



GOVERNO DO ESTADO  
DE SÃO PAULO



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS  
GRUPO TÉCNICO BIPARTITE DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

**Portaria 1996 – MS**

**Plano Estadual de EP em Saúde de São Paulo – 2020/2023**

## **DOCUMENTO NORTEADOR**

**Diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente  
em Saúde no Estado de São Paulo**

Texto sistematizado por representantes da SES/SP e COSEMS:

Ana Beatriz Braga de Carvalho

Ricardo Chaves de Carvalho

Vania Alessandra Feres

Regina Bichaff

Neil José Sorge Boaretti

Mônica Vilchez da Silva

Sílvia Simões Teixeira Nicolau

Aparecida Linhares Pimenta

Márcia Marinho Tubone



GOVERNO DO ESTADO  
DE SÃO PAULO



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS  
GRUPO TÉCNICO BIPARTITE DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

## I - INTRODUÇÃO

Este Documento visa contribuir com o desenvolvimento das diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) no Estado de São Paulo e, simultaneamente, apontar eixos que orientem a construção e eventual execução financeira de propostas de Educação Permanente em Saúde (EPS) pelos municípios e Regiões de Saúde, reafirmando os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a qualificação do trabalho em saúde e de seus processos, traduzidos nas inúmeras ações desenvolvidas nos territórios.

Para tanto é indispensável considerar os diferentes atores que devem estar envolvidos com a implementação da Política e do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS) 2020-2023, particularmente os Núcleos de Educação Permanente em Saúde (NEPS), as Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES), os Departamentos Regionais de Saúde (DRS) e Centros de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS (CDQ-SUS), os Centros Formadores de Pessoal para Saúde / Escolas Técnicas do SUS (CEFORSUS) da Secretaria de Estado da Saúde (SES), as Áreas Técnicas da SES, as Secretarias Municipais de Saúde, o Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMS/SP), as Instituições de Ensino Superior (IES), os Conselhos Municipais de Saúde, as Comissões Intergestores Regionais (CIR), bem como os trabalhadores da saúde, que são atores fundamentais deste processo, e os usuários do SUS.

A transformação das práticas tradicionais de capacitação/formação para uma construção ascendente, participativa, dialógica e centrada no cotidiano do trabalho, exige ampliação de esforços e foco na realidade local/regional enquanto condição fundamental à efetivação da Política de EPS.

Na prática, significa enfrentarmos, de forma bipartite, novos e antigos desafios. Entre eles, a organização de espaços coletivos de discussão de Políticas Públicas em Saúde, o apoio técnico e institucional aos municípios, o fomento às ações transversais, a busca de melhoria no processo de construção, pactuação, execução, monitoramento e avaliação de projetos e suas ações, a adequação às demandas do cotidiano da gestão e dos serviços, e também as mudanças tecnológicas e o advento cada vez mais presente da comunicação e educação mediadas por tecnologias, entre outros.



## II - MARCOS REFERENCIAIS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O primeiro marco a ser destacado é a [Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004](#), que concebe a EPS como “estratégia de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para o SUS” e define Educação Permanente como sendo:

“O conceito pedagógico no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde.” (BRASIL,2004)

Em 2007 a [Portaria GM/MS nº 1.996](#) dispõe sobre as diretrizes para a implementação da PNEPS e compreende que a EPS:

- a. Destina-se a públicos multiprofissionais;
- b. Objetiva transformações das práticas técnicas e sociais do campo da saúde, tendo em vista a garantia do acesso, a melhoria da qualidade, a humanização da atenção à saúde da população e o aperfeiçoamento da capacidade de gestão do SUS;
- c. Preocupa-se com os problemas cotidianos das equipes de saúde, tomando como ponto de partida, para as ações educativas, os problemas identificados no processo de trabalho, sensibilizando e gerando compromissos entre os trabalhadores, gestores, instituições de ensino e usuários para com o desenvolvimento institucional do SUS, a melhoria do desempenho das equipes de saúde e o desenvolvimento individual dos profissionais e trabalhadores de saúde.
- d. Utiliza as metodologias ativas de ensino-aprendizagem, centradas na resolução de problemas;
- e. Recomenda-se que, preferencialmente, os processos de EPS sejam desenvolvidos no próprio ambiente de trabalho;
- f. Deve ser considerada um processo contínuo, que faz parte do projeto de consolidação e desenvolvimento do SUS, fomentando assim a condução regional da política, com participação interinstitucional através das CIES.



GOVERNO DO ESTADO  
DE SÃO PAULO



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS  
GRUPO TÉCNICO BIPARTITE DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

## **Histórico de Educação Permanente no Estado de São Paulo**

A Portaria GM/MS nº 198/2004, que orientou a implantação da PNEPS, desencadeou a constituição, no Estado de São Paulo, de 08 (oito) Polos de Educação Permanente, enquanto espaços legitimados para articulações, discussões e pactuações necessárias à efetiva implantação dessa nova proposta, bem como a Comissão Bipartite de implantação e acompanhamento da Política e dos Polos no Estado.

Em 2007, com a Portaria GM/MS nº 1996, foram estabelecidas novas diretrizes e estratégias para a Política de EPS, com três mudanças básicas: a alteração da política no sentido de adequação ao Pacto pela Saúde, publicado pela [Portaria GM/MS nº 399 de 2006](#), que aponta um maior protagonismo do Colegiado de Gestão Regional (CGR); a descentralização dos recursos financeiros que antes ficavam sob gestão do Ministério da Saúde (MS); a vinculação das ações de educação permanente em saúde aos planos de saúde, seja nos âmbitos municipal, regional ou estadual e a reconfiguração dos Polos de Educação Permanente em CIES.

A condução regional da Política passou a se dar por meio dos CGR, hoje denominados CIR, com o apoio dos Núcleos de EPS (Câmara Técnica das Comissões) e da CIES.

Ao final de 2006, a SES/SP definiu uma nova organização regional, criando 17 (dezesete) CDQ-SUS, que legitimou a possibilidade de o gestor estadual atuar nas políticas de EPS e de Humanização, constituindo-se no articulador fundamental de ambas, junto às regiões de saúde dos DRS do estado.

