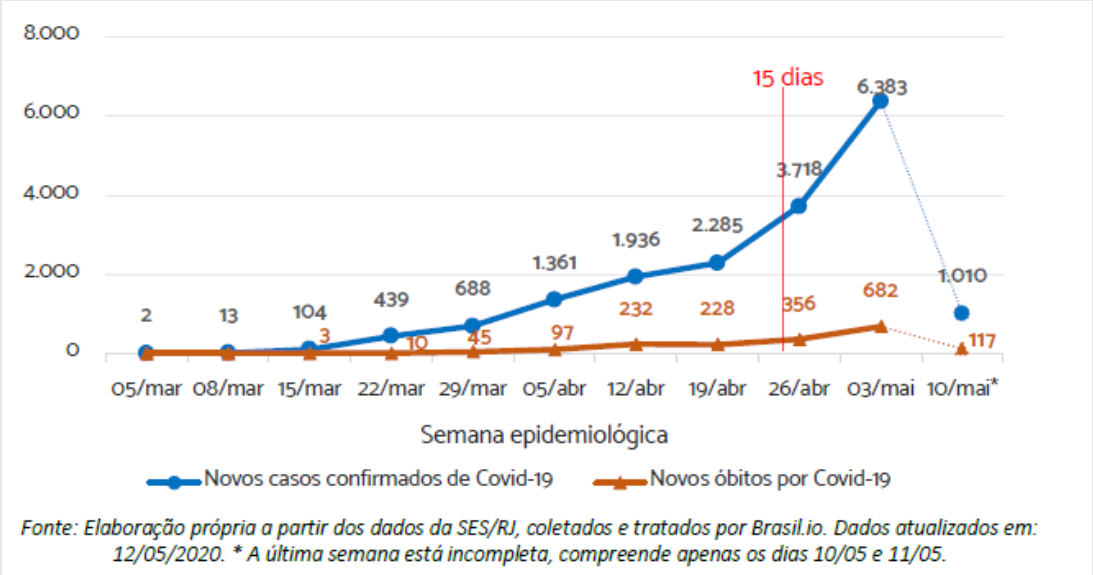
A SES/RJ publicou, em sua página oficial na internet, o primeiro caso de COVID-19 confirmado no dia 05 de março de 2020. Tratava-se de uma mulher de 27 anos, moradora do Município de Barra Mansa/RJ, que havia viajado no dia 9 de fevereiro para a Europa, especificamente para Itália e Alemanha, de onde retornou dia 23 de fevereiro. A mulher ficou em isolamento respiratório domiciliar, sendo monitorada pela SES/RJ.

Nessa época, o Secretário de Saúde da SES/RJ, Edmar Santos, em entrevista coletiva no Palácio Guanabara, afirmou que não havia motivo para pânico da população fluminense, não havendo qualquer indício de existência da circulação do vírus no estado, indicando que o que havia no momento, era um caso importado. O Secretário de Saúde reforçou ainda que existiam 79 casos suspeitos sendo monitorados pelo estado (SES/RJ, 2020).

Dois meses após o pronunciamento do Secretário de Saúde da SES/RJ, o Centro de Pesquisas do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro (CENPE/MPRJ) publicou, em maio de 2020, um panorama alarmante da pandemia de COVID-19 no Estado do Rio de Janeiro. O número de novos casos confirmados e de óbitos relacionados à COVID-19 cresceu rapidamente no estado fluminense,

contabilizando um total acumulado de 17.939 casos confirmados de COVID-19 e 1.770 (10%) óbitos decorrentes da doença. A taxa de mortalidade de 10,2 por 100 mil habitantes foi quase duas vezes a média nacional (5,7). A evolução da pandemia foi representada no gráfico da figura 5.

Figura 5 – Gráfico demonstrativo da evolução da pandemia no ERJ.



Fonte: CENPE/MPRJ, 2020

Em vista do cenário caótico, a SES/RJ adotou um plano de contingência emergencial. O documento intitulado *Plano de Resposta de Emergência ao Coronavírus no Estado do Rio de Janeiro* informava que, no dia 5 de setembro de 2020, o Brasil contabilizava 4.123.000 de casos confirmados e uma taxa de incidência de 1.962,0 casos por 100 mil habitantes além de, no mesmo período, já terem ocorrido 126.203 óbitos, com uma taxa de letalidade de 3,1%. O estado do Rio de Janeiro, até a mesma data, apresentou 232.747 casos confirmados de infecção pelo COVID-19, com taxa de incidência de 1.348,1 casos por 100 mil habitantes, com 16.526 óbitos e uma taxa de letalidade de 7,1% (SES/RJ, 2020).

As pessoas infectadas pelo COVID-19 demandavam internação hospitalar e já não havia leitos hospitalares na rede pública, situação que obrigou à criação de leitos específicos para pacientes infectados pelo COVID-19.

A SES/RJ, em parceria com o Ministério da Saúde e com as Secretarias Municipais de Saúde do ERJ, disponibilizou leitos de retaguarda em unidades da SES, SMS e MS, incluindo leitos de isolamento e destinados a pacientes graves. Organizados por níveis de ativação. Quadro 6.

Quadro 6 – Níveis de ativação

Níveis de Ativação da Contingência	Evento Disparador
Nível Zero	Casos importados de COVID-19 notificados ou confirmados no estado do Rio de Janeiro
Nível I	Transmissão local de COVID-19 no estado do Rio de Janeiro (confirmação laboratorial de transmissão do 2019- nCoV entre pessoas com vínculo epidemiológico comprovado. Os casos que ocorrerem entre familiares próximos ou profissionais de saúde de forma limitada não serão considerados transmissão local)
Nível II	Transmissão comunitária de COVID-19 na região metropolitana do estado do Rio de Janeiro (Metropolitanas I e II)
Nível III (Contingência máxima)	Quando as ações/atividades orientadas para serem realizadas no nível II de ativação forem insuficientes como medidas de controle e para a organização da rede de atenção na resposta. Rede de atendimento definida incapaz de atender à demanda. Ativação pelo Gabinete de Crise.
Nível IV (Contingência com retomada de atividades)	Quando os indicadores epidemiológicos e assistenciais sinalizarem para um cenário que permita a flexibilização das medidas de distanciamento social.

Fonte: SES/RJ, 2020

Tabela 5 – Leitos das unidades hospitalares do nível 1

Município	Unidade Hospitalar	Nº Leitos	Caracterização do Leito	Acesso
Região Baía de Ilha Grande				
Angra dos Reis	UPA de Angra dos Reis	02	Isolamento de Pediatria	Porta Aberta
Angra dosReis	Irmandade da Santa Misericórdia de Angra dosReis	01	IsolamentoAdulto	Porta Aberta
Angra dosReis	Hospital Geral de Japuíba	02	Isolamento Adulto	Porta Aberta
		01	UTI (isolamento)	
Paraty	Hospital Pedro Alcântara	01	Adulto	Porta Aberta
Região Médio Paraíba				
Volta Redonda	Hospital Cais Aterrado	01	Isolamento Adulto	Porta Aberta
Volta Redonda	UPA Volta Redonda	01	Isolamento Misto	Porta Aberta
Volta Redonda	Hospital Regional ZildaArns	02	Isolamento Adulto	Referenciado
		02	Isolamento Pediátrico	
			UTI	
Resende	UPA Resende	02	Isolamento Misto	Porta Aberta
Barra Mansa	UPA Barra Mansa	Não informou	Não informou	Porta Aberta
Região Serrana				
Teresópolis	UPA Teresópolis	02	Isolamento Misto	Porta Aberta
Teresópolis	Hospital de Clínicas Constantino Otaviano	01	Isolamento Adulto	Porta Aberta
Teresópolis	Hospital São José	01	Isolamento Adulto	Porta Aberta
Petrópolis	Hospital Santa Tereza	01	UTI adulto	Referenciado

Município	Unidade Hospitalar	Nº Leitos	Caracterização do Leito	Acesso
			UTI Ped/neo	
Nova Friburgo	Hospital Municipal RaulSertã	04	Isolamento Adulto	Porta Aberta
		01	UTI	
Cantagalo	Hospital Municipal de Cantagalo	01	Não informou	Porta Aberta
Cordeiro		01	Não informou	Porta Aberta
Guapimirim	Hospital Municipal de Guapimirim	01	Não informou	Porta Aberta
São José do Vale do Rio Preto	Fundação Hospital Maternidade Santa Theresinha	01	Não informou	Porta Aberta
Santa Maria Madalena	Não informou	01	Não informou	Porta Aberta
Sumidouro	Não informou	01	Não informou	Porta Aberta
Cachoeiras de Macacu	Não informou	04	Não informou	Porta Aberta
Região Centro Sul				
Vassouras	Hospital Universitário de Vassouras	2	Isolamento UTI	Referenciado
Três Rios	Hospital Nossa Senhora da Conceição	1	Isolamento Adulto	Referenciado
Miguel Pereira	Hospital Municipal Luiz Gonzaga	1	Isolamento Adulto	Porta Aberta
Paraíba do Sul	Hospital Nossa Senhora da Piedade	1	Isolamento	Porta Aberta
Região Norte				
Campos	Hospital Ferreira Machado	02	Isolamento Adulto	Porta Aberta
	UPA Campos	02	Isolamento Misto	Porta Aberta
	Hospital Geral de Guarus	01	Isolamento Adulto	Porta Aberta
	Santa Casa de Campos	01	Isolamento Adulto	Referenciado
	Hospital Municipal Álvaro Alvim	02	Isolamento Adulto	Porta Aberta
Macaé	Pronto de Socorro Municipal	01	Isolamento Adulto	Porta Aberta
	Hospital Público de Macaé	05	UTI Isolamento Adulto	Referenciado
Quissamã	Hospital Municipal Mariana Maria de Jesus	06	UTI Isolamento Adulto	Referenciado
Conceição de Macabu	Hospital Ana Moreira	01	Isolamento Adulto	Porta Aberta
São João da Barra	Santa Casa de São João da Barra	01	Isolamento Adulto	Porta Aberta
Carapebus	Hospital Carlito Gonçalves	01	Isolamento Adulto	Porta Aberta
Região Noroeste				
Itaperuna	UPA Itaperuna	02	Isolamento Adulto	Porta Aberta
	São José do Avaí	01	CTI Isolamento	Referenciado
Bom Jesus de Itabapoana	Hospital São Vicente de Paula	02	Isolamento Adulto	Porta Aberta
Cambuci	Hospital Moacir Gomes de Azevedo	01	Isolamento Adulto	Porta Aberta
Região Noroeste				
Itaocara	Hospital Municipal de Itaocara	01	Isolamento Adulto	Porta Aberta

