

## Validação do modelo lógico da Política de Educação Permanente em Saúde nos Centros de Atenção Psicossocial

### Validation of the Continuing Health Education Policy logical model in the Psychosocial Care Centers

Mússio Pirajá Mattos (<https://orcid.org/0000-0002-8792-5860>)<sup>1,2</sup>

Lorena Ferreira (<https://orcid.org/0000-0001-5707-5677>)<sup>1</sup>

Daiene Rosa Gomes (<https://orcid.org/0000-0002-1831-1259>)<sup>1,2</sup>

Carolina Dutra Degli Esposti (<https://orcid.org/0000-0001-8102-7771>)<sup>1</sup>

**Abstract** *The study aims to describe the validation process of the Continuing Health Education Policy (PEPS) logical model in the Psychosocial Care Centers (CAPS) in Barreiras, Bahia, Brazil. In two rounds, this evaluability study on specialists distributed in the health training four-square model, including management, education/research, service, and social control, was conducted through the Delphi consensus technique. The items were consensual when they reached more than 80% of agreement among the participants, confirmed by the analysis of the median and the interval between the first and the third quartiles. The results reflect the validated logical model content in five technical components: Planning, Political Articulation, Coordination, Technical Qualification, and Live Work in Care Production. The structure and processes required to carry out the EPS actions at the CAPS and the expected results in the short, medium, and long terms were described in the logical model. Validating the operational aspect of the intervention contributes to organizing and adopting operability and fertility criteria in a formative assessment that aims to strengthen the practices of an educational policy in mental health toward comprehensive care.*

**Key words** *Continuing education, Health policies, Validation studies, Mental health, Mental health services*

**Resumo** *O estudo objetiva descrever o processo de validação do modelo lógico (ML) da Política de Educação Permanente em Saúde (PEPS) nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no município de Barreiras, Bahia, Brasil. Trata-se de um estudo de avaliabilidade, com especialistas distribuídos no quadrilátero para formação da área da saúde, incluindo gestão, ensino/pesquisa, serviço e controle social, por meio da técnica de consenso Delfos, realizada em duas rodadas. Os itens foram consensuados quando alcançaram mais de 80% de concordância entre os participantes, confirmados pela análise da mediana e do intervalo entre o primeiro e o terceiro quartis. Os resultados refletem o conteúdo validado do ML em cinco componentes técnicos: planejamento, articulação política, coordenação, qualificação técnica e trabalho vivo na produção do cuidado. A estrutura e os processos necessários para a realização das ações de EPS nos CAPS, bem como os resultados esperados em curto, médio e longo prazos, foram descritos no ML. A validação de funcionamento da intervenção contribui para a organização e a adoção de critérios de operacionalidade e fecundidade em uma avaliação formativa que visa fortalecer as práticas de uma política educativa em saúde mental na direção do cuidado integral.*

**Palavras-chave** *Educação permanente, Políticas de saúde, Estudos de validação, Saúde mental, Serviços de saúde mental*

<sup>1</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória ES Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal do Oeste da Bahia, Centro das Ciências Biológicas e da Saúde. R. Professor José Seabra de Lemos 316, Recanto dos Pássaros. 47808-021 Barreiras BA Brasil. [daiene.gomes@ufob.edu.br](mailto:daiene.gomes@ufob.edu.br)

## Introdução

O trabalho em saúde é carregado de subjetividade em sua essência relacional e agrega a utilização de tecnologias durante o processo saúde-doença-cuidado<sup>1</sup>. Ao direcionar o olhar para o cuidado em saúde mental, percebe-se que esse não é um processo simples, unidirecional, positivista ou superficial<sup>2</sup>, e que não segue o caminho de sintomas-diagnóstico-terapêutica-cura, pois o sintoma nunca se elimina, ele circula<sup>3</sup>. Seu objeto de intervenção exige transformações na organização dos serviços<sup>4</sup>.

No que diz respeito aos serviços de saúde para o cuidado em saúde mental, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) tem a missão de articular os distintos pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento, transtorno mental e/ou uso de drogas, sendo eles: atenção primária à saúde (APS), na qual estão alocadas as Unidades Básicas de Saúde, os Núcleos Ampliados de Saúde da Família, as Equipes de Consultórios de Rua e os Centros de Convivência e Cultura; atenção especializada, que conta com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas modalidades; a atenção de urgência e emergência; a atenção residencial de caráter transitório; a atenção hospitalar; e as estratégias de desinstitucionalização, como os serviços residenciais terapêuticos e o Programa de Volta para Casa<sup>4</sup>.