Com o Pacto pela Saúde, o Estado de São Paulo criou, e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) aprovou, 64 (sessenta e quatro) Regiões de Saúde (RS), considerando as aproximações formais e informais já existentes entre as regiões. Na ocasião se recomendou a elaboração dos Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) para cada Região constituída, o estímulo e apoio para a criação de Núcleos de EPS municipais ou regionais, atuando em parceria com os CDQ-SUS, na construção das ações de EPS.

Os CEFOR - ETSUS, em número de 06 (seis) no Estado (uma vinculada ao município de São Paulo e cinco à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP), integram os processos de EPS, atuando em



GOVERNO DO ESTADO  
DE SÃO PAULO



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS  
GRUPO TÉCNICO BIPARTITE DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

parceria com os CDQ-SUS e com os municípios, colaborando nos processos didático-pedagógicos e na oferta de formações técnicas em saúde em conformidade com as necessidades identificadas pelos CDQ-SUS, pelas Câmaras Técnicas de EPS/NEPS Regionais ou Municipais ou por atores locais que desenvolvem a EPS.

A execução do primeiro Plano Estadual de EPS teve início em 2008, com a realização de Seminários Macrorregionais e Oficinas de trabalho regionais de EPS e, desde então, vem sendo reiterado o processo participativo e ascendente para elaboração dos planejamentos de EPS.

Em 2015, os CDQ-SUS e as ETSUS elaboraram um Plano Estadual de EPS, destinado à orientação de desenvolvimento de ações prioritárias e balizador para novos investimentos nos territórios, tendo como propósito a criação de Núcleos para discussão da política de EPS dos municípios como instrumento de gestão.

Em 2017, o Ministério da Saúde lançou o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde, o PROEPS-SUS, cujo art. 5º da [Portaria GM/MS Nº 3.194](#), instituiu incentivo de custeio para elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS).

A SES/SP, frente ao propósito da estruturação do PEEPS, atrelou o diagnóstico sobre educação permanente em saúde realizado no projeto Saúde em Ação, financiado pelo Banco Internacional de Desenvolvimento (BID), conectando também as várias intenções desta Pasta, na elaboração de um único plano para o quadriênio de 2020 a 2023.

### **III - PLANO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DE SÃO PAULO – 2020/2023**

#### **Breve histórico**

O Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde foi construído em 2019, de forma ascendente, bipartite, com a participação de todas as CIR do Estado de São Paulo e configurou-se numa proposta de planejamento e orientação para o desenvolvimento da PNEPS no Estado de São Paulo.



GOVERNO DO ESTADO  
DE SÃO PAULO



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS  
GRUPO TÉCNICO BIPARTITE DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Foram realizadas oficinas macrorregionais, considerando-se as peculiaridades regionais e as CIR, a partir da disseminação do referencial teórico da EPS, tendo como objetivo a construção de diretrizes, objetivos, metas e indicadores norteadores do PEEPS.

O produto destas oficinas resultou no Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do Estado de São Paulo 2020 - 2023 contemplando 05 (cinco) diretrizes:

- I. Contribuir para a mudança de práticas direcionadas aos modelos de gestão e atenção do SUS, norteando os processos educativos dos trabalhadores para enfrentamento da fragmentação dos serviços e ações de saúde, no Estado de São Paulo;
- II. Estabelecer processo de monitoramento e avaliação das práticas de Educação Permanente no SUS no âmbito do Estado de São Paulo;
- III. Promover a Integração Ensino-Serviço-Comunidade e fomentar práticas educacionais em espaços coletivos, fortalecendo o trabalho em equipes multiprofissionais;
- IV. Ampliar a infraestrutura e o financiamento da Política de EPS para o Estado de São Paulo; e
- V. Disseminar a Política e o conceito de Educação Permanente em Saúde, fomentando as práticas educacionais em espaços coletivos de trabalho.

Com a implementação do plano espera-se:

- A estruturação e o fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde, por meio da qualificação e o envolvimento dos profissionais dos serviços com vistas à integralidade do cuidado, tornando-as resolutivas.
- O atendimento das necessidades regionais identificadas por meio do diagnóstico, bem como das discussões das oficinas regionais.
- A implementação e o desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde, bem como o monitoramento e avaliação sistemática das ações, a fim de que possa se constituir como ferramenta de gestão na condução de políticas públicas, que visam à integralidade da atenção à saúde.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS  
GRUPO TÉCNICO BIPARTITE DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

- A consonância entre Ensino e Serviço com vistas às ações que aumentem a capacidade dos profissionais do serviço e alunos das instituições de ensino, na gestão do cuidado inseridas nas realidades regionais e locais, utilizando cenários de práticas como espaços de aprendizagem.

#### **IV - PLANO REGIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE – PREPS**

O planejamento em saúde constitui-se num processo para transformar a realidade, cujo início se dá pelo diagnóstico da situação de saúde. É nele também que se propõe alternativas e os meios para viabilizar as mudanças, definindo as ações para se atingir uma nova situação.

O setor da saúde articula diferentes unidades, programas e serviços a fim de garantir o cuidado de toda a população, conformando interesses e também conflitos. Assim, as responsabilidades pela saúde da população no SUS são das três esferas de governo: federal, estadual e municipal, de modo que planejar essas ações de saúde exige um grande trabalho e competência de gestão interfederativa, o que é impossível realizar sem um planejamento adequado.

Os Planos Regionais de EPS deverão ser construídos por cada uma das 63 regiões de saúde, em processo participativo, com atores locais e estratégicos e devem considerar, entre outros aspectos, os problemas levantados pelas regiões de saúde na contribuição ao Plano Estadual de Saúde 2020-2023, os indicadores apresentados no SISPACTO, considerando objetivos, diretrizes, metas e atividades propostas regionalmente para seu alcance e os eixos prioritários propostos neste Documento.

Como a EPS parte de um problema/desafio a ser enfrentado, vamos refletir sobre o que é um problema?

Problema é algo que denota ausência ou carência na realidade que se pretende transformar. Problema é aquilo que o ator que planeja considera que não está adequado e deve ser modificado.

Para o levantamento dos problemas devemos nos basear em dados objetivos, verificáveis e comparáveis, que deverão estar descritos de



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS  
GRUPO TÉCNICO BIPARTITE DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

forma clara e objetiva, por meio de descritores (frases curtas), que contribuam para o seu entendimento. Como exemplo podemos usar de questões que podem parecer simples, mas que nos levam a entender o problema:

- O quê? (o que é o problema);
- Por que? (por que ele ocorre)
- Quando? (quando ele ocorre)
- Onde? (onde ele ocorre);
- Como? (como ele ocorre)
- Quem? (quem são os indivíduos/grupos envolvidos com o problema).