Município	Unidade Hospitalar	Nº Leitos	Caracterização do Leito	Acesso
Miracema	Hospital de Miracema	02	Isolamento Adulto	Porta Aberta
Porciúncula	Hospital Municipal de Porciúncula	02	Isolamento Adulto	Porta Aberta
Varre-Sai	Hospital São Sebastiao de Varre-Sai	02	Isolamento Adulto	Porta Aberta
Região das Baixadas Litorâneas				
Araruama	UPA de Araruama	01	Isolamento Misto	Porta Aberta
Araruama	Hospital Estadual Roberto Chabo	01	CTI Pediátrico	Referenciado
Arraial do Cabo	Hospital Geral de Arraial do Cabo	02	Isolamento Adulto	Porta Aberta
Cabo Frio	UPA Parque Burle	02	Isolamento Misto	Porta Aberta
Cabo Frio	UPA Tamoios	02	Isolamento Misto	Porta Aberta
Cabo Frio	Hospital São José Operário	01	Isolamento Adulto	Porta Aberta
Cabo Frio	Hospital do Jardim Esperança	01	Isolamento Adulto	Porta Aberta
Cabo Frio	Hospital de Tamoios	02	Isolamento Adulto	Porta Aberta
Saquarema	Hospital Municipal Nossa Senhora de Nazareth	02	Isolamento adulto	Porta Aberta
		01	Isolamento Pediátrico	Porta Aberta
Saquarema	Hospital Estadual dos Lagos Nossa Senhora deNazareth	01	Isolamento CTIAdulto	Referenciado
Rio das Ostras	Hospital Municipal de Riodas Ostras	02	Isolamento Adulto	Porta Aberta
		01	Isolamento Pediátrico	Porta Aberta
Casimiro de Abreu	Hospital Municipal Ângela Maria Simões Menezes	02	Isolamento Adulto	Porta Aberta
Iguaba Grande	UPA Iguaba Grande	02	Isolamento Misto	Porta Aberta
São Pedro D'Aldeia	Pronto doe Socorro Municipal	01	Isolamento Adulto	Porta Aberta
São Pedro D'Aldeia	UPA São Pedro Da Aldeia	02	Isolamento Pediátrico	Porta Aberta
Região Metropolitana 2				
São Gonçalo	UPA São Gonçalo I	2	Isolamento Misto	Porta Aberta
São Gonçalo	UPA São Gonçalo II	2	Isolamento Misto	Porta Aberta
São Gonçalo	Hospital Estadual Alberto Torres	4	Isolamento Adulto	Porta Aberta
		6	CTI adulto Isolamento	Referenciado
		1	CTI Pediátrico	Referenciado
São Gonçalo	Pronto Socorro Central de São Gonçalo	01	Isolamento Adulto	Porta Aberta
Niterói	UPA Fonseca	2	Isolamento Misto	Porta Aberta
Niterói	Hospital Getúlio Vargas Filho	01	Isolamento Pediátrico	Porta Aberta
Niterói	Mário Monteiro	01	Isolamento Adulto	Porta Aberta
		01	Isolamento Pediátrico	Porta Aberta
Niterói	Hospital Municipal Orêncio de Freitas	01	Isolamento Adulto	Porta Aberta
Niterói	Hospital Municipal Carlos	02	Isolamento	Porta Aberta

Município	Unidade Hospitalar	Nº Leitos	Caracterização do Leito	Acesso
	Tortely		Adulto	
Itaboraí	UPA de Itaboraí	02	Isolamento Adulto	Porta Aberta
Rio Bonito	Hospital Regional Darcy Vargas	01	Isolamento Adulto	Porta Aberta
Silva Jardim	UPA Silva Jardim	01	Isolamento Misto	Porta Aberta
Região Metropolitana 1				
Rio de Janeiro	Hospital Municipal Souza Aguiar	6	CTI Adulto	Porta Aberta
Rio de Janeiro	Hospital Municipal Jesus	5	Isolamento Pediátrico	Referenciado
Rio de Janeiro	Hospital Municipal Ronaldo Gazolla	2	Isolamento Adulto	Referenciado
		2	UI	
		1	UTI	
Rio de Janeiro	Hospital dos Servidores do Estado	2	Isolamento Adulto	Referenciado
		2	Isolamento Pediátrico	
Rio de Janeiro	Hospital Universitário Gafreé e Guinle (HUGG)	2	DIP	Referenciado
Rio de Janeiro	Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF)	3	CTI Isolamento	Referenciado
Rio de Janeiro	Hospital UniversitárioPedro Ernesto (HUPE)	3	Isolamento Adulto	Referenciado
		1	CTI Isolamento	
		1	Núcleo Perinatal (gestante)	
Rio de Janeiro	UPA Copacabana	2	Isolamento Misto	Porta Aberta
Rio de Janeiro	UPA Complexo do Alemão	1	Isolamento Misto	Porta Aberta
Rio de Janeiro	UPA Rocinha	1	Isolamento Misto	Porta Aberta
Rio de Janeiro	UPA Senador Camará	1	Isolamento Misto	Porta Aberta
Rio de Janeiro	UPA Engenho de Dentro	1	Isolamento Misto	Porta Aberta
Rio de Janeiro	UPA Rocha Miranda	1	Isolamento Misto	Porta Aberta
Rio de Janeiro	UPA João XXIII	1	Isolamento Misto	Porta Aberta
Rio de Janeiro	UPA Sepetiba	1	Isolamento Misto	Porta Aberta
Rio de Janeiro	UPA Costa Barros	1	Isolamento Misto	Porta Aberta
Rio de Janeiro	UPA Vila Kenedy	1	Isolamento Misto	Porta Aberta
Rio de Janeiro	UPA Paciência	1	Isolamento Misto	Porta Aberta
Rio de Janeiro	UPA Magalhães Bastos	1	Isolamento Misto	Porta Aberta
Rio de Janeiro	CER Centro	2	Isolamento Misto	Porta Aberta
Rio de Janeiro	CER Leblon	2	Isolamento Misto	Porta Aberta
Rio de Janeiro	CER Ilha do Governador	2	Isolamento Misto	Porta Aberta
Rio de Janeiro	CER Barra	2	Isolamento Misto	Porta Aberta
Rio de Janeiro	CER Rocha Faria	2	Isolamento Misto	Porta Aberta
Itaguaí	Hospital Municipal São Francisco Xavier	2	Isolamento Adulto	Porta Aberta
Belford Roxo	Unidade Mista do Lote XV	1	Isolamento Adulto	Porta Aberta
Duque de Caxias	UPH Campos Elíseos	1	Isolamento Adulto	Porta Aberta
Duque de	UPH Pilar	1	Isolamento Adulto	Porta Aberta

Município	Unidade Hospitalar	Nº Leitos	Caracterização do Leito	Acesso
Caxias				
Duque de Caxias	UPH Saracuruna	1	Isolamento Adulto	Porta Aberta
Duque de Caxias	UPH Xerém	1	Isolamento Adulto	Porta Aberta
Duque de Caxias	UPA Infantil Walter Garcia	2	Isolamento Pediátrico	Porta Aberta
Magé	Hospital Municipal de Magé	1	Isolamento Adulto	Porta Aberta
Magé	UPA Magé	1	Isolamento Misto	Porta Aberta
Mesquita	UPA Mesquita	1	Isolamento Misto	Porta Aberta
Nova Iguaçu	UPA Moacyr do Carmo	1	Isolamento Adulto	Porta Aberta
Nova Iguaçu	UPA Dra. Gisele Palhares Gouvêa	2	Isolamento Adulto	Porta Aberta
Nova Iguaçu	UPA Municipal Comendador Soares	2	Isolamento Adulto	Porta Aberta
Nova Iguaçu	UPA Nova Iguaçu II	2	Isolamento Misto	Porta Aberta
Queimados	UPA Queimados	2	Isolamento Misto	Porta Aberta
São João de Meriti	UPA Íris	2	Isolamento Adulto	Porta Aberta

Fonte: adaptação do autor. SES/RJ, 2020

Tabela 6 – Leitos das Unidades hospitalares do nível 2

Município	Unidade Hospitalar	Nº Leitos	Caracterização do Leito	Acesso
Médio Paraíba				
Não informou	Não informou	69	Leitos de Enfermaria	Não informou
Região Norte				
Campos	Santa Casa de Campos	Não informou	Enfermaria conforme demanda	Referenciado
Região Metropolitana 1				
Rio de Janeiro	Hospital Municipal Souza Aguiar	10	4 na Cardio e 6 na Cirurgia(adulto)	Porta Aberta
Rio de Janeiro	Hospital Albert Schweitzer	Não informou	Não informou	Não informou
Rio de Janeiro	Hospital Municipal Ronaldo Gazolla	34	32 + 2 de isolamento	Referenciado
Rio de Janeiro	Hospital Jesus	18		Referenciado
Rio de Janeiro	Hospital Anchieta*	60	Enfermaria	Referenciado
Rio de Janeiro	Hospital dos Servidores do Estado.	3	Enfermaria	Referenciado
Rio de Janeiro	Hospital da Lagoa	Não informou	Suspensão de cirurgia.	Referenciado
Rio de Janeiro	Hospital Cardoso Fontes	2	Isolamento Pediátricos	Porta Aberta
Rio de Janeiro	Hospital da Piedade	6	DIP	Referenciado
		22	Clínica Médica	
		4	Tisiologia	
		4	CTI	

Município	Unidade Hospitalar	Nº Leitos	Caracterização do Leito	Acesso
Rio de Janeiro	Hospital da Criança		Suspensão de cirurgia.	Referenciado
Rio de Janeiro	Hospital Municipal Francisco da Silva Telles (PAM Irajá)	19	10 – Pediatria 9 – ClínicaMéd	Porta Aberta
Rio de Janeiro	Hospital Municipal Barata Ribeiro	6	Geriatria	Referenciado
Rio de Janeiro	Hospital Municipal Rocha Maia	4	Não informou	Porta Aberta
Região Metropolitana 2				
Niterói	Hospital Universitário Antônio Pedro	4	Isolamento Adulto	Referenciado
Niterói	Instituto Estadual de Tórax Ary Parreira*	16	Enfermaria Adulto	Referenciado
São Gonçalo	Hospital Estadual Prefeito João Batista Caffaro	16	Enfermaria Adulto	Referenciado

Fonte: adaptação do autor. SES/RJ, 2020

O aumento da demanda por leitos para internação de pessoas infectadas pelo COVID-19 foi motivo para a criação de hospitais de campanha no ERJ, entrando no nível III de contingência. Foram criados hospitais de campanha em determinadas Regiões de Saúde. Tabela 7

Tabela 7 – Leitos disponíveis para COVID-19 nível 3 nos hospitais de campanha do ERJ com atualização CIB em 10/09/2020

Região de saúde	município	Nº de leitos clínicos adultos	Nº de leitos clínicos pediátricos	Nº de leitos UTI adulto	Nº de leitos UTI pediátrico
Baía de Ilha Grande	Paraty	36	0	0	0
Baixada litorânea	Araruama	20	0	4	0
	Casemiro de Abreu	0	0	0	0
Centro-sul fluminense	Sem hospital de campanha				
Médio Paraíba	Volta Redonda	0	0	0	0
Metropolitana 1	Duque de Caxias	0	0	0	0
	Nova Iguaçu	0	0	0	0
	Nova Iguaçu	0	0	0	0
	Queimados	0	0	0	0
	Rio de Janeiro (Leblon)	0	0	0	0
	Rio de Janeiro (Maracanã)	0	0	0	0
	Rio de Janeiro (Parque dos atletas)	0	0	0	0
	Rio de Janeiro (Fiocruz)	33	0	62	0
	Rio de Janeiro	233	0	67	0

Região de saúde	município	Nº de leitos clínicos adultos	Nº de leitos clínicos pediátricos	Nº de leitos UTI adulto	Nº de leitos UTI pediátrico
	(Riocentro)				
	Seropédica	0	0	0	0
Metropolitana 2	Niterói	0	0	40	0
	São Gonçalo	0	0	0	0
Noroeste fluminense	Sem hospital de campanha				
Norte Fluminense	Campos dos Goytacazes	0	0	0	0
	Carapebus	0	0	0	0
	Quissamã	0	0	10	0
	São João da Barra	0	0	0	0
Serrana	Nova Friburgo	0	0	0	0
total		**322**	**0**	**183**	**0**
Total de leitos dos hospitais estaduais da rede pública		**1.689**	**57**	**1.439**	**55**
Total de leitos		**2.011**	**57**	**1.622**	**55**

Fonte: autor 2022

A criação dos hospitais de campanha no Estado do Rio de Janeiro não obedeceu a critérios técnicos e apresentou diversas irregularidades no processo de contratação. Segundo decisão monocrática GC-7, em 8 de julho de 2020, do Tribunal de Contas do ERJ, o processo de contratação da SES/RJ com as OSS para criação dos hospitais de campanha não cumpriu, entre outros aspectos jurídicos, o princípio da economicidade e o princípio da idoneidade, determinando de forma cautelar, ao atual Secretário de Estado de Saúde da época, a suspensão da celebração de contrato de gestão com a respectiva OSS até o julgamento de mérito dessa representação, devendo o jurisdicionado abster-se de adjudicar o objeto, homologar o resultado ou celebrar o contrato de gestão com eventual OSS e ficou impedido de efetuar pagamentos à respectiva OSS (TCE, 2020).