A formação dos profissionais para atuação nos serviços de saúde mental é um processo em constante construção, devido aos desafios da luta antimanicomial, da desinstitucionalização, da atenção psicossocial e dos frequentes ataques à Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB)<sup>5,6</sup>. A gestão do trabalho e da educação na saúde merece bastante atenção por parte de gestores e instituições para atender às necessidades da população<sup>7</sup>. A gestão do trabalho, como política, permite pensar de forma estratégica e garantir os requisitos básicos para valorização do profissional da saúde, sendo a qualificação dos trabalhadores em saúde uma estratégia essencial para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), que vai além da busca por diagnósticos, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia de doenças e agravos<sup>8</sup>.

É importante desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde de pessoas, coletivos e populações, da gestão setorial e do controle social em saúde<sup>9</sup>. Dessa forma, é possível redimensionar o desenvolvimento da autonomia das pessoas e a influência na formulação de políticas de cuidado. A educação permanente em saúde (EPS) é uma ferramenta de transformação

das práticas no cotidiano dos serviços de saúde<sup>10</sup>, e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) tem como princípio basilar qualificar os profissionais de saúde<sup>11</sup>. Nesse sentido, a PNEPS prevê que os processos avaliativos possam acompanhar as fases do desenho da ação de EPS, bem como a análise dos resultados e a formulação de um juízo de valor acerca do alcance dos propósitos formulados<sup>12</sup>.

Revisão integrativa de Mattos e colaboradores<sup>13</sup> aponta a necessidade de ações de educação permanente nos CAPS e a perpetuação de práticas voltadas ao modelo tradicional e fragmentado das ações em saúde, o que dificulta a inclusão de práticas psicossociais no cenário das políticas públicas de saúde. Nesse contexto, a avaliação constitui um dispositivo que contribui para a renovação de serviços e programas em saúde, dos quais se destacam as práticas de EPS e o desenvolvimento de coletivos com maior grau de horizontalidade. Essa estratégia agrega a avaliação do compromisso de intervir em uma determinada realidade<sup>14</sup>.

Os processos avaliativos adquirem função política fundamental com o desenvolvimento de instrumentos que possibilitam a superação dos modelos hospitalocêntricos tradicionais<sup>15</sup>. No âmbito da gestão do SUS, são poucas as iniciativas de avaliação que contemplam os serviços de saúde mental<sup>16,17</sup>. Estudos de avaliabilidade que envolvam o quadrilátero da formação (gestão, ensino/pesquisa, serviço e controle social) e que tomem como referência os atributos dos CAPS para avaliar a EPS não foram identificados na literatura. O estudo de avaliabilidade é um tipo de estudo avaliativo que pode ser utilizado como uma pré-avaliação em alguma fase do desenvolvimento de um programa, bem como ao longo do seu ciclo<sup>18</sup>.

Nesse ínterim, a intenção é potencializar as chances de realizar uma avaliação em que os resultados sejam úteis para o programa e para os profissionais envolvidos. As etapas do plano de avaliabilidade incluem: a) análise documental para esclarecimento sobre os objetos e metas do programa; b) entrevista com os informantes-chave; c) modelização da intervenção; d) realização da oficina para pactuação do modelo lógico com os interessados; e e) formulação das perguntas avaliativas<sup>19</sup>. Destaca-se, nesse contexto, que a modelização da Política de Educação Permanente em Saúde (PEPS) desenvolvida nos CAPS em cenários brasileiros favorece que a iniciativa seja compreendida em sua racionalidade e em seu encadeamento lógico a partir da operacionalização

da intervenção e dos componentes essenciais da política e do contexto que a envolve<sup>20</sup>.

Compreendendo a relevância de se promover espaços de formação ao trabalhador que o permita avançar na transformação das práticas cotidianas e de se institucionalizar a avaliação sobre os processos de cuidado e trabalho desenvolvidos nos CAPS no campo da produção da mudança na formação, faz-se necessário reconhecer a necessidade de novas “caixas de ferramentas” para produção de conhecimento<sup>21</sup>. Essa ação permite retroalimentações, objetivando reverter ou minimizar os entraves e potencializar a assistência prestada<sup>22</sup>. Dessa forma, o objetivo desse estudo consiste em descrever o processo de validação do modelo lógico (ML) da PEPS nos CAPS no município de Barreiras, Bahia (BA), Brasil.