Para subsidiar o aprofundamento do problema descrito, podemos recorrer aos indicadores de saúde, às fontes de dados, processamentos estatísticos, construção de séries temporais/históricas, enfim, elementos que nos tragam clareza sobre o problema a ser enfrentado.

A partir da descrição do problema, é possível identificar as principais causas ou **nós críticos**, que devem sempre compreender a real capacidade de atuação dos atores envolvidos sobre o problema (governabilidade, viabilidade). Salientamos que é fundamental separar as causas das consequências, pois na maioria das vezes agimos sobre as consequências do problema. Tal fato é representado pelos dizeres de muitos trabalhadores e gestores, que no cotidiano ficam apagando incêndios.

Os passos seguintes consistem em construir **diretrizes/objetivos** que apontem aspectos da realidade, aos quais se submetem **as ações** para mudar a situação atual, e **as metas**, que vão expressar a medida de alcance dos objetivos, bem como os respectivos **indicadores**, para que seja possível monitorar e avaliar tais metas.



## V - EIXOS PRIORITÁRIOS

Desde 2018 o Grupo de Trabalho (GT) Bipartite de EPS vem discutindo e repactuando orientações quanto aos processos, projetos e execução financeira da Política de EPS, junto aos demais atores envolvidos.

Após levantamento dos recursos financeiros disponíveis das regiões de saúde, foi identificada a insuficiência de recursos para o total das ações propostas. Em reunião de junho/2018 foram redefinidos alguns critérios, aprovados na [Deliberação CIB 70 de 16/07/2018](#), que permitia o remanejamento de recursos e estabelecia a contrapartida estadual, aplicada a projetos aprovados em 2018, às regiões que não possuíssem mais saldo. Além disso, ficou estabelecido que o GT Bipartite de EPS faria uma nova revisão destes critérios no primeiro trimestre de 2019.

Em função de outras prioridades em andamento, essa discussão foi reiniciada em outubro de 2020, considerando o cenário epidemiológico e a retomada das ações presenciais assim que houver segurança, com nova proposta de execução do saldo financeiro da EPS, depositado no Fundo Estadual de Saúde, cuja aprovação se deu em reunião do GT Bipartite de EPS em 16/10/2020, decidindo-se pela não atribuição de saldos por CIR.

Essa proposta tem por objetivo tornar mais fluida a proposição e execução dos projetos e ações, pois desvincula valores fixos por CIR. Outro acréscimo refere-se à orientação dos projetos considerando 05 (cinco) eixos prioritários, discutidos e recomendados pelo GT Bipartite de EPS e com o conhecimento do conjunto dos CDQ-SUS e ETSUS: Atenção Básica (Gestão e Assistência), Regulação, Vigilância em Saúde, Fortalecimento da Participação e Controle Social no SUS e Fortalecimento da Educação Permanente em Saúde, conforme descritos a seguir.

### Atenção Básica

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em sua última revisão ([Portaria MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017](#)), define a Atenção Básica (AB), no âmbito do SUS, como o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos,



GOVERNO DO ESTADO  
DE SÃO PAULO



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS  
GRUPO TÉCNICO BIPARTITE DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

No contexto das Redes de Atenção à Saúde (RAS), como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população, o componente da AB se destaca como primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do sistema de saúde, constituído de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, coordenando o cuidado em saúde das pessoas do seu território e ordenando os fluxos de pessoas, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde.

A PNAB considera a Saúde da Família como sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da AB, apesar de reconhecer outros arranjos de organização de suas ações nos territórios, devendo estes seguir as mesmas diretrizes estabelecidas para a AB no SUS:

1. Regionalização e Hierarquização dos pontos de atenção da RAS, tendo a AB como ponto de comunicação entre esses. Consideram-se as regiões de saúde como um recorte geográfico para fins de planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde em determinada localidade, e a hierarquização como forma de organização de pontos de atenção da RAS entre si, com fluxos e referências estabelecidos.
2. Território e territorialização: o território é a unidade geográfica única, onde acontece a vida das pessoas e das populações, em todas suas dimensões (social, econômica, epidemiológica, assistencial, cultural, identitária etc.), e a partir do qual o trabalho de territorialização subsidiará a atuação da AB de forma que atenda às necessidades da população.
3. População adscrita: população que está presente no território da Unidade Básica de Saúde (UBS), de forma a estimular o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS  
GRUPO TÉCNICO BIPARTITE DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

4. Cuidado centrado na pessoa: aponta para o desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada, que auxilie as pessoas a desenvolverem os conhecimentos, aptidões, competências e a confiança necessária para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde e seu cuidado de saúde de forma mais efetiva. O cuidado é construído com as pessoas, de acordo com suas necessidades e potencialidades na busca de uma vida independente e plena. A família, a comunidade e outras formas de coletividade são elementos relevantes, muitas vezes condicionantes ou determinantes na vida das pessoas e, por consequência, no cuidado.
5. Resolutividade: a AB deve ser capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos e intervenções efetivas, centradas nas pessoas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia, e coordenando o cuidado dos usuários em outros pontos da RAS, quando necessário.
6. Longitudinalidade do cuidado: pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida das pessoas, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia que são decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da falta de coordenação do cuidado.
7. Coordenação do cuidado: consiste em elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS, atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada, com objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais.
8. Ordenação da rede: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS  
GRUPO TÉCNICO BIPARTITE DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que o planejamento das ações, assim como, a programação dos serviços de saúde, parta das necessidades de saúde das pessoas.

9. Participação da comunidade: estimular a participação das pessoas, a orientação comunitária das ações de saúde na AB e a competência cultural no cuidado, como forma de ampliar a autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território. Considerando ainda o enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, através de articulação e integração das ações intersetoriais na organização e orientação dos serviços de saúde, a partir de lógicas mais centradas nas pessoas e no exercício do controle social.

Mais recentemente, a AB vem enfrentando desafios relativos à informatização, com a implantação do e-SUS AB e o sistema e-Gestor AB (2018) e também, principalmente, às novas regras de financiamento, propostas pelo Programa Previne Brasil, instituído pela [Portaria MS nº 2.979, de 12 de novembro de 2019](#), que traz importantes alterações no financiamento federal de custeio da AB no SUS.