Decorrente dos fatos de improbidade administrativa e de corrupção, o então governador Wilson Witzel, que havia assumido o governo do ERJ em janeiro de 2019, foi afastado do cargo em agosto de 2020, por determinação do Supremo Tribunal de Justiça do ERJ, devido a suspeitas de fraude em compras na área da Saúde durante a pandemia do COVID-19, sendo posteriormente condenado e preso. Junto a ele, foi condenado e preso por improbidade administrativa o secretário de Saúde Edmar Alves dos Santos, que atuou na gestão do ex-governador Wilson Witzel, oficialmente, no período de 1º de janeiro de 2019 a 30 de abril de 2021.

Concomitante ao contexto político, que revelou uma total ineficiência do governo de estado e especificamente do secretário de Saúde, em pleno período

crítico da pandemia, o governo do Estado do Rio de Janeiro havia realizado um *workshop* integrado, no dia 17 de fevereiro de 2020, com representantes da SES-RJ, secretarias municipais de Saúde dos 92 municípios, hospitais universitários, hospitais militares e hospitais privados. Nesse evento, pesquisadores renomados em instituições de ensino e pesquisa do estado apresentaram o cenário da pandemia do COVID-19 no mundo e no Brasil.

A SES/RJ realizou outras reuniões com a rede de saúde do estado, tanto pública quanto privada, objetivando à disseminação de informações sobre a COVID-19 e mobilização de todos os gestores e profissionais de saúde sobre a necessidade de preparação da resposta, diante do cenário mundial, bem como considerando a confirmação de casos e óbitos no estado do Rio de Janeiro.

A SES/RJ mobilizou diversas ações por nível de atenção. Para a Atenção Primária, foi orientado que os municípios e regiões de saúde elaborassem seus Planos de Saúde adequados à rede assistencial disponível no âmbito local, tendo como referência o documento Diretrizes para implementação de Planos de Contingência da APS na pandemia de COVID-19, disponível na página eletrônica da SES/RJ. Entre outras orientações, recomendou

> realizar atividades de capacitação para os profissionais quanto a medidas de controle e prevenção de transmissão, identificação e manejo de casos de Coronavírus, manejo de corpos e declaração de óbitos, atendimento vigilância e atenção às populações específicas / vulneráveis, conforme orientações presentes no site https://www.saude.rj.gov.br/atencao-primaria-a-saude/covid-19 (RIO DE JANEIRO, 2020).

Na atenção hospitalar, a SES/RJ envolveu hospitais do ERJ, independentemente da esfera de gestão eram esses hospitais municipais, hospitais estaduais, hospitais federais, hospitais universitários, hospitais conveniados com o SUS e hospitais de campanha. As unidades hospitalares selecionadas fizeram parte de uma rede hospitalar de referência, sendo uma estratégia da SES para classificação de risco, atendimento emergencial, internação em UTI e internação em Enfermaria de usuários acometidos pelo COVID-19 (RIO DE JANEIRO, 2020).

As oito Centrais de Regulação do ERJ fizeram a regulação dos leitos de internação das nove regiões de saúde, sendo que a solicitação de vagas para internação de pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19, em leitos de isolamento, era realizada pelas unidades solicitantes por meio do Sistema Estadual

de Regulação (SER) no ambiente das suas Centrais Regionais (RIO DE JANEIRO, 2020).

4.4.2 Ações de EPS realizadas nas unidades da SES/RJ para o contexto COVID-19

Entendendo a relevância da pandemia, a equipe da Superintendência de Educação Permanente (SUPEP) elaborou um instrumento (formulário eletrônico) para identificar as ações de capacitação e de treinamentos desenvolvidos em suas unidades de saúde. Esse instrumento teve como objetivo identificar as necessidades e oferecer suporte efetivo para a prevenção e o controle da pandemia (RIO DE JANEIRO, 2020b).

O instrumento foi respondido por 57 unidades da saúde da SES/RJ, dentre elas, hospitais, institutos e Unidades de Pronto Atendimento (UPA). O instrumento possibilitou a consolidação de um relatório técnico, contendo as ações de educação realizadas por essas unidades de saúde. As unidades respondentes afirmaram que já estavam “realizando ações de educação, capacitação e treinamento voltadas para a COVID-19, tendo como referência as Notas Técnicas e os materiais didáticos elaborados pela SES-RJ” (RIO DE JANEIRO, 2020b, p. 3). O período desse levantamento foi de janeiro a abril de 2020.

Essa estratégia conseguiu identificar detalhes sobre as ações de Educação na Saúde que não aparecem nos RAGs. Foi possível identificar quais foram os temas das ações, quantos profissionais foram capacitados, quais as categorias profissionais que participaram, quantos profissionais foram capacitados por unidade de saúde e outros aspectos dessas ações.

A estratégia mostrou a relevância dos NEPs e CEAs dessas unidades de saúde no sentido de articulação com o nível central para coleta de dados sobre ações de Educação na Saúde em sua respectiva unidade de saúde. Essas ações ocorreram em um curto espaço de tempo, pois retrataram apenas os dados referentes às ações que aconteceram entre os meses de janeiro e maio de 2020 (RIO DE JANEIRO, 2020).

A caraterísticas das ações realizadas foram técnicas e específicas para a assistência ao paciente acometido pelo COVID -19, aos casos suspeitos de COVID-19 e aos familiares desses pacientes. Os temas abordados foram a utilização adequada de EPI, protocolos assistenciais, higienização das mãos, medidas de

prevenção e isolamento, manejo e fluxo de pacientes com suspeita de COVID-19, tratamento de pacientes graves com COVID-19, manejo dos corpos em caso de óbito por COVID-19, a limpeza e desinfecção das instalações das unidades de saúde, acolhimento aos pacientes, acolhimento aos familiares dos pacientes acometidos pela infecção COVID-19, acolhimento aos familiares enlutados, segurança do paciente, coleta de SWAB, teste rápido - H1N1, segurança ao COVID-19, protocolo IAM, notificação de internação, a utilização dos novos respiradores, prevenção e transmissão, práticas de ressuscitação cardiorrespiratória no contexto da COVID-19, rodas de conversa sobre estresse na pandemia e prática de meditação guiada, treinamento ventilação mecânica; organização do serviço frente ao cenário da COVID-19, protocolo de assistência fonoaudióloga no contexto da COVID-19, eletrocardiograma, gerenciamento de resíduos, regimento interno, cuidados de enfermagem na sala de recuperação pós-anestésica, descarte de resíduos biológicos, estimulação sensório - motora oral, prona consciente na síndrome gripal com hipótese ou confirmado COVID-19, indicadores do serviço social, palivizumabe, guarda de prontuários por competência, preenchimento da nova caderneta de vacinação, gasometria, bombas infusoras e monitores, administração segura de medicamentos, realização de balanço hídrico, fluxo de assistência transfusional, dieta para pacientes com COVID-19, fluxo de acidente de trabalho e trajeto, base de dados do sistema GAL, treinamento pela Fiocruz no FlexNat/extrator automatizado, treinamento operacional Quanti Studio, treinamento no Kingfisher/ extrator de semiautomatizado, orientações do POP da Farmácia/Almoxarifado, doenças transmissíveis por aerossol, sistema klinikos - protocolo de SEPSE, AVE, escala de Maddox.

Essas capacitações mobilizaram diversas categorias profissionais e foram muito realizadas em suas unidades com turmas presenciais, porém algumas unidades informaram que os profissionais que não participaram presencialmente da capacitação, receberam os fluxos, orientações e informes via WhatsApp ou por outras ferramentas digitais e o conteúdo foi replicado por meio de multiplicadores ou foram agendadas capacitações para o mês de junho (RIO DE JANEIRO, 2020). Considerando os objetivos dessa tese, serão apresentados apenas os resultados referentes aos hospitais gerenciados por OSS e pela FSERJ. Com o número de profissionais capacitados por unidade de saúde, tabela 8.

Tabela 8 – Profissionais capacitados nos hospitais da SES/RJ para o contexto COVID-19

Hospitais com fluxo de pacientes com COVID-19. mar-abr/2020	Total de profissionais capacitados	Total de profissionais (assistenciais e operacionais)
HEGV	967	1.511
HEER	377	883
HE da Mãe	684	684
HESM	150	443
HE da Mulher	512	758
HEVMC	307	260
HE do Cérebro	903	524
HEAPN	471	2.200
HEAL	1.118	1.564
HEAN	168	168
HECC	386	3.285
HEAT	331	331
HE Z. Arns	260	350
HE D. Lindu	49	233
HEJBC	235	235
HERC	420	521
HE NS Nazareth	623	558
HEMORIO	449	1.400
IEDE	360	530
HE da Criança	451	678
IETAP	234	442
IECAC	438	1.442
Total	9.893	19.000

Fonte: adaptado pelo autor, Rio de Janeiro, 2020.

Os documentos elaborados pela SES/RJ, que descrevem o processo dessas ações, mostraram que, em curto espaço de tempo, foi possível criar uma estratégia para identificar as ações de EPS específicas na assistência aos pacientes com COVID-19 nas unidades de saúde da SES/RJ. Os documentos foram elaborados pela equipe da Superintendência de Educação Permanente e mostraram a relevância da articulação com os NEPs e CEAs das unidades de saúde na efetivação do processo. Essas ações não foram descritas no RAG SES/RJ 2021, assim como não foram identificadas na maioria dos relatórios de prestação de contas anuais/mensais das OSS e da FSERJ.

Considerando que a tese proposta nesta pesquisa é mostrar que as ações de EPS direcionadas aos profissionais de saúde dos hospitais da SES/RJ, gerenciados por OSS e pela Fundação Saúde do ERJ, são ações de educação que divergem das concepções de EPS, faz-se necessário confrontar os resultados encontrados no

processo da análise documental com as descrições teóricas nos documentos que tratam da PNEPS e da PEEPS/RJ.

O ato de governar é muito complexo e não pode ser reduzido integralmente a uma teoria. Faz-se, cada vez maior, a necessidade de um certo domínio teórico sobre sistemas sociais. Essa concepção de Carlos Matus (1993) completa-se, quando o autor afirma que o ato de governar deve estar em constante articulação com três variáveis: projeto de governo, governabilidade do sistema e capacidade de governo.

O projeto de governo está relacionado ao conteúdo propositivo dos projetos de ação que um ator se propõe a realizar para alcançar seus objetivos. A discussão sobre o projeto de governo aborda as reformas políticas, a política econômica, o estilo de desenvolvimento etc., que parecem pertinentes ao grau de governabilidade do sistema. Ainda, segundo Matus

> o conteúdo propositivo é produto não apenas das circunstâncias e interesses do ator que governa, mas também de sua capacidade de governo, incluindo-se aí sua capacidade de aprofundar a explicação da realidade e propor propostas e antecipações de forma imaginativa e eficaz (MATUS, 1993, p. 60)

Quanto à governabilidade do sistema, Matus (1993) afirma que essa governabilidade “é uma relação entre as varáveis que o ator controla e não controla no processo de governo [...] quanto mais variáveis decisivas ele controla, maior é a sua liberdade de ação e maior é, para ele, a governabilidade do sistema” (MATUS, 1993, p. 61).

A governabilidade do sistema tem relação com três aspectos: um ator determinado, as demandas ou exigências colocadas pelo projeto de governo a esse ator e a sua capacidade de governo. A primeira indica que um sistema não é igualmente governável ou ingovernável para diferentes atores sociais, pois eles controlam diferentes proporções de variáveis do sistema. A segunda indica que a governabilidade do sistema depende do conteúdo propositivo do projeto de governo, por exemplo, é mais governável para objetivos modestos e menos governável para objetivos ambiciosos. A terceira mostra que a governabilidade do sistema é maior, se o ator em questão tem alta capacidade de governo, e é menor, se há baixa capacidade de governo (MATUS, 1993).