## Métodos

Trata-se de um estudo de avaliabilidade para validação do ML da PEPS nos CAPS no município de Barreiras, Bahia, Brasil. Os CAPS pesquisados foram na modalidade CAPS II e CAPS Álcool e Drogas (CAPS AD). Esse caminho se apoiou em uma abordagem mista<sup>23</sup>, com a utilização de técnica quantitativa e elementos da técnica qualitativa. A pesquisa constitui uma das etapas de uma tese de doutoramento que aborda a temática da avaliação das ações de EPS nos CAPS em uma perspectiva participativa.

O ML é definido como uma ferramenta utilizada para sistematizar e comunicar as relações causais existentes entre os recursos disponíveis, as atividades realizadas e os resultados esperados de uma intervenção<sup>20</sup>. Expresso por meio de um desenho gráfico, o ML explica a sequência de eventos com uma síntese dos principais componentes da intervenção<sup>20</sup>. O ML não tem a pretensão de ser uma verdade universalmente aplicável, sobretudo no que se refere à diversidade social, econômica e cultural dos municípios brasileiros. Por isso, na modelização é fundamental incorporar novas informações e pontos de vista a respeito de convicções, experiências e conhecimentos<sup>24</sup>. A intenção é aumentar a validade interna do próprio modelo e fortalecer a replicação analítica desse estudo de caso e desenhos de pesquisa que partem da teoria para a empiria<sup>20,25</sup>.

Para elaboração do ML, considerou-se o processo de implementação da PNEPS a partir do ano de 2007, período de reformulação das diretrizes da política por meio da Portaria do Ministério da Saúde (MS) nº 1.996/2007<sup>11</sup>. Foram

identificados e selecionados documentos oficiais referentes ao processo de gestão municipal e estadual do SUS, representados pelo Plano Municipal de Saúde, Plano Estadual de Saúde, Relatório Anual de Gestão Municipal, Relatório Anual de Gestão Estadual, Plano Diretor de Regionalização do Estado da Bahia e Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde. Para construção do ML, foi efetuada uma revisão bibliográfica<sup>13</sup>, referente à intervenção, e análises documentais para compreender e identificar seus objetivos e atividades nas portarias MS nº 1.174/2005<sup>26</sup> e MS nº 854/2012<sup>27</sup>, na Nota Técnica MS nº 11/2019<sup>28</sup> e na PNEPS<sup>11</sup>. A descrição e a delimitação da intervenção foram realizadas por meio de um roteiro de extração de dados e foram utilizados aspectos da análise de conteúdo temática para análise dos documentos<sup>29</sup>, assim como para a identificação dos componentes técnicos da intervenção.

Para busca de consenso, a amostra foi selecionada por conveniência e utilizou como critério de inclusão ter experiência acadêmica e/ou prática profissional com o tema EPS e/ou saúde mental no município de Barreiras e/ou no estado da Bahia. Foram selecionados e convidados a participar do estudo 20 especialistas representantes das áreas de gestão, ensino/pesquisa, serviço e controle social. Os especialistas foram: um coordenador municipal da saúde mental; dez profissionais de saúde dos CAPS; cinco representantes de instituições de ensino superior (IES) (docentes e pesquisadores); um representante da área técnica de saúde mental do Núcleo Regional de Saúde; um representante da diretoria de gestão do cuidado da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB); e dois representantes dos usuários no Conselho Municipal de Saúde do município. No primeiro contato, explicou-se o objetivo do estudo, a técnica a ser utilizada e a importância da participação. Dos 20 especialistas selecionados, um se recusou a participar da pesquisa.

A Figura 1 apresenta as etapas do processo de construção e validação do ML. Na primeira rodada, em setembro 2020, foi disponibilizado, via correio eletrônico, (1) um texto introdutório sobre os objetivos do estudo, juntamente com (2) o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (3) a descrição sobre a modelização da intervenção no processo avaliativo, (4) a primeira versão do ML da PEPS nos CAPS no município de Barreiras (Figura 2) e (5) as instruções para preenchimento do instrumento e devolução do material.

O segundo instrumento foi enviado em outubro de 2020 aos 19 participantes que respon-