O modelo anterior baseava-se no pagamento do Piso de Atenção Básica Fixo (PAB Fixo), valor pago por habitante ao ano, em repasses mensais e regulares aos municípios e do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável) destinado a incentivar a implantação e cofinanciar as equipes da Estratégia Saúde da Família (eSF), Saúde Bucal, Núcleo Ampliado de Saúde da Família/NASF, entre outros. Com o Previne Brasil os repasses passaram a se estruturar em três componentes: Capitação Ponderada, Pagamento por Desempenho e Incentivos para Ações Estratégicas.

O componente da Capitação Ponderada estrutura-se na lógica de pagamento por população cadastrada, levando-se em conta, para o cálculo do valor a ser repassado aos municípios, a tipologia sócio demográfica dos municípios, a vulnerabilidade das pessoas cadastradas e o número de cadastros possíveis por tipo de unidade. O quantitativo máximo de pessoas cadastradas corresponde ao limite da população registrada na estimativa IBGE vigente e, assim, a ampliação



GOVERNO DO ESTADO  
DE SÃO PAULO



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS  
GRUPO TÉCNICO BIPARTITE DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

do parâmetro de cadastro e do financiamento deste componente depende da ampliação das equipes de saúde e habilitação pelo MS.

O componente de Pagamento por Desempenho tem como parâmetro os resultados alcançados de uma relação de indicadores estabelecidos pelo MS a cada exercício de maneira progressiva, condicionando a ampliação dos indicadores à ampliação orçamentária para o componente. Até o momento foram definidos 7 indicadores: 1. proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação; 2. proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; 3. proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado; 4. cobertura de exame citopatológico; 5. cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente; 6. percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre; e 7. percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada.

O componente Incentivos para Ações Estratégicas é composto por uma série de incentivos por adesão, que não sofreram alteração com o Programa Previne Brasil. Neste componente mantém-se o pagamento por habilitação de Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Saúde Bucal, Equipe da Estratégia de Saúde da Família Ribeirinha, Programa Saúde na Escola, Programa Academia da Saúde, entre outros. Neste componente são inseridas três linhas de transferência criadas pelo Ministério da Saúde: Programa Saúde na Hora; Programa de Apoio à Informatização da Atenção Primária em Saúde, e incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional.

Com as mudanças na direção do MS no início de 2020 e a pandemia do novo coronavírus, a implementação das regras do Previne Brasil vem sofrendo alguns adiamentos, entretanto, já provoca muitas dúvidas e necessidades de adequação dos municípios para atender às novas regras.

Dessa forma, entende-se que existem grandes desafios para a organização dos processos de trabalho no âmbito da AB, nos quais as estratégias de EPS podem contribuir, tanto pela complexidade das ações de produção do cuidado nas unidades de saúde articuladas em rede, quanto para a adequação às normas de informatização e regras de financiamento que impactam diretamente os municípios.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS  
GRUPO TÉCNICO BIPARTITE DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Dentre as várias temáticas e processos de trabalho a serem desenvolvidos pela AB, destacam-se os que podem ser qualificados pela EPS:

- O conhecimento do território de atuação e sua população;
- A identificação de territórios e populações de maior vulnerabilidade;
- O acolhimento e a classificação de risco das demandas agudas e crônicas dos territórios;
- A estratificação de risco das populações que necessitam de seguimento ao longo do tempo (pré-natal, puericultura, hipertensão, diabetes, asma, problemas de saúde mental, entre outros);
- A organização das equipes para as respectivas ações, instrumentos e protocolos clínicos a serem desenvolvidas no interior das unidades e em articulação com a rede de atenção;
- A perspectiva de implantação de linhas de cuidado a partir da Atenção Básica e a coordenação do cuidado nos demais pontos de atenção;
- A integração entre a produção de saúde e a gestão da informação na Atenção Básica (e-SUS, e-Gestor AB);
- As regras do Programa Previne Brasil e suas consequências para a reorganização dos processos de trabalho na AB.

## Regulação

A construção de redes de atenção à saúde tem se mostrado uma estratégia eficaz para favorecer um modelo que tenha a atenção básica como ordenadora do cuidado, com base territorial definida, população adstrita, longitudinalidade do cuidado e corresponsabilização entre profissionais e usuários.

A regulação tem importante papel na conformação e operacionalização das Redes de Atenção, na medida em que busca favorecer o percurso do usuário pelos serviços ou pontos de atenção, utilizando normas e



GOVERNO DO ESTADO  
DE SÃO PAULO



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS  
GRUPO TÉCNICO BIPARTITE DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

protocolos para orientar o acesso, definindo responsabilidades e disponibilizando informações relevantes para a tomada de decisões.

A Política Nacional de Regulação, formalizada por meio da [Portaria MS nº 1559 de 01 de agosto de 2008](#), coloca três dimensões para a Regulação em Saúde, apresentadas a seguir.

A Regulação de Sistemas de Saúde tem como objeto o Sistema de Saúde e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, com base nos princípios e diretrizes do SUS. Ou seja, todas as normas e políticas que configuram os modelos dos sistemas municipais, estaduais e nacional, por meio de Leis, Decretos, Portarias, Deliberações, Resoluções e Diretrizes compõem seu escopo.

A Regulação da Atenção à Saúde tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais de atenção à saúde, dirigida aos prestadores de serviços de saúde, públicos e privados. As ações da regulação da atenção à saúde compreendem a contratação de prestadores, o monitoramento e controle assistencial, a avaliação da atenção à saúde, a auditoria, alimentação dos sistemas de informação, ações de vigilância e a regulação do acesso.

A Regulação Assistencial ou do Acesso à Assistência é um "conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes, definidos por meio de fluxos assistenciais estabelecidos, protocolos de acesso, definição de linhas de cuidado, pactuação de referências, gestão de filas de espera, monitoramento do absenteísmo, organização da grade de urgência e emergência, dentre outros. A regulação do acesso é operada pelas Centrais de Regulação e por cada serviço de saúde da rede de atenção do território. Suas ações são voltadas para regulação de consultas especializadas, terapias e exames, regulação das urgências e emergência e regulação hospitalar, que prevê a organização de Núcleos Internos de Regulação nos Hospitais da rede.