A capacidade de governo, segundo Matus (1993), expressa-se na capacidade de direção, de gerência, de administração e de controle. Essa capacidade está

relacionada ao “acervo de técnicas, métodos, destrezas, habilidades e experiências de um ator e sua equipe de governo, para conduzir o processo social a objetivos declarados, dados a governabilidade do sistema e o conteúdo propositivo do projeto de governo” (MATUS, 1993, p. 61). Para o autor, o domínio de técnicas potentes de planejamento é a variável mais relevante na determinação da capacidade de uma equipe.

A pesquisa mostrou que a governabilidade do ERJ foi comprometida política e economicamente no período de 2004 a 2020, ocorrendo irregularidades na gestão, desvio de dinheiro público e outros atos de improbidade administrativa que levaram todos os governadores desse período a serem afastados, condenados e presos, assim como os seus respectivos secretários de Saúde de estado. Os fatos acabaram repercutindo na governabilidade da PEEPS/RJ.

A PNEPS, quando criada em fevereiro de 2004, veio como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores da saúde. A condução locorregional dessa política dava-se por um colegiado de gestão configurado como Polo de EPS para o SUS, algo muito parecido como os já existentes Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família, criados em 1997, citados no primeiro capítulo desta tese, na descrição da EPS no Brasil.

A governabilidade na condução locorregional da PNEPS não foi algo tão simples no primeiro ano, isso porque as funções dos Polos de EPS envolviam a articulação com a gestão, com instituições de ensino, com os trabalhadores da saúde e com o controle social, mas a política de EPS, de certa forma, viabilizou essa governabilidade, descrevendo na portaria 198/2004 a possibilidade de composição dos Polos, dos quais poderiam participar gestores estaduais e municipais de Saúde e de Educação; instituições de ensino com cursos na área da saúde; escolas técnicas, escolas de Saúde Pública e demais centros formadores das secretarias estaduais ou municipais de saúde, núcleos de saúde coletiva, hospitais de ensino e serviços de saúde, estudantes da área de saúde, trabalhadores de saúde, conselhos municipais e estaduais de saúde e movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde.

Nesse sentido, a governabilidade da condução da PNEPS foi positiva em relação aos anteriores Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família. Esse resultado é descrito por Ceccin (2005), ao

referir-se aos primeiros 16 meses após a institucionalização da PNEPS, mostrando que, até o final de 2002, existiam 31 Polos de PSF e que, nos 16 meses de PNEPS, já se somavam 105 Polos de EPS, afirmando que houve um aumento significativo de instituições de ensino superior, gestores estaduais, gestores municipais e de escolas técnicas no envolvimento com a gestão da educação na saúde, havendo a inclusão nesse processo, de instâncias de controle social, serviços de saúde, movimento estudantil, entidades de trabalhadores, movimentos sociais, entre outros participantes.

No campo da formação, as ações educativas proporcionadas pelos Polos de EPS, direcionadas à expansão da saúde da família, englobaram 19.757 profissionais de saúde, sendo que 15.239 alunos receberam qualificações direcionadas à componentes da clínica na atenção básica e 4.518 alunos, na área de especializações e residências. Já o formato de habilitação profissional atingiu 56.460 agentes comunitários de saúde, além de profissionais de nível superior (CECCIN, 2005).

Esses resultados mostram que os Polos de EPS foram efetivos, porém, esse cenário mudou após os 16 meses da PNEPS. O ministro da saúde do PT, Humberto Costa, deixou o cargo em julho de 2005 e o presidente Lula nomeou para o cargo um membro do PMDB, Saraiva Felipe, indicado pelo líder desse partido, Michel Temer. O fato ocasionou, de imediato, mudanças na SGTES, repercutindo especialmente no DEGES e, decorrente do fato, a dinâmica da PNEPS foi modificada com a nova portaria em agosto de 2007, a qual “vinculava mais diretamente a política de EPS às instâncias de pactuação e de controle social do SUS, eliminando o protagonismo representado pelos Polos de Educação Permanente em Saúde” (VIEIRA *et al.,* 2011, p. 106).

Com a nova portaria GM 1.996/2007, a condução da PNEPS em cada estado brasileiro passa a ser atribuição da CIES. No Estado do Rio de Janeiro, a mudança de Polos de EPS para CIES ocasionou uma descontinuidade no que vinha sendo feito pelos cinco polos de EPS no ERJ (GERSCHMAN; SCHOTT, 2010). Durante a fase de transição dos Polos de EPS para as CIES regionais, os recursos financeiros descritos na portaria 1.996/2007 para o ERJ foram distribuídos para os fundos municipais dos antigos Polos de EPS. Eram recursos destinados para execução de projetos que foram elaborados pelos Polos de EPS e pela SES/RJ, mas os projetos propostos em 2008 para execução em 2009 não foram executados em sua

plenitude, em decorrência de uma série de fatores relacionados a um período de transições de novos secretários municipais, novos gestores estaduais de Educação Permanente, constituição recente das CGRS, e dissolução crescente das secretarias executivas dos Polos de EPS.

Das mudanças citadas anteriormente, a mais relevante foi o novo governo do ERJ. A partir de janeiro de 2007, Sergio Cabral Filho assumiu o governo e iniciou algumas mudanças. No primeiro ano, a Secretaria de Estado de Saúde vinculou-se à Secretaria de Defesa Civil e passou a denominar-se Secretaria de Saúde e Defesa Civil (SESDEC/RJ), acrescentando-se aos seus quadros os militares bombeiros e, com isso, mudando sua estrutura organizativa. As atividades da Educação Permanente e Educação Continuada ficaram sob a responsabilidade da Subsecretaria de Desenvolvimento de sistemas de Saúde (SDSS/SESDEC) e não mais da Subsecretaria de Recursos Humanos, nesse sentido, no ano de 2008, a extinta Superintendência de Gestão Participativa e Educação em Saúde, órgão da SDSSS/SESDEC, ficou responsável pela condução da PNEPS (RIO DE JANEIRO, 2010).

O governo é recente nessa época, assim como a PNEPS de 2007 e a condução da EPS no ERJ iniciava uma transição do modelo de Polos de EPS para CIES. Tudo era muito novo e as propostas de ação no âmbito da EPS deveriam considerar as prioridades do recente pacto de gestão feito em 2006, com prioridades para atenção primária.

Sob esse contexto o primeiro Plano Estadual de Saúde do ERJ do governo de Sérgio Cabral, PES/RJ 2008/2011, foi publicado em dezembro de 2008, reconheceu o Plano Estadual de EPS como ferramenta de gestão e apresentou propostas de fortalecimento da EPS e propostas relacionadas com a PNEPS, direcionadas aos hospitais da SES/RJ, a saber: promover Educação Permanente em serviço para 80% dos profissionais de saúde lotados em serviços de emergência dos hospitais estaduais e 40% daqueles lotados nas demais emergências, reestruturar os Programas de Estágio e Residência nas unidades da rede própria da SESDEC; e reestruturar os Centros de Estudos e Aperfeiçoamento das unidades da rede própria da SESDEC.

A elaboração de um Plano Estadual de Saúde deve seguir as orientações do Sistema de Planejamento em Saúde do Ministério da Saúde, o PlanejaSUS. Sendo o Plano de Saúde o instrumento central de planejamento para definição e

implementação de todas as iniciativas no âmbito da Saúde de cada esfera da gestão do SUS, a sua elaboração deve ser orientada pelas necessidades de Saúde da população, considerando a análise situacional do estado, a qual contempla a estrutura do sistema de saúde, as redes de atenção à saúde, as condições sociossanitárias, os fluxos de acesso, os recursos financeiros, a gestão do trabalho e da educação na saúde, a ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde e gestão. Ao considerar esses aspectos, o Plano deve definir diretrizes, objetivos, metas e indicadores, assim como descrever o processo de monitoramento e avaliação. (BRASIL, 2013).

A ação proposta para os profissionais de saúde de promover Educação Permanente em serviço para 80% dos profissionais de saúde lotados em serviços de emergência dos hospitais estaduais e para 40% daqueles lotados nas demais emergências, não apresentou justificativa para elaboração dessa ação, não especificou as categorias profissionais, não descreveu o processo de elaboração da ação. Ou seja, não se constituiu como uma ação educativa igual para todos os profissionais, sem considerar a singularidade de cada uma das emergências dos seus respectivos hospitais.

O processo de planejamento de ações de educação de EPS para os profissionais de saúde dos hospitais da SES/RJ, ainda é muito distante da concepção de planejamento de ações de EPS descrita em documentos relacionados com a PNEPS.

No âmbito do planejamento em Saúde, Chorny (1998) afirma que planejar consiste, principalmente, na identificação de problemas atuais e futuros e de prioridades de intervenção para implementar soluções, determinar quais estão dentro da capacidade do planejador, identificar os fatores que determinam o estado de coisas considerado insatisfatório, estabelecer cursos de ação que possam ser rastreados para corrigir problemas, determinar quem será o responsável pela execução das referidas ações e definir procedimentos de avaliação do tipo “antes e após”, o que permitiria o acompanhamento da ação, no sentido de avaliar, se está adequada para os fins pretendidos e se os resultados obtidos estão dentro do esperado.

A PNEPS preconiza que o planejamento de ações de EPS deve ser estruturado a partir da problematização do processo de trabalho. Essa estratégia é válida para elaboração do Plano de EPS em cada esfera de gestão, assim como nas

unidades de saúde por seus respectivos NEPS ou estruturas correspondentes, ciente de que as ações de EPS buscam a transformação das práticas dos profissionais e da própria organização do trabalho e não somente a eficiência e eficácia na assistência.

Segundo Merhy (2005), a baixa eficácia das ações de saúde é vista de forma errada, quando considerada um problema que pode ser corrigido à medida que suprimos, por cursos compensatórios, aquilo que lhes falta e, nessa visão gerencial, surgem propostas de cursinhos à exaustão, ações que consomem enormes recursos financeiros e que não surtem efeitos positivos e sem perspectiva de mudanças nas práticas dos profissionais.

Nos primeiros Planos Estaduais de EPS do ERJ (PEEPS/RJ), 2009/2010, 2010/2011 e 2011/2012, está descrito que as propostas foram elaboradas a partir das necessidades locais, porém foi identificado que a maioria dessas propostas foram direcionadas à atenção básica, não sendo identificada proposta específica para os hospitais da SES/RJ. A maior parte das propostas de EPS não estavam direcionadas a uma unidade de saúde específica ou a uma categoria de saúde específica, foram propostas direcionadas a todos os profissionais de saúde da atenção básica, sendo que algumas discriminavam por nível de escolaridade, nível fundamental, médio e superior. Outro ponto importante é que esses planos não descrevem quem seria o executor das capacitações.

Ao observar a inexistência de propostas direcionadas aos hospitais da SES/RJ, é possível inferir que as CIES regionais e a CIES estadual não articulavam com os hospitais da SES/RJ, no sentido de elaborar propostas para essas unidades, a partir de seus respectivos problemas, de certa forma esse fato sinalizava a possível falta de capilaridade da PEEPS para esse nível de atenção, cabe lembrar que, na época, havia articulação da SES/RJ com os Centros de Estudos e Aperfeiçoamento (CEAs) dos hospitais estaduais. A articulação era feita através da Gerência de Centro de Estudos e Aperfeiçoamento da rede própria da SES/RJ, setor subordinado e integrante da Coordenação Geral de Educação em Saúde e Gestão.

A articulação da SES/RJ com os hospitais estaduais fica mais distante a partir da entrada das OSS e Fundação Estadual de Saúde na gestão dos hospitais estaduais. Essa articulação sofreu uma interrupção após uma dissolução gradual da equipe do CEA/SES/RJ, que se deu a partir de 2012, período que coincide com a

entrada da Fundação Estatal de Urgência e Emergência e de Organizações Sociais de Saúde (OSS) nos hospitais.