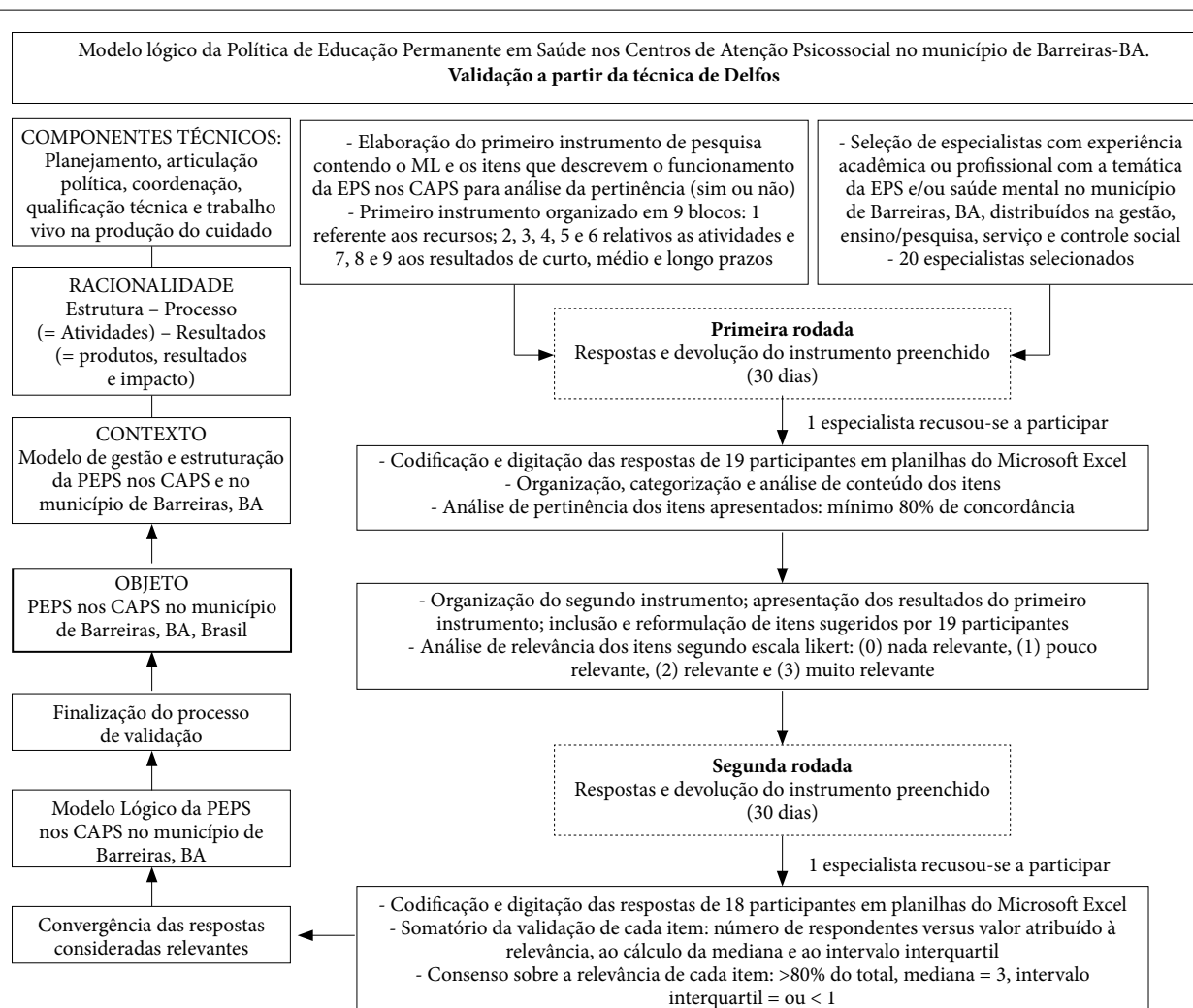
deram ao primeiro instrumento. O documento consistiu em um breve consolidado do primeiro instrumento, com (1) a descrição do ML já incorporando as contribuições trazidas na primeira rodada e (2) o esquema visual modificado, além do (3) instrumento para análise da relevância dos itens (Figura 1).

Uma parte da teoria, no que se refere à PEPS nos CAPS no município, foi apresentada por meio do ML, no que diz respeito à estrutura, ao processo e aos resultados, para ser analisada e classificada pelos especialistas quanto à pertinência aos itens (Sim ou Não), e quanto à relevância dos itens, por meio de escala Likert (Figura 1). O primeiro instrumento da pesquisa foi organizado em nove blocos, sendo o número 1 referente aos

recursos, 2, 3, 4, 5 e 6 referentes às atividades e 7, 8 e 9 aos resultados de curto, médio e longo prazos.

Foram definidos e inseridos no ML os seguintes componentes relacionados à PEPS nos CAPS: planejamento, articulação política, coordenação, qualificação técnica e trabalho vivo na produção do cuidado. O componente “planejamento” compreende a existência de documentos e planos que devem ser elaborados de forma pactuada entre os atores e as instituições envolvidas para o planejamento e a condução da PEPS nos CAPS.

O componente “articulação política” se refere à existência de atores e instituições estruturadas, responsáveis pela condução da EPS nos CAPS, que se articulam entre si em uma rede