A organização da atenção básica com a ampliação de sua capacidade resolutiva é fundamental para o processo regulatório. A Atenção Básica é a principal solicitante das demandas para atenção especializada, portanto é importante reguladora do sistema, por isso todo município, independente de seu porte populacional e capacidade de oferta, deve desenvolver ações regulatórias com objetivo de garantir a equidade no acesso, por meio da utilização de protocolos de classificação de risco, e racionalizar o uso dos recursos existentes.



GOVERNO DO ESTADO  
DE SÃO PAULO



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS  
GRUPO TÉCNICO BIPARTITE DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A regulação deve, portanto, partir de uma atenção básica resolutive, com acessibilidade, capaz de utilizar protocolos pactuados para priorizar as agendas dentro de suas possibilidades, e de uma atenção especializada responsável, para poder funcionar de forma satisfatória. São os serviços de saúde e não a Central de Regulação que, conhecendo o sujeito na sua singularidade e contexto, têm melhores condições de priorizar as situações de maior vulnerabilidade e risco. A Central de Regulação deve funcionar como o apoio para a Atenção Básica para os encaminhamentos às especialidades. Como na maioria das Regiões de Saúde a oferta é insuficiente em relação à demanda, faz-se necessário um olhar externo, que considere as necessidades dos usuários, a disponibilidade de recursos no território e as referências pactuadas.

Para construção da regulação do acesso à saúde em âmbito municipal e regional é imprescindível a criação de espaços permanentes de diálogo entre os profissionais das centrais de regulação com profissionais da atenção básica e da atenção especializada para construção conjunta de protocolos de acesso, linhas de cuidado e outros mecanismos que buscam atenção integral e equânime.

Nesse sentido, podemos considerar que as equipes das Centrais de Regulação podem atuar como equipes matriciais em relação às equipes de referência das unidades de saúde, colaborando com o aumento de sua capacidade de intervenção e de análise da realidade e construindo, enquanto apoio matricial, discussão e gestão de casos, bem como pactuação de protocolos e diretrizes clínicas. Nesta concepção o apoio matricial é pensado como aprendizagem e discussão de conflitos, se constituído verdadeiramente num processo de educação permanente entre as equipes.

A Regulação pressupõe processo de Educação Permanente nos espaços regionais, preferencialmente com apoio institucional ou apoio matricial, pois esses espaços não acontecem "naturalmente"; eles precisam ser construídos e pactuados cotidianamente.

A regulação pode atuar numa dimensão macropolítica, propondo intervenções a partir de uma análise das principais demandas e do perfil de morbimortalidade da população; e também, numa dimensão micropolítica, a partir da criação de espaços de diálogo com as equipes de saúde e tendo escuta para as necessidades singulares captadas a



GOVERNO DO ESTADO  
DE SÃO PAULO



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS  
GRUPO TÉCNICO BIPARTITE DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

partir do encontro dos profissionais com os usuários. É a atuação da regulação na micropolítica que a aproxima da dimensão do cuidado!

Para a finalidade deste Documento Norteador, considerando o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde/SP e as questões apontadas acima, indica-se que cada Região de Saúde possa, a partir da análise da Rede de Atenção à Saúde Regional e dos mecanismos de regulação existentes, elaborar processos e ações de Educação Permanente, criando espaços de diálogo entre as equipes, com foco na regulação assistencial.

## Vigilância em Saúde

A Política Nacional de Vigilância em Saúde, publicada em 12 de julho de 2018 pela [Resolução CNS nº 588](#), define a vigilância em saúde como uma política pública de estado e função essencial do SUS, sendo sua gestão de responsabilidade exclusiva do poder público. A vigilância em saúde engloba as áreas da vigilância ambiental, epidemiológica, sanitária e saúde do trabalhador, e seus arranjos organizativos são diferentes pelos municípios, e estão relacionados com o seu porte populacional e a estrutura administrativa de cada Prefeitura ou Secretaria de Saúde.

Independente do porte populacional ou da característica da cidade, certamente cada município terá demandas e ações a serem desenvolvidas em todas estas áreas que compõem a vigilância em saúde, de um modo ou outro, com vistas a oferecer à população medidas de prevenção e controle de agravos e doenças, incluindo ações de regulação e intervenção sanitária.

A forma como a vigilância em saúde se organiza administrativamente denota a concepção de vigilância que norteia o modo de gestão e seu processo de trabalho. Assim, é possível observar que há organizações administrativas descentralizadas ou centralizadas, estrutura e trabalho verticalizado ou que integra as áreas da vigilância com a Atenção Básica, organização da gestão em colegiados. É desejável que, atendendo todos os princípios do SUS e suas Políticas, sua organização e ações estejam articuladas com os serviços de atenção à saúde, em particular com a Atenção Básica, e que as ações entre as áreas sejam integradas.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS  
GRUPO TÉCNICO BIPARTITE DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A vigilância em saúde se reveste de extrema importância dadas suas características próprias, com destaque por ser atividade exclusiva do poder público, a única com esta premissa entre as atividades do SUS.

A pandemia de COVID19 evidenciou a relevância da Vigilância em Saúde em seus diversos processos de trabalho, seja para desempenhar ações rápidas, urgentes e oportunas; atividades estruturadas e sistemáticas; articuladas com diferentes serviços de assistência públicos ou privados; exercer seu papel de fiscalização e de polícia; apoiar o gestor nas decisões e nas respostas em que é cobrado a dar, sempre com base em informações diversas e típicas da vigilância.

Com base nesta experiência da pandemia, é significativo refletir sobre dois aspectos marcantes da vigilância:

- as emergências em saúde pública (seja no âmbito municipal/regional, ou mais abrangentes como estadual/nacional/internacional);
- o trabalho de rotina na área que tem o potencial de apontar situação de urgência.

Emergência e rotina, portanto, são características intrínsecas de todas as áreas que compõem a vigilância em saúde, e, portanto, podem ser objeto de reflexão no trabalho cotidiano. Como preparar as equipes técnicas para estas especificidades da vigilância?