Em 2011, a SES/RJ iniciou contratualmente a mudança do modelo de gestão de suas unidades de saúde, a maioria dos hospitais, que era gerida pela administração direta da SES/RJ, passou a ser gerenciada por entidades reconhecidas como pessoa jurídica de direito privado. O primeiro contrato foi com a Fundação Estatal dos Hospitais de Urgência e Emergência do Estado do Rio de Janeiro (FEHUE/RJ) em agosto de 2011 e, posteriormente, a SES/RJ realizou contratos de gestão com algumas OSS.

Cabe lembrar que os hospitais estaduais tinham seus respectivos Centros de Estudos e Aperfeiçoamento (CEAs), que articulavam com CEA do nível central para tratar de ações de Educação na Saúde e ações de integração ensino-serviço, os estágios e residências. Essa articulação fica inexistente, principalmente nos hospitais gerenciados por OSS, pois cada uma das OSS tinha um setor equivalente ao CEA e esses não se articulavam com a CIES/RJ. Nas primeiras prestações de contas das OSS e da Fundação de Saúde RJ não foi identificado qualquer tipo de ação de EPS, elaborada em articulação com a SES/RJ. A relação da SES/RJ com as OSS e com a Fundação Saúde, deu-se através de contrato de gestão

O contrato de gestão é o instrumento firmado entre o poder público e uma entidade qualificada como pessoa jurídica de direito privado com vistas à formação de parceria entre as partes para fomento e execução de atividades relativas às áreas do ensino, da pesquisa científica, do desenvolvimento tecnológico, da proteção e preservação do meio ambiente, da cultura e da saúde (BRASIL, 1998). Esse contrato deve ser elaborado de comum acordo entre o órgão ou entidade supervisora e a entidade jurídica. Nele, serão discriminadas as atribuições, responsabilidades e obrigações do poder público e da entidade jurídica (BRASIL, 1998).

Os resultados atingidos com a execução do contrato de gestão devem ser analisados, periodicamente, por comissão de avaliação, indicada pela autoridade supervisora da área correspondente, composta por especialistas de notória capacidade e adequada qualificação. Essa comissão deve encaminhar à autoridade supervisora um relatório conclusivo sobre a avaliação procedida (BRASIL, 1998). Fazem parte integrante do contrato de gestão o edital de seleção e todos seus

anexos, principalmente: o Termo de Referência, o Termo de Permissão de Uso e Transferência de recursos orçamentários.

Desses anexos, cabe destacar o Termo de Referência que está relacionado a um estudo técnico preliminar, é um “documento constitutivo da primeira etapa do planejamento de uma contratação, que caracteriza o interesse público envolvido e a melhor solução ao problema a ser resolvido e que, na hipótese de conclusão pela viabilidade da contratação, fundamenta o termo de referência” (RIO DE JANEIRO, 2011, p. 3)

A prestação de contas é uma obrigação descrita no contrato de gestão em que a contratada deverá apresentar, ao final de cada exercício financeiro ou a qualquer tempo, quando solicitado pelo Poder Público, o relatório de execução do contrato de gestão, apresentar o comparativo específico das metas propostas e resultados alcançados, acompanhado dos respectivos demonstrativos financeiros, inclusive as certidões negativas de débitos do INSS (Instituto Nacional do Seguro Social) e do FGTS (Fundo de Garantia do Tempo de Serviço), além de outras informações consideradas necessárias e fazer publicar no Diário Oficial do Estado. A Secretaria de Estado de Saúde deverá encaminhar a prestação de contas anual ao Conselho Estadual de Saúde, à Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro e ao Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro e esse relatório deve ser disponibilizado no sítio eletrônico da contratada e da respectiva Secretaria de Estado de Saúde (RIO DE JANEIRO, 2011).

Nesse sentido, o governo do ERJ iniciou, em agosto de 2011, o modelo de administração indireta em suas unidades próprias, celebrando um contrato de gestão com a Fundação Saúde na expectativa de “profissionalizar a gestão desses serviços e garantir a respectiva execução com eficácia, eficiência e efetividade, com foco na economicidade, qualidade e transparência” (RIO DE JANEIRO, 2011, p. 3). A vigência do contrato foi de um ano e poderia ter sucessivas prorrogações.

O anexo I do contrato de gestão apresentava as metas e indicadores qualitativos, descritos como objetivos estratégicos, entre os quais havia dois relacionados com a EPS − objetivo estratégico nove: apresentar programas de Educação Permanente para os empregados da Fundação Saúde e para os servidores cedidos. Tendo como indicador o tempo de conclusão do desenvolvimento e o objetivo estratégico dez: realizar programa de capacitação

inicial para as equipes envolvidas nos projetos da Fundação Saúde e das unidades prestadoras de serviços. Tendo como indicador o tempo de conclusão de execução.

Não foi encontrada, no endereço eletrônico da SES/RJ e da Fundação Saúde, no que diz respeito à transparência, a prestação de contas relativa ao respectivo contrato de gestão celebrado em 2011. A gestão da Fundação Saúde ficou por pouco tempo nas unidades de urgência e emergência, pois a SES/RJ iniciou em 2012 novos contratos de gestão com algumas Organizações Sociais.

Em 2012, a SES/R já havia realizado contratos de gestão com algumas Organizações Sociais para o gerenciamento de sete hospitais e um contrato de gestão com a FEHUE/RJ para o gerenciamento de 13 unidades hospitalares da SES/RJ. Em 2014, já se somavam 12 hospitais gerenciados por Organizações Sociais e, em 2018, a SES/RJ fez um contrato de gestão com Fundação de Saúde do ERJ (FSERJ) entregando 15 unidades próprias para gestão dessa Fundação, sendo que dessas 15 unidades, dez eram hospitais, restando apenas dois hospitais sob administração direta.

Nesses contratos firmados com SES/RJ, foram descritas diversas obrigações da contratada, entre essas, havia como obrigação a apresentação e desenvolvimento de programas de Educação Permanente, mas não havia indicador específico para EPS. Nos contratos de gestão realizados com as OSS, no período de 2011 a 2018, não foram identificadas metas e indicadores específicos para EPS, o que, consequentemente, não obrigava os contratados a descreverem em suas prestações de contas a execução de ações de EPS. As metas e indicadores específicos para EPS surgiram em alguns contratos de gestão com as OSS a partir de 2019.

O uso de indicadores está relacionado à qualidade do serviço prestado e essa, segundo Donabedian (1990), é atribuída por ações desenvolvidas sob sete pilares da qualidade: a eficácia, definida como a oferta da melhor assistência dentro das condições favoráveis do serviço; a efetividade, representada pelas melhorias atingidas frente à oferta da assistência nas condições de saúde possíveis; a eficiência que é a melhor assistência dentro do menor custo possível; a otimização, sendo essa o balanço entre os benefícios ofertados em uma assistência de qualidade relacionada ao menor custo desse; a aceitabilidade, definida como a conformidade sob ótica do receptor do serviço junto às suas expectativas na assistência recebida; a legitimidade que é descrita como a conformidade vinculada

às preferências sociais expressas em valores, leis e regulamentações e a equidade, que seria a determinação do que é justo na distribuição das ações de saúde e seus benefícios. Esses atributos podem ser avaliados, tanto isoladamente quanto em conjunto, para indicar a qualidade de serviços relacionados à assistência e introduzidos à tríade proposta.

Segundo Bitencourt e colaboradores (2021), a contribuição de Avedis Donabedian inerente a essa avaliação da qualidade nas instituições de Saúde, pode ser aplicada à EPS, pois Donabedian buscava mensurar as condições estruturais, desde os parâmetros físicos e de treinamento de pessoal, por meio da aplicação da Teoria dos Sistemas na relação entre recursos, processo e resultado aplicados na construção de indicadores. Nesse sentido, a qualidade do serviço da EPS pode ser avaliada quantitativamente por indicadores e qualitativamente pela análise das implicações desses nos pilares de eficácia, efetividade, eficiência, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

Os indicadores e metas relacionados com a EPS surgiram a partir de 2018 nos contratos de gestão da SES/RJ com as OSS e nos contratos de gestão da SES/RJ com Fundação Saúde.

No caso da Fundação Saúde, a SES/RJ fez um novo contrato de gestão, celebrado em 24 de janeiro de 2018, e nesse descreve as unidades que ficariam sob a gerência da Fundação, um total de quinze unidades de saúde e, para cada uma dessas unidades, houve um termo de referência. Do total das quinze unidades de saúde, dez foram consideradas hospitais:

a) IECAC – Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro
b) HEMORIO – Instituto Estadual de Hematologia Arthur Siqueira Cavalcanti
c) HESM – Hospital Estadual Santa Maria
d) IETAP – Instituto Estadual de Doenças do Tórax Ari Parreiras
e) CPRJ – Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro
f) HECC – Hospital Estadual Carlos Chagas
g) HEAN – Hospital Estadual Anchieta
h) HEER – Hospital Estadual Eduardo Rabelo
i) IEISS - Instituto Estadual de Infectologia São Sebastião
j) IEDS – Instituto Estadual de Dermatologia Sanitária

Os Termos de Referência de cada uma das unidades citadas acima, apresentavam indicadores de desempenho, mas apenas dois desses hospitais apresentaram indicadores relacionados com a EPS, o HERR e o IEISS, sendo que esses indicadores eram os únicos existentes para a avaliação dos serviços nesses dois hospitais, conforme mostra o quadro 7

Quadro 7 – Indicadores de desempenho hospital IEISS

indicador	metas	Memória de cálculo	Periodicidade de apuração
Índice de capacitação de profissionais	≥ 80%	Funcionários treinados/número de profissionais alocadosx100	Mensal
Índice de absenteísmo	≤ 7%	Número de ausências no período/número total de plantões previstos para o período x 100	mensal

Fonte: autor 2022

Quadro 8 – Indicadores de desempenho hospital HEER

indicador	metas	Memória de cálculo	Periodicidade de apuração
Índice de capacitação de profissionais	≥ 80%	Funcionários treinados/número de profissionais alocadosx100	Mensal
Índice de absenteísmo	≤ 4%	Número de ausências no período/número total de plantões previstos para o período x 100	Mensal

Quadro 9 – Indicadores de desempenho do IEDS

indicador	metas	Memória de cálculo	Periodicidade de apuração
Índice de capacitação de profissionais	≥ 80%	Funcionários treinados/número de profissionais alocadosx100	Mensal
Índice de absenteísmo	10%≤ do apurado	Número de ausências no período/número total de plantões previstos para o período x 100	Mensal

Fonte: autor, 2020

Não foi identificada uma justificativa, no contrato de gestão ou nos termos de referência, do porquê algumas unidades apresentarem indicadores para EPS e

outras unidades não, uma vez que a gerência dessas unidades era feita pela Fundação Saúde.

No caso da SES/RJ com as OSS, os indicadores relacionados à EPS surgem a partir de 2019, são indicadores diferentes dos da Fundação Saúde e com estratégias diferentes para avaliação. Ver quadro 10 e 11.

Quadro 10 – Indicador de desempenho – Hospital Dona Lindu

Indicador	Metas	Memória de cálculo	Pontos/mês
Educação Permanente	1,5h homem treinado/mês	Total de horas de treinamento/número de pessoal ativo no período de referência	10

Quadro 11 – Indicador EPS – Hospitais OSS – Hospital Zilda Arns, Hospital Da Mãe, Clínica da Mulher, Hospital de Traumatologia e Ortopedia Vereador Melchiades Calazans

Indicador	Referências	Memória de Cálculo	Fonte	Meta	ponto
Educação Permanente	3º Caderno de Indicadores CQH, 2009m nos protocolos de reanimação básica,	Total de horas de treinamento / Número de pessoal ativo no período de referência	Prontuário Eletrônico	1,5 homem treinado/mês	5

Fonte: autor 2022

Diferente dos dois hospitais da Fundação Saúde que apresentaram apenas dois indicadores para avaliação do serviço, o indicador para EPS nos contratos da SES/RJ com as OSS era um, dentre vários indicadores de desempenho. A escolha desse indicador teve como referência o Programa Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH), que incentiva a utilização dos indicadores como suporte ao processo decisório, entendendo que a gestão hospitalar dever ser feita baseada em fatos e o uso de indicadores é considerado como um dos elementos fundamentais (DUARTE, 2009).

Anterior à existência desses indicadores relacionados com a EPS, não havia uma regularidade em descrever as ações de EPS nas prestações de contas, algumas OSS descreviam e outras não, mas, a partir da existência desses indicadores como medida do desempenho e de avaliação do serviço, foi observada regularidade nas prestações de contas e na descrição das ações de EPS.

A Fundação Saúde descreveu com regularidade os indicadores de EPS, porém, foram descrições apenas sobre as conformidades e não conformidades para o alcance das metas. A preocupação maior era explicar os motivos que impediram o alcance dessas metas, acrescentando propostas para que as metas fossem alcançadas futuramente. Não havendo uma descrição dos temas que foram abordados nas capacitações, assim como o planejamento e as estratégias para execução dessas ações.

Nesse sentido, é possível inferir que os indicadores em questão induziram um determinado tipo de descrição sobre as ações de EPS, direcionando o relator a justificar os motivos de alcance ou não das metas. Nos relatos de 2020, o contexto COVID-19 foi um motivo marcante para o não alcance das metas.

As ponderações descritas sobre o alcance ou não alcance das metas, não relacionam as categorias profissionais envolvidas.

No caso das OSS, o relatório nas prestações de contas sobre o indicador de EPS seguiu a mesma lógica da Fundação Saúde, houve uma preocupação em justificar os motivos que levaram ao alcance ou não das metas, muitos desses motivos relacionados ao contexto COVID-19 em 2020.

Os indicadores de EPS apresentados nos Termos de Referência da Fundação Saúde e das OSS tinham como objetivo mensurar a quantidade de profissionais treinados, independente da categoria profissional envolvida no treinamento, independente do assunto em questão e da estratégia, sendo estipulada uma carga horária padrão para o treinamento desse profissional em um mês, ou seja, a meta era de 1,5h homem treinado/mês.

A EPS tem como objetivo principal a transformação das práticas e não uma carga horária por profissional. O pressuposto pedagógico da EPS entende que as práticas devem ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, organização do trabalho etc.), e ter uma aprendizagem significativa, na qual se trabalhe com elementos que façam sentido para os sujeitos envolvidos (BRASIL, 2004a)

Essas propostas da PNEPS, entre outras descritas na portaria nº 2 de Consolidação de 2017, são compreendidas por toda equipe da Subsecretaria de Educação e Inovação em Saúde da SES/RJ. Essa subsecretaria conta com um grupo específico para articulação com as unidades hospitalares da SES/RJ, é um grupo no WhatsApp denominado GT NEP/CEAS, criado no final de 2018, para

articular as UPAS e hospitais. Esse GT atua na gestão da EPS no âmbito das UPAS e dos hospitais da rede própria da SES/RJ.

Em 2019, o GT NEP/CEAS iniciou uma orientação para que as unidades hospitalares elaborassem um Plano de EPS para sua respectiva unidade de saúde, UPA e hospital, encaminhando para os coordenadores dos NEPS e CEAs o documento *Instrutivo e Preenchimento da Matriz Para o Plano de Educação Permanente em Saúde das Unidades SES/RJ*. O documento apresentava informações importantes a serem consideradas em cada uma das etapas de preenchimento da Matriz do Plano de EPS hospitalar, sendo que uma dessas informações era sobre o indicador.

No entendimento da coordenação do GT NEPS/CEAs, o indicador a ser escolhido terá como função auxiliar o monitoramento e a avaliação das metas propostas e, portanto, das ações do Plano de EPS hospitalar, tendo como objetivo alcançar uma medida resumo, que avalie o que foi planejado e o que foi realizado. Assim, orientou-se que fosse preferencialmente quantitativo e indicada tanto a execução (indicadores de processo ou desempenho) como o alcance dos objetivos (indicadores de resultado). Sinalizou-se a importância de pensar nas fontes de verificação, no sentido de garantir a apuração dos dados e a confiabilidade na informação gerada (SES/RJ, 2019).

A articulação da SES/RJ com os hospitais estaduais, através do GT NEPS/CEAs, surgiu como uma estratégia de extrema relevância no processo de capilarização da PEEPS para os hospitais da SES/RJ, a partir do contexto COVID-19, articulando com os NEPS e CEAs das unidades próprias da SES, dando suporte aos processos de EPS para o enfrentamento da pandemia nessas unidades hospitalares. A fase crítica da pandemia, em 2020, mostrou que existe a possibilidade de novas estratégias para o planejamento, execução, monitoramento e avaliação dessas ações por parte da SES/RJ e das entidades jurídicas contratadas para gerência desses hospitais estaduais.

O contexto COVID-19 fez com que a SES/RJ elaborasse, de forma emergencial, diversas capacitações, porém muitos assuntos abordados estavam relacionados ao Programa de Segurança do Paciente e já haviam sido abordados em capacitações nos hospitais. Segundo Davini (2009), nem toda ação de capacitação implica um processo de EPS, mesmo que toda capacitação vise à melhoria do desempenho do profissional, nem todas representam parte substantiva

de uma estratégia de mudança institucional, sendo essa a orientação essencial nos processos de EPS.

RECOMENDAÇÕES

Considerando os resultados e a discussão da pesquisa, é possível sinalizar alguns aspectos que podem melhorar a capilarização da PEEPS/RJ para os hospitais da SES/RJ, com perspectiva de que as ações de educação para os profissionais de saúde dos hospitais estaduais sejam mais convergentes com as concepções da PNEPS e da PEEPS/RJ.

O primeiro aspecto é sobre a articulação da SES/RJ com os hospitais estaduais para tratar de assuntos relacionados com a PEEPS. Logo após a criação da CIES/RJ e das CIES regionais do ERJ em 2009/2010, foi identificado que essas CIES não articulavam com os hospitais da SES/RJ, não havia ações elaboradas nos Planos de EPS/RJ direcionadas para os hospitais. A maioria dos hospitais estaduais tinha um CEA e a coordenação desse CEA fazia articulação com a SES/RJ, através da Gerência de Centros de Estudos e Aperfeiçoamento da rede própria da SES. Essa gerência foi extinta com a entrada das OSS e da Fundação Saúde, a partir do modelo de administração indireta nos hospitais da SES/RJ.

A articulação da SES/RJ com os hospitais estaduais foi retomada a partir da criação do GT NEPS/CEAs, no final de 2018, ficando mais intensa no contexto da pandemia do COVID-19. Mesmo não sendo uma articulação direta com uma CIES regional, os coordenadores dos NEPS/CEAs e, possivelmente, os profissionais de saúde desses hospitais estarão mais suscetíveis ao conhecimento e entendimento das concepções de EPS descritas na PNEPS e PEEPS/RJ. O GT NEPS/CEAs fomentou a elaboração de um Plano de EPS em cada uma de suas unidades hospitalares, independente do modelo de administração e do vínculo dos profissionais de saúde e essa elaboração deve considerar os preceitos da PENPS.

É necessário que os coordenadores dos NEPS e CEAs desses hospitais estaduais tenham representatividade em suas respectivas CIES regionais, no sentido de conhecer a realidade das demais Unidades de Saúde do SUS em sua Região de Saúde, dando sentido ao pensamento em rede, ao trabalho orgânico das unidades de saúde em cada Região de Saúde e à construção coletiva do Plano de Ação Regional de EPS, elaborado por representantes envolvidos com a EPS em sua unidade de todos os níveis de atenção.

Outro aspecto é o modelo de administração indireta nos hospitais estaduais da SES/RJ. Os termos contratuais prejudicam a governabilidade da SES/RJ no monitoramento e avaliação das ações de EPS. Lembrando que, em relação ao que diz respeito a EPS, os termos de referência não são iguais para todos os hospitais, apenas alguns tiveram a EPS como indicador de desempenho após o ano de 2018. Nesse sentido, nos anos anteriores, as entidades contratadas não eram obrigadas a relatar, em suas prestações de contas anuais, as ações educativas direcionadas aos profissionais de saúde realizadas no respectivo hospital.

O modelo de administração indireta por OSS está previsto para ser extinto a partir de julho de 2024, segundo a lei Estadual nº 8.986, de 25 de agosto de 2020. O governo do Estado do Rio de Janeiro reconheceu a ineficiência desse modelo de gestão com as OSS, mas permanecerá com Fundação Saúde. De qualquer forma, será necessário rever os Termos de Referência no aspecto da gestão da Educação na Saúde, pois o contrato de gestão da SES/RJ com a Fundação Saúde apresentou a EPS como indicadores de desempenho apenas para três dos dez hospitais que seriam gerenciados pela Fundação Saúde.

Outro aspecto é sobre o indicador de EPS e sua meta. Minimamente, esse indicador deve seguir as recomendações do documento elaborado em 2019 pela subsecretaria de Educação e Inovação em Saúde: instrutivo de preenchimento da matriz para o plano de Educação Permanente em Saúde das unidades da SES/RJ e não, ter como meta um total de horas padronizado para homem treinado/mês.

Quanto ao recurso financeiro para PNEPS e, mais especificamente, para as Regiões de Saúde do ERJ, é necessário viabilizar o uso do recurso financeiro das Regiões de Saúde do ERJ para ações direcionadas aos hospitais do ERJ. As pesquisas da revisão de escopo evidenciaram que as ações de EPS realizadas nos hospitais das respectivas pesquisas, não utilizaram recurso financeiro da PNEPS.

Em relação ao processo de integração ensino-serviço no âmbito hospitalar, houve uma diminuição com a entrada das OSS, porém foi regularizado, a partir das resoluções SES/RJ nº 2.204/2021 e nº 2.205/2021, e aprimorada com resolução SES/RJ nº 2371, de 17 de agosto de 2021, que trata da concessão de campo de estágio curricular de nível médio, graduação, internato e campo de prática de pós-graduação. Essa questão está bem articulada com as unidades hospitalares da SES/RJ através do GT NEPS/CEAs.

E, como última recomendação, há as novas possibilidades de estratégias para gestão da Educação na Saúde. O contexto COVID-19 mostrou que é possível implementar estratégias educacionais em situação crítica, mostrou ser possível mensurar essas ações em um curto espaço de tempo e deixou evidente o quanto é relevante um NEPS/CEA em cada hospital da SES/RJ, com as devidas estruturas tecnológica e de RH, pois foram esses coordenadores que deram as respostas necessárias para uma análise final. Nesse sentido, é necessário pensar nos recursos tecnológicos que podem ajudar no processo de planejamento, monitoramento e avaliação das ações de EPS nos hospitais da SES/RJ.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução: Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução: Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

BASSINELLO G. A. H.; BAGNATO, M. H. S. Os primórdios do Projeto Larga Escala: tempo de rememorar. **Revista Brasileiras de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 4, p. 620-626 jul./ago., 2009.

BEZERRA, M. M.; GUERRA, D.R.; GUEDES, M.V.C. Atendente de enfermagem: por quê? até quando? **Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília**, v. 51, n. 1, p. 77-92, jan./mar., 1998

BITENCOURT G. R.; FERREIRA, A. F. M.; AMARAL, M. H. S. P.; RENAULT, S. M. G.; SILVA J. O.; SANTOS, K. M. Uso de indicadores na avaliação do serviço de Educação Permanente: reflexão dos pilares da qualidade. **Rev baiana enferm**., v. 35, e36844, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Geral. Secretaria de Recurso Humano. **Conferência Nacional de Recursos Humanos para A Saúde**: Relatório Final. Brasília, 13-17 out. 1986.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Constituicao Compilado.htm. Acesso em: 02 fev. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm, acesso em: 20 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A questão dos Recursos Humanos nas Conferências Nacionais de Saúde**: 1941-1992. Brasília: Ministério da Saúde, novembro, 1993.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estad**o. Brasília, DF: Imprensa Nacional, nov. 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. **Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9637.htm. Acesso em: 12 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno 3**: Educação Permanente, Cadernos de Atenção Básica, Programa Saúde da Família. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação de Investigação do Departamento de Atenção Básica. Os pólos de capacitação, formação e educação permanente de pessoal para saúde da família. **Informe da Atenção Básica. Polo de Capacitação**, ano 2, n.10, p. 1-2, jun. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Reunião dos Coordenadores dos pólos de capacitação, formação e educação permanente em saúde da família**: relatório. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Políticas de Formação e Desenvolvimento para o SUS**: Caminhos para a educação permanente em saúde. Brasília, 25 de agosto 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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, 2004a

BRASIL. Ministério da Saúde. **12.ª Conferência Nacional de Saúde**: Conferência Sergio Arouca: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de gestão na educação na saúde. **A Educação Permanente Entra na Roda Pólos de Educação Permanente em Saúde Conceitos e Caminhos a Percorrer.** (Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Educação na Saúde). Brasília, DF, 2005

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, 20 ago. 2007.