Pontos que podem fazer parte de um PREPS a depender da situação concreta dos municípios e regiões:

- Em relação às emergências: identificar problemas que podem se tornar uma emergência na região, a partir de suas características epidemiológicas, e discutir coletivamente o papel da vigilância em saúde na organização de ações para dar respostas rápidas no atendimento da emergência;
- Processo de trabalho das equipes da vigilância em saúde e sua articulação com outras áreas assistenciais e gestão;
- O papel da vigilância na produção de informações para subsidiar as tomadas de decisões na gestão;
- Importância e funcionamento dos Sistemas de Informação da Vigilância em Saúde: SINAN, SIM, SINASC, SI-PNI, eSUS-AB, SIVEPGripe, SIVISA, SISAWEB, SISAGUA, entre outros.



GOVERNO DO ESTADO  
DE SÃO PAULO



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS  
GRUPO TÉCNICO BIPARTITE DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

- Processo de trabalho da vigilância sanitária nas atividades de inspeções e respostas às denúncias;
- Atuação da vigilância sanitária em relação ao setor regulado;
- Os determinantes sociais da saúde e o papel da vigilância em saúde no território.

Os pontos elencados acima podem propiciar reflexões com enfoques voltados a aspectos específicos da área de vigilância bem como a ampliação do olhar sobre seu objeto de trabalho com vistas a desenvolver ações integradas e articuladas com outros serviços do SUS e a intersectorialidade necessária.

## Participação e Controle Social no SUS

A partir de 2005, com a definição da Política Nacional de Educação Permanente para o SUS, o Ministério da Saúde republicou o documento sobre as diretrizes para capacitação de conselheiros. Com isso, as demandas passaram a ser pactuadas e financiadas através dos espaços coletivos de EPS, integrando a configuração de Política de Educação Permanente para o Controle Social, que:

[...] integra um processo de educação em saúde, não restrito a cursos, mas focado nas oportunidades nas quais cada cidadão, os diversos segmentos da sociedade e o governo, que integram os Conselhos de Saúde, têm direito de conhecer, propor, fiscalizar e contribuir com o fortalecimento do Sistema SUS.

Com o passar do tempo, a atuação e o papel do Conselheiro vêm incorporando atividades que envolvem o planejamento, acompanhamento, monitoramento, avaliação e sistemas de informação, um novo olhar para a fiscalização, o que impulsiona, inclusive como preconiza a [Lei Complementar 141/12](#), a necessidade de oferta de cursos de capacitação para qualificar a atuação tanto da sociedade civil, quanto dos demais segmentos no conselho de saúde.

No Estado de São Paulo, a partir do 2º semestre de 2002, teve início o Programa de Apoio ao Fortalecimento do Controle Social no SUS, através de um consórcio formado pela UNICAMP, FIOCRUZ, UNB e UFMG, que, ao final de 2004, havia realizado 210 turmas, capacitando 4.801 Conselheiros de Saúde.



GOVERNO DO ESTADO  
DE SÃO PAULO



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS  
GRUPO TÉCNICO BIPARTITE DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Em 2006, o Conselho Estadual de Saúde (CES), com o apoio do Grupo de Seleção e Desenvolvimento de Recursos Humanos (GSDRH) da Coordenadoria de Recursos Humanos (CRH) da SES/SP, realizou a "1ª Oficina de Estadual de Trabalho: Capacitação de Conselheiros", cujo objetivo era sistematizar as experiências realizadas, definir os temas de interesse estratégico para os Conselhos de Saúde, fortalecendo o seu protagonismo na formulação e deliberação de diretrizes para a EP para o controle social. Foram realizadas 5 Oficinas de Trabalho com a participação de Conselheiros de Saúde, de representantes dos Centros de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS dos Departamentos Regionais de Saúde e representantes dos Polos de EPS, com experiência na capacitação de Conselheiros.

Tomando como ponto de partida os resultados elaborou-se, coletivamente, a estrutura básica para o percurso da EP para o Controle Social no SUS/SP, objetivando:

- Unificar processos básicos da formação/capacitação de Conselheiros de Saúde em todo o Estado de São Paulo;
- Fortalecer e qualificar a participação dos diversos segmentos no pleno exercício de sua competência de Controle Social;
- Proporcionar um caminho sistematizado, para despertar novas lideranças nos vários segmentos, para o fortalecimento do SUS;
- Oferecer aos Conselheiros Municipais de Saúde do Estado de São Paulo a oportunidade de significar e ressignificar, através de processo formativo, sua atuação na formulação e no controle das políticas de saúde, visando melhoria da qualidade da gestão e da assistência.

Considerando as especificidades do público alvo desta formação, bem como as experiências e vivências acumuladas ao longo da vida, a escolha metodológica para esta formação foi a utilização de estratégias participativas, problematizadoras, objetivando transformações consistentes das práticas dos Conselheiros, facilitando, assim, a aquisição de novos conhecimentos – nas dimensões política, ética, conceitual e prática - a partir da sistematização dos conhecimentos e experiências prévios e significativos para os conselheiros-alunos.

Nesse sentido, os Centros Formadores de Pessoal para Saúde do Estado de São Paulo - CEFOR elaboraram projeto para Capacitação, aprovado pelo Pleno do Conselho Estadual de Saúde, tornando-se



GOVERNO DO ESTADO  
DE SÃO PAULO



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS  
GRUPO TÉCNICO BIPARTITE DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

referência para a qualificação dos Conselheiros de Saúde, principalmente quando envolve financiamento com os recursos da Educação Permanente em Saúde.

O referido projeto se traduz numa Matriz de Formação que possibilita o seu desmembramento em diversas ações educativas (tais como: Oficinas temáticas, Workshops, Seminários, Simpósios, Webinar, entre outros), objetivando qualificar Conselheiros de Saúde com visão crítica da realidade, contextualizando os problemas locais, considerando a estrutura social, política, cultural, econômica e epidemiológica, estimulando o empoderamento e o fortalecimento do seu papel enquanto representante da sociedade com vistas à promoção da qualidade no atendimento e na garantia das políticas públicas de saúde, conforme preconizado nas normas legais e vigentes.

Os processos de qualificação dos conselheiros de saúde, a serem realizados prioritariamente pelos CEFOR, poderão se dar utilizando a referida [matriz](#) ou por meio de propostas que valorizem a reflexão da prática do conselheiro e que contribuam no exercício da função bem como no desenvolvimento dos Conselhos de Saúde.

## **Fortalecimento da Educação Permanente**

Para seu fortalecimento, a EPS nos ensina que ninguém ensina ninguém, da mesma forma que todos têm muito a ensinar e aprender por meio de suas experiências, pois estamos falando de aprendizagem de adultos, que já trabalham no SUS.