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.** (Série B. Textos Básicos de Saúde; Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9). Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)**: uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SGETS**: políticas e ações Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, 12 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático**: gestão do trabalho e da educação na saúde 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.135, de 25 de setembro de 2013**. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/ saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html. Acesso em: 17 mar. 2022.

BRASIL. Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014. Estabelece princípios, garantias, direitos e deveres para o uso da Internet no Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, ano 77, p. 1, abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, 28 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 580, de 22 março de 2018. Estabelece que as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, n. 135, p. 55, 16 jul. 2018.

BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018.Dispõe sobre a proteção de dados pessoais e altera a Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014(Marco Civil da Internet). **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, n. 157, p. 59, 15 ago. 2018.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **[Cidades e Estados]**. 2019. Disponível em: https://www.BRASIL.gov.br/cidades-e-estados.html?view=municipio. Acesso em: 15 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. **Protocolo de manejo clínico da COVID-19 na Atenção Especializada** [recurso eletrônico] 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Atenção à Saúde-CNES, extração de dados de profissional**.
Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/pages/profissionais/extracao.jsp. Acesso em: 14 abr. 2020.

BRIDI, Maria Aparecida. A pandemia COVID-19: crise e deterioração do mercado de trabalho no Brasil. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 34, n. 100, p. 141-165, dez. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142020000300141&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 mar. 2021.

CAMARA, Samuel Façanha et al. Vulnerabilidade socioeconômica à COVID-19 em municípios do Ceará. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 4, p. 1037-1051, ago. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script= sci_arttext&pid=S0034-76122020000401037&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 mar. 2021.

CASTRO, Tharles Maia de. **O que pensam os profissionais de saúde sobre as capacitações em serviço**: um estudo com profissionais de uma unidade de terapia intensiva do Estado de Rondônia. Porto Velho, 2017.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 41-65, 2004.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.,** v. 9, n.16, p. 161-8, 2005.

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

CLASEN ROSCHKE, Maria Alice; DAVINI, Maria Cristina; HADDAD, Jorge. Educación permanente y trabajo em salud: un proceso constructivo. **Educación Médica y Salud**, Washington, DC, v. 27, n. 4, p. 466-488, 1993.

COGO, A. L. P.; LOPES, E. F. S.; PERDOMINI, F. R. I.; FLORES, G. E.; SANTOS, M. R. R. Construção e desenvolvimento de cenários de simulação realística sobre a administração segura de medicamentos. **Rev Gaúcha Enferm**. 2019.

CORRÊA, A. P. A.; DALLA, Nora C. R.; SANTOS, V. J.; VIEGAS, G. L.; AGEA J. L. D.; OLIVEIRA, A. C. S.; BEGHETTO, M. G. Riscos da terapia nutricional enteral: uma simulação clínica. **Rev Gaúcha Enferm**. 2020.

COSTA, Daniele Bernardi et al. Custo de educação continuada para equipe de enfermagem de um hospital universitário público. **Rev. Eletr. Enf.**, abr/jun 2012.

COSTA, F. L. da. A reforma do Estado e as organizações sociais. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 32, n. 5, p. 209 a 213, 1998. Disponível em: https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/7770. Acesso em: 5 ago. 2022

COSTA. L.C. O governo FHC e a reforma do Estado Brasileiro. **Pesquisa & Debate**, São Paulo, v. 11, n. 1 (17), p. 49-79, 2000.

CQH - Compromisso com a Qualidade Hospitalar - **3º Caderno de Indicadores CQH-2009.** São Paulo: APM/CREMESP, 2009. 92 p.

DAVINI, Maria C. Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 39-58. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

DELORS, J. **Educação**: um tesouro a descobrir. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: MEC/UNESCO, 1998.Disponível em: https://www.cedefop.europa.eu/ files/etv/Upload/Information_resources/Bookshop/132/6_pt_titz.pdf. Acesso em: 01 abr. 2021.

DUARTE, I.V. **Programa CQH**: Compromisso com a Qualidade Hospitalar: 3º Caderno de Indicadores CQH. São Paulo/SP, 2009.

ESCOREL S, TEIXEIRA L. História da política de saúde no Brasil de 1822 a 1963. In: GIOVANELLA, L (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 279-322.

FALKENBERG, Mirian Benites *et al.,* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014.

FERREIRA, Karina. **Avaliação da capacitação de profissionais de saúde na área de reabilitação auditiva via teleducação**: ênfase em crianças de zero a três anos de idade. 2016. Tese (Doutorado) – Bauru, 2016.

FERTÉ, Stephanie. **O desafio da implementação da Política de Humanização nos hospitais Estaduais do Rio de Janeiro gerenciados por Organizações Sociais: uma análise a partir dos contratos de gestão**. 2015. 85 f. Dissertação (Mestrado profissional em Saúde Pública). – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro,2015.

FEUERWERKER, Laura C. M. Educação na saúde: educação dos profissionais de saúde: um campo de saber e de práticas sociais em construção. **Revista brasileira de educação médica**, v. 31, n. 1, p. 3-4, 2007.

FRANÇA, Tânia. **Análise da Política de Educação Permanente do SUS (PEPS) implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES)**: relatório final. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2016. (Volume II).

FRANÇA, T.; BELISÁRIO, S. A.; MEDEIROS, K. R.; PINTO, I. C. M.; GARCIA, A. C. P. Limites e possibilidades das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço: percepções dos gestores. **Saúde Debate**, Rio De Janeiro, v. 41, n. Especial 3, p. 144-154, Set 2017

GADOTTI, Moacir. **Educação e poder**: introdução à pedagogia do conflito. 16. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

GARCIA, I. M.; FRACASSO, N. V.; DIAS, A.O. *et al.* Olimpíada de qualidade e segurança em hospital universitário público sentinela. **Revista em debate**, **sociedade, ciência e sociedade**, Londrina, 2019.

GERSCHMAN, Silvia; SCHOTT, Márcia. Os percalços da Política de Educação Permanente em Saúde do Estado do Rio de Janeiro: dilemas institucionais no âmbito estadual. **Educação & saúde**, p. 204-223, 2010.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 184p

HADDAD, Jorge. DAVINI, María Cristina; CLASEN ROSCHKE, Maria Alice. ¿Porque esta obra? Educacion Permanente en Salud, un camino en construcción. In: HADDAD, Jorge, CLASEN ROSCHKE, María Alice; DAVINI, María Cristina. **Educación permanente de personal de salud.** Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1994. p. XVII-XXIII. (OPS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos, 100).

HEMESATH, M. P.; SANTOS, H. B.; TORELLY, E. M. S. *et al.* Estratégias educativas para melhorar a adesão à identificação do paciente. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 36, n. 4, p. 43-8, dez. 2015.

INSTITUTO SÓCRATES GUANAES (ISG), **Relatório anual de execução 2013**. Disponível em: https://www.prosaude.org.br/portal-da-transparencia/prestacao-de-contas/. Acesso em: maio 2020.

INSTITUTO SÓCRATES GUANAES (ISG), **Relatório anual de execução 2014**. Disponível em: https://www.prosaude.org.br/portal-da-transparencia/prestacao-de-contas/. Acesso em: maio 2020.

INSTITUTO SÓCRATES GUANAES (ISG), **Relatório anual de execução 2015**. Disponível em: https://www.prosaude.org.br/portal-da-transparencia/prestacao-de-contas/. Acesso em: maio 2020.

KOERICH, Cintia; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Significados atribuídos pela equipe de enfermagem sobre educação permanente em uma instituição cardiovascular. **Rev Rene**, p. 93-102, jan./fev. 2016.

LIMA, Claudio Márcio Amaral de Oliveira. Informações sobre o novo coronavírus (COVID-19). **Radiol Bras**, São Paulo, v. 53, n. 2, p. V-VI, Apr. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext& pid=S0100-39842020000200001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 mar. 2021.

LOPES, Elisabeth de Fátima da Silva *et al.* Educação em saúde: um desafio para a transformação da práxis no cuidado em enfermagem. **Revista Hospital de Clínicas de Porto Alegre**, 2007

MACÊDO, W. T. P.; FIGUEIREDO, B. M.; REIS, D. S. T.; BARROS, S. H. P.; RAMOS, M. C. A.; SILVA S. E. D. The nursing professionals' engagement to educational practices. **Rev Fun Care Online**, 2019.

MAGALHÃES, Marta Gama; FREIRE, Flávia Helena M.; PINHEIRO, Roseni. (Org.). **Educação permanente em saúde:** caminhos percorridos na região do médio paraíba, Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ-ABRASCO, 2015.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

MARINHO, M. M. **Intervenções Educativas de Enfermagem**: reflexos na cultura de segurança do paciente. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde (Tese de Doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2016, 233 p.

MEDICI, A. C. A Força de Trabalho em Saúde no Brasil dos Anos Setenta: Percalços e tendências. **Revista De Administração Pública**, v. 20, n. 3, p. 54-69. 1986

MICCAS, F.L.; BATISTA, S.H.S.S. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Rev Saúde Pública**, v. 48, n. 1, p. 170-185, 2014.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407p.

MINAYO, M.C. de S (org.). **Avaliação por Triangulação de Métodos: Abordagem de Programas Sociais.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MINAYO, M.C. de S. O Desafio da Pesquisa Social. In: MINAYO, M.C. de S et al. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 32. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012. P. 9-29.

MINAYO, M.C. S. O desafio do conhecimento. **Pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407p.

MOREIRA, F.J.F; SAMPAIO, J.V.; ABREU, L.D.P.; SANTOS, M.L.S. **Caminho trilhado na construção do plano estadual de educação permanente:** percursos e discursos. Escola de Saúde Pública do Ceará. – Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2018.

NASCIMENTO, J. C.; Draganov, P. B. History of quality of patient safety. **Hist enferm Rev electronica**, v. 6, n. 2, p. 299-309, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Trabalhando juntos pela saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; ALVES, Fernando Pires; HOCHMAN, Gilberto. A cooperação técnica OPAS-Brasil na formação de trabalhadores para a saúde (1973-1983). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 3, p. 929-939,2008

PAIVA, Carlos Henrique Assunção**. A organização panamericana de saúde (opas) e a reforma de Recursos humanos na saúde na américa latina (1960-70).** texto, produzido no período de outubro-janeiro de 2004, produto preliminar do projeto “História da cooperação técnica em Recursos Humanos em Saúde no Brasil”. (COC/FIOCRUZ-OPAS/OMS).

PAULINELLI, R. R. *et al.* Resultados do Programa de Educação Continuada em Oncoplastia e Reconstrução Mamária da Sociedade Brasileira de Mastologia no Hospital Araújo Jorge em Goiânia. **Revista Brasileira de Mastologia**, 2016

PEREIRA, L. D. **A educação permanente no cotidiano dos trabalhadores da saúde:** um olhar para o hospital risoleta tolentino neves. 2018. 267 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2018.

PIERANTONI, Célia Regina et al. **Gestão do trabalho e da educação em saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ObservaRH, 2012.