A EPS vem para fortalecer os princípios (universalidade, integralidade e equidade) e diretrizes (descentralização, regionalização e hierarquização e participação da comunidade) do Sistema Único de Saúde, que se concretizam por meio da implementação de políticas públicas. Os modos, arranjos e processos como são organizadas podem produzir cuidado ou descuido, gestão compartilhada ou verticalizada, trabalho em equipe ou o comumente descrito "cada um no seu quadrado".

Neste sentido, a educação permanente em saúde se apresenta como política/ferramenta, pois tem, em sua concepção original, elementos que favorecem gestores, trabalhadores e usuários de saúde a



GOVERNO DO ESTADO  
DE SÃO PAULO



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS  
GRUPO TÉCNICO BIPARTITE DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

questionar as próprias políticas criadas para a consolidação do SUS e suas práticas cotidianas.

Desde sua criação enquanto política pública em 2004, desafios e descobertas reforçam sua importância. Sendo assim, repensar os caminhos já percorridos ao longo de quase duas décadas, é o convite que fazemos. Refletir sobre as estratégias utilizadas em municípios ou regionalmente, e seus possíveis efeitos, que podem ou não resultar em transformações e/ou ressignificações do que já foi produzido, é um bom ponto de partida.

Observem que os eixos prioritários colocados neste documento, traduzem um dado entendimento que direciona o investimento das ações de educação permanente. Consideramos importante o fortalecimento da atenção básica e de suas equipes, pois na grande maioria dos municípios do nosso estado, é a rede básica que atende sua população. É a preferencial porta de entrada e tem a capacidade de ser a organizadora da rede, se a escuta e as necessidades dos usuários forem consideradas. Sabe-se também que aquilo que não é ofertado no território municipal, devido a sua complexidade ou especificidade, é atendido nas redes regionalizadas de saúde sendo fundamental um sistema de regulação, considerando as três dimensões apresentadas. Temos recursos finitos para inúmeras necessidades. Regular é priorizar quem mais precisa em tempo oportuno, é qualificar a clínica e a gestão.

A vigilância em saúde se mostrou, com a pandemia de COVID19, ponto central para o monitoramento de usuários, dos casos existentes e infelizmente, dos óbitos dos cidadãos brasileiros. Desta forma, os processos de educação permanente para a implementação do modelo de vigilância em saúde, com enfoques ampliados e favorecidos por uma leitura atual e qualificada, que inclui todos os recursos existentes nas áreas acompanhadas por diferentes atores da saúde, devem ser de fato priorizados.

Precisamos também escutar quem usa e faz o SUS. E isso é possível pela participação social expressa como controle social, representado principalmente pelos Conselhos Municipais de Saúde e Conselhos Gestores Locais. Nestes espaços temos a representação da tríade gestor, trabalhador e usuário. Num papel tão importante para o



GOVERNO DO ESTADO  
DE SÃO PAULO



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS  
GRUPO TÉCNICO BIPARTITE DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

fortalecimento do SUS, estes atores precisam de espaços de qualificação e conversa sobre seu papel e sua prática.

Pois bem, isso posto, como podemos fortalecer a educação permanente? Como produzir espaços legítimos de participação? Como incluir na vida de todos o reconhecimento dos aprendizados e dos ensinamentos cotidianos? Como produzir questionamentos que nos desloquem, provoquem incômodos tão necessários à mudança?

Afirma-se então que o estado de São Paulo tem pontos que o favorecem. Vamos a eles: temos o GT Bipartite de EPS, o GSDRH na CRH, na estrutura regional estadual, o CDQSUS. Temos, em muitos dos municípios, articuladores e facilitadores de educação permanente, Núcleos de Educação Permanente e Humanização, outra política pública com potência transformadora do SUS. Temos gestores e equipes de gestão nas Secretarias Municipais que apoiam o desenvolvimento da EPS, facilitando a constituição de espaços de conversa das equipes e entre as equipes. Temos Prefeitos que também apoiam essas iniciativas. Ao longo dos anos, inúmeros projetos e cursos de formação foram desenvolvidos especificamente para fortalecer a educação permanente enquanto política e estratégia pedagógica, bem como o controle social.

Temos também inúmeros desafios que não devem ser negligenciados e nem colocados como barreiras de paralisação. Os desafios e problemas são a matéria prima das ações de EPS, bem como as experiências do SUS que dá certo! Pensando assim, os processos e projetos devem ser construídos a partir disso. Do que precisa ser transformado e do que pode ser usado para transformar.

Ressaltamos que o Plano Regional de Educação Permanente em Saúde (PREPS) a ser construído, bem como o [Plano Estadual](#), cuja leitura recomendamos, são documentos que nos direcionam às demandas locais/regionais e caracterizam o movimento de regionalização da educação permanente em saúde.

Mas e as demais ações? Aquelas que os municípios podem desenvolver no cotidiano? Como fazê-las na perspectiva que a educação permanente em saúde nos convoca?

A construção coletiva do Plano Regional de EPS deve cumprir parte deste papel, com diretrizes e eixos prioritários a cada região de saúde



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS  
GRUPO TÉCNICO BIPARTITE DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

que poderá desenvolvê-los por meio de ações de diferentes naturezas. Recomenda-se que os municípios devem também ter em sua organização um Núcleo ou trabalhador que possa capilarizar a política com ações locais, que atendam necessidades emergentes e planejadas. Para fortalecer a EPS precisamos investir nos atores locais, o que pode ser transformado num projeto a ser desenvolvido.

Este eixo propõe uma reflexão sobre o que já desenvolvemos e podemos ainda fazer, para fortalecer uma das mais fascinantes políticas que o SUS já inventou!

## **VI - RECURSO FINANCEIRO PARA EXECUÇÃO DO PREPS E SUA DISTRIBUIÇÃO**

Os recursos para a implantação e implementação da Política de Educação Permanente em Saúde foram repassados pelo Ministério da Saúde em Portarias específicas (de 2007 a 2011), depositados no Fundo Estadual de Saúde. Atualmente o saldo remanescente é de aproximadamente R\$ 4.800.000,00 (Quatro milhões e oitocentos mil reais), em função de rendimentos de juros e correção monetária.

Com o intuito de simplificar e otimizar sua execução, o GT de EPS recomendou e a CIB aprovou e deliberou a utilização do saldo do recurso da seguinte forma:

- 80% do saldo global, sem atribuição prévia de valores por CIR, para execução de projetos orientados pelos eixos prioritários, desde que aprovados em Ata igual ou inferior a 06 (seis) meses; e
- 20% do saldo global para ações transversais – propostas pelo GT Bipartite de EPS para o conjunto dos trabalhadores do SUS e aprovadas em Comissão Intergestores Bipartite.

Com a finalidade de esclarecer e orientar as regiões desta nova forma de acesso, o GT de EPS irá realizar oficinas de discussão deste documento, a proposição de critérios de alocação dos recursos, bem como de orientações específicas, a serem observadas no encaminhamento das propostas.



GOVERNO DO ESTADO  
DE SÃO PAULO



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS  
GRUPO TÉCNICO BIPARTITE DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

## VII – ORIENTAÇÕES GERAIS PARA EXECUÇÃO FINANCEIRA DE PROJETOS

Os projetos deverão ser encaminhados conforme legislação vigente, cujo fluxo está definido em [Procedimento Operacional Padrão – POP](#), e tramitados no sistema SEM PAPEL, e em conformidade com as [normativas](#) do Centro Administrativo da CRH.

Nos projetos e ações de EPS deverão constar ainda:

- Ata de aprovação do projeto na(s) respectiva(s) CIR datada de no máximo 06 (seis) meses, com discriminação sucinta da ação, do número de turmas e vagas e dos valores aprovados;
- O projeto ter duração de no máximo 13 (treze) meses;
- Orçamento previsto adequado à legislação vigente, tendo como referência de valores, o [Decreto Hora aula](#) e suas [atualizações](#);
- No caso de pagamento de hora aula para **convidados**, o respectivo cálculo dos 20% de encargos do contratante (Estado);
- diretrizes e metodologias da Educação Permanente em Saúde;
- critérios de monitoramento e avaliação objetivos e em consonância com os resultados esperados;
- Alinhamento com os eixos prioritários propostos;
- OBS: nos projetos apresentados, cuja Modalidade seja a de repasse a Fundo Municipal de Saúde, o município responsável, após o recebimento deverá prestar contas do recurso utilizado, ou respectiva devolução do montante não utilizado, em até 18 (dezoito) meses da liberação; sob pena da CIR ficar impossibilitada de receber novos recursos na mesma modalidade.

Para fins de equidade na execução financeira dos recursos, o GT **recomenda** os seguintes valores da Hora aula CONVIDADO, bem como se necessário irá avaliar os projetos à luz dos eixos propostos, a fim de que haja equilíbrio financeiro das ações propostas, considerando todas as regiões de saúde e o saldo atual de recursos.

### **Atividades presenciais/híbridas (nível misto ou superior):**



GOVERNO DO ESTADO  
DE SÃO PAULO



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS  
GRUPO TÉCNICO BIPARTITE DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

- projetos abaixo de 24 horas – R\$ 90,00
- projetos acima de 24 horas e sem projeto de intervenção prática – R\$ 100,00
- projetos acima de 24 horas e com projeto de intervenção prática – R\$ 120,00
- Planejamento – 10% da carga horária do projeto, quando acima de 80 horas de carga horária por turma

**Atividades presenciais/híbridas (nível elementar e médio) – R\$ 40,00**

A hora aula para **servidores estaduais** segue a legislação vigente.

## VIII – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este Documento é resultado de um processo de construção bipartite SES/SP e COSEMS/SP, e que deve ser apresentado e discutido com os municípios e Regiões de Saúde, em processos de Educação Permanente, pelas instâncias bipartites existentes, com todos os atores envolvidos no desenvolvimento da EPS, para que resultem em propostas que atendam às necessidades do território e reconheçam as especificidades municipais e regionais.

## REFERÊNCIAS CONSULTADAS

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018. Fica instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.194, de 28 de novembro de 2017. Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.



GOVERNO DO ESTADO  
DE SÃO PAULO



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS  
GRUPO TÉCNICO BIPARTITE DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Presidência da República. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.559, de 1 de agosto de 2008. Institui a Política de Regulação do SUS, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM 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, 2004.

CAMPOS, G.W.S. Saúde Paidéia. São Paulo: HUCITEC, 2003  
CAMPOS, G.W.S. e DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23 (2): 399-407, 2007.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: Desafio ambicioso e necessário. Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005.



GOVERNO DO ESTADO  
DE SÃO PAULO



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS  
GRUPO TÉCNICO BIPARTITE DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

FEUERWERKER, L.C.M. A cadeia do cuidado em saúde. In: Marins, J.J.N e Rego, S. Educação Médica: gestão, cuidado e avaliação. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: ABEM. 99-113, 2011.

GIANNOTTI, E. M. A organização de processos regulatórios na gestão municipal de saúde e suas implicações no acesso aos serviços: um estudo de caso do município de Guarulhos. 2013. Dissertação (Mestrado em Pós-Graduação em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

SÃO PAULO. Comissão Intergestores Bipartite - CIB. Deliberação nº 70, de 16 de julho de 2018.

SÃO PAULO. Decreto nº 41.830, de 02 de junho de 1997. Fixa o valor de honorários pagos a título de horas-aula ministradas pelos órgãos subsetoriais, setorial de Recursos Humanos, Centros Formadores da Secretaria da Saúde, instituições conveniadas, e dá providências correlatas. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/coordenadoria-de-recursos-humanos/areas-da-crh/centro-administrativo/centro-de-administrativo>

SÃO PAULO. Decreto nº 53.882, de 23 de dezembro de 2008. Dá nova redação ao 1º do artigo 1º do Decreto nº 41.830, de 2 de junho de 1997, que fixa o valor de honorários pagos a título de horas-aula ministradas pelos órgãos subsetoriais, setorial de Recursos Humanos, Centros Formadores da Secretaria da Saúde e instituições conveniadas e dá providências correlatas. Disponível em: <https://governo-sp.jusbrasil.com.br/legislacao/155177/decreto-53882-08>

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde/COSEMS – Documento Norteador - I Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde – 2007

STARFIELD, B. Atenção Primária - equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Edição brasileira, UNESCO/Ministério da Saúde, 2002. cap III (7), p. 207-246