PINTO, C. J. M. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde:** uma análise das ações de EPS do Estado do Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde), Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, 2017.

PRÓ-SAÚDE – Associação Beneficente de assistência social e hospitalar. **Prestação de contas anual, relatório de gestão do exercício de 2013**. Rio de janeiro, dezembro de 2013. Disponível em: https://www.saude.rj.gov.br/organizacoes-sociais-de-saude/hospitais/2019/04/hospital-getulio-vargas. Acesso em: maio 2020.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil. Subsecretaria de Vigilância em Saúde. Superintendência de atenção básica, Educação em Saúde e Gestão Participativa. **Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde 2009/2010**. nov. 2009.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil. Subsecretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. Coordenação Geral de Educação em Saúde e Gestão. **Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde 2010/2011**. dez. 2010.

RIO DE JANEIRO. Governo do Estado do Rio de Janeiro. **Lei nº 6043, de 19 de setembro de 2011**, dispõe sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como organizações sociais, no âmbito da saúde, mediante contrato de gestão, e dá outras providências. Disponível em: https://gov-rj.jusbrasil.com. br/legislacao/1029223/lei-6043-11#:~:text=DISP%C3%95E%20SOBRE%20A%20QUALIFICA%C3%87%C3%83O%20DE,GEST%C3%83O%2C%20E%20D%C3%81%20OUTRAS%20PROVID%C3%8ANCIAS. Acesso em: 17 mar. 2022.

RIO DE JANEIRO (ESTADO). Secretaria de Estado de Saúde. Anexo I Termo de Referência, processo E-08/3190/2012. Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: https://www.saude.rj.gov.br/organizacoes-sociais-de-saude/hospitais/2019/04/hospital-getulio-vargas. Acesso em: set. 2020.

RIO DE JANEIRO (ESTADO). Secretaria de Estado de Saúde. **Anexo I Termo de Referência, processo E-08/7891/2012**. Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: https://www.saude.rj.gov.br/organizacoes-sociais-de-saude/hospitais/2019/04/hospital-getulio-vargas. Acesso em: set. 2020.

RIO DE JANEIRO. Governo do Estado do Rio de Janeiro. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Atenção à Saúde. **Termo de Referência**. Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: https://www.saude.rj.gov.br/organizacoes-sociais-de-saude/hospitais/2019/04/hospital-azevedo-lima. Acesso em: ago. 2020.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria Geral. Superintendência de Educação em Saúde. **Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde 2016/2017**. maio 2017.

RIO DE JANEIRO. Governo do Estado do Rio de Janeiro. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Gestão da Atenção Integral à Saúde. **Anexo I Termo de Referência, Processo nº E-08/001/294/2017**.Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, 2017b. Disponível em: https://www.saude.rj.gov.br/organizacoes-sociais-de-saude/hospitais/2019/04/hospital-azevedo-lima. Acesso em: ago. 2020.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria Geral. Superintendência de Educação em Saúde**. Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde 2018**. Maio, Secretaria de Estado de Saúde, 2018a.

RIO DE JANEIRO. Governo do Estado do Rio de Janeiro. Secretaria de Estado de Saúde. **Contrato de Gestão 005/2018**. 2018b. Disponível em: http://www.fundacaosaude.rj.gov.br/fidelidade/wp-content/uploads/2015/07/ Contrato-de-Gest%C3%A3o-005-2018.pdf. Acesso em: 01 out. 2020.

RIO DE JANEIRO, Governo do Estado do Rio de Janeiro, Secretaria de Estado de Saúde, Fundação Saúde. **Termos de Referência**. Secretaria de Estado de Saúde, 2018c. Disponíveis em: http://www.fundacaosaude.rj.gov.br/institucional/contrato-de-gestao/. Acesso em: 01 out. 2020.

RIO DE JANEIRO. Governo do Estado do Rio de Janeiro, Secretaria de Saúde, Fundação Saúde**. Relatório de Execução agosto a outubro 2019 1º termo aditivo ao contrato de gestão 005/2018**. Fundação Saúde, 2019a. Disponível em: http://www.fundacaosaude.rj.gov.br/fidelidade/wp-content/uploads/2015/07/ Relat%C3%B3rio-de-Execu%C3%A7%C3%A3o-do-Contrato-de-Gest%C3%A3o-1%C2%BA-TA-005-2018-ago-a-out-2019.pdf. Acesso em: 11 set. 2020.

RIO DE JANEIRO. Governo do Estado do Rio de Janeiro, Secretaria de Estado de Saúde, Fundação Saúde. **Relatório Consolidado**, **ano 2018**. 2019b. Disponível em: http://www.fundacaosaude.rj.gov.br/institucional/contrato-de-gestao/. Acesso em: 01 out. 2020.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria Geral. Superintendência de Educação em Saúde. **Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde 2019-2022.** set. 2019c.

RIO DE JANEIRO. Governo do Estado do Rio de Janeiro. Secretaria de Estado de Saúde. **Contrato de Gestão nº 001/2019**. Secretaria de Estado de Saúde 2019d. Disponível em: https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo. php?C=MjA2NDg%2. Acesso em: 01 out. 2020.

RIO DE JANEIRO. Governo do Estado do Rio de Janeiro, Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Educação e Inovação em Saúde. Superintendência de Educação Permanente. **Plano de Ação Estadual de Educação Permanente em Saúde**. 2020a.

RIO DE JANEIRO. Governo do Estado do Rio de Janeiro, Secretaria de Estado de Saúde, Fundação Saúde. **Relatório Consolidado, ano 2019**. FSERJ, 2020b. Disponível em: http://www.fundacaosaude.rj.gov.br/institucional/ contrato-de-gestao/. Acesso em: 01 out. 2020.

RIO DE JANEIRO (Estado). **Plano Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro 2020/2023**. Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. 2020c. Disponível em: https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/Mostrar Arquivo.php?C=Mjk4MzM%2C.Acesso em: 10 abr. 2020.

RIO DE JANEIRO. Fundação de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. **Apresentação sobre a fundação saúde**. 2020d. Disponível em: http://www.fundacaosaude.rj.gov.br/institucional/apresentacao/. Acesso em: 11 set. 2020.

RIO DE JANEIRO. Governo do Estado do Rio de Janeiro Secretaria de Estado de Saúde. **Anexo I Termo de Referência, Processo nº E-08/001/2020**. Rio de Janeiro, 2020e. Disponível em: https://Www.Saude.Rj.Gov.Br/Comum/Code/Mostrararquivo.Php?C=Mzi4otg%2c. Acesso em: 10 set. 2020.

RIO DE JANEIRO. Fundação de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. **Anexo XX, Plano de Trabalho fevereiro de 2018 a janeiro de 2019**. Secretaria de Estado de Saúde, 2020e. Disponível em: http://www.fundacaosaude.rj.gov.br/fidelidade/wp-content/ uploads/2015/07/20-Anexo-XX-Plano-de-Trabalho.pdf. Acesso em: 09 set. 2020.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. **Mapa de Saúde do Estado do Rio de Janeiro**. Disponível em: http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnet/retratos/Mapas_da_Sa%C3%BAde/index.html. Acesso em: 12 abr. 2020.

ROVERE, Mario. Gestión de la educación permanente em salud. In: OPS. **Educación permanente de personal de salud.** Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1994. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos, 100).

SADE, Priscila Meyenberg Cunha *et al*. Demandas de Educação Permanente de Enfermagem em hospital de ensino. **Cogitare enferm.**, Curitiba, v. 24, e 57130, 2019.

SALLES, R. S. **Educação permanente:** potencialidades para a cultura da qualidade em uma instituição pública de saúde. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) - Universidade Federal Fluminense, 2013.

SANTOS, José Luís Guedes dos et al. Como os hospitais universitários estão enfrentando a pandemia de COVID-19 no Brasil. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 33, eAPE20200175, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002020000100469&lng=pt&nrm=iso. acessos em 20 mar. 2021. Epub 19-Out-2020. https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020ao01755.

SANTOS, T. B. S.; SOUZA, J. S.; MARTINS, J. S.; ROSADO, L. B.; PINTO, I. C. M. Gestão indireta na atenção hospitalar: análise da contratualização por publicização para rede própria do SUS. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n.esp. 2, p. 247-261, out. 2018.

SÁ-SILVA, J.; DE ALMEIDA, C. D; GUINDANI, J.F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista brasileira de história & ciências sociais**, v. 1, n. 1, 2009.

SHIROMA, E. O. **Dossiê:** uma metodologia para análise conceitual de documentos sobre política educacional. Florianópolis, 2004.

SILVA, Rosilda Veríssimo. **Política de educação permanente e a possibilidade de hospitais promotores da saúde**. 2016. 266 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis - SC, 2016.

SOUZA, A. M. A.; GALVÃO, E.; SANTOS, I.; ROSCKE, M. A. **Processo Educativo nos Serviços de Saúde**. OPAS, Oficina regional da OMS, Brasília,1991. (Desenvolvimento de recurso humano; 1)

SOUZA, Diego de Oliveira. A pandemia de COVID-19 para além das Ciências da Saúde: reflexões sobre sua determinação social. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 1, p. 2469-2477, junho de 2020.

SOUZA, Raquel Costa Rodrigues. Et al Educação Permanente em Enfermagem e a interface com a ouvidoria hospitalar **Rev. Rene.**, Fortaleza, out./dez.2010

TALITA, Silva Alves Tibola; ALDENORA Laísa Paiva de Carvalho Cordeiro; THAÍS Santos Guerra Stacciarini; ROSANA Huppes Engel; DANIELA Galdino Costa; VANDERLEI José Haas. Fatores que influenciam a participação dos profissionais de enfermagem na educação permanente em hospital público. **Enfermagem em foco**, 2019. Disponível em: http://revista.cofen.gov.br/index. php/enfermagem/article/view/2044/532. Acesso em: 28 mar. 2021.

TAQUES, Luana *et al.* Desenvolvimento de um manual ilustrado para o cirurgião-dentista da Unidade de Terapia Intensiva: relato de experiência, **Reciis**: Rev. Eletronica Comunicação Informação Inovação Saúde, 2019

TEIXEIRA, M.; SILVA, M.V.; LIMA, M. L. Organizações Sociais e Fundações Estatais de Direito Privado no Sistema Único de Saúde: relação entre o público e o privado e mecanismos de controle social. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. especial, p. 145-159, dez 2015.

TITZ, Jean Pierre. O projeto educação permanente do conselho da Europa. **Revista Europeia Formação profissional,** Cedefop. Berlin, n. 6, p. 45-49, set./dez. 1995.

TRICCO, A. C. et al. Uma revisão do escopo sobre a conduta e os relatórios das revisões do escopo. **Metodologia da pesquisa médica do BMC**, v. 16, n. 1, p. 15 de 2016.

VIANA, Ana Luiza D'Àvila (Coordenação). **Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente Em Saúde**. (Projeto de pesquisa – relatório final). Fundação Faculdade de Medicina – FFM, Universidade de São Paulo.2008

VIEIRA, Mônica et al. O trabalho e a educação na saúde: a "questão dos recursos humanos". In: VIEIRA, Monica; DURÃO, Anna Violeta; LOPES, Marcia Raposo. **Para além da comunidade**: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011. p. 79-118.

VIEIRA, Monica; DURÃO, A. V. R.; BARRETO, C. M. G.; CARVALHO, V.F.; **Análise da Política de Educação Permanente em Saúde:** um estudo exploratório de projetos aprovados pelo Ministério da Saúde: relatório final. Rio de Janeiro: Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde; Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde, 2006.

VITURI, Dagmar Willamowius *et al.* **Indicadores de qualidade como estratégia para melhoria da Qualidade do cuidado em um hospital universitário**. Universidade Estadual de Londrina. Ciência Cuidado Saúde, out/Dez, 2010.

WALDMAN, E. A.; SATO, A. P. S. Trajetória das doenças infecciosas no Brasil nos últimos 50 anos: um contínuo desafio. **Rev. Saúde Pública**, v. 50, p. 68, 2016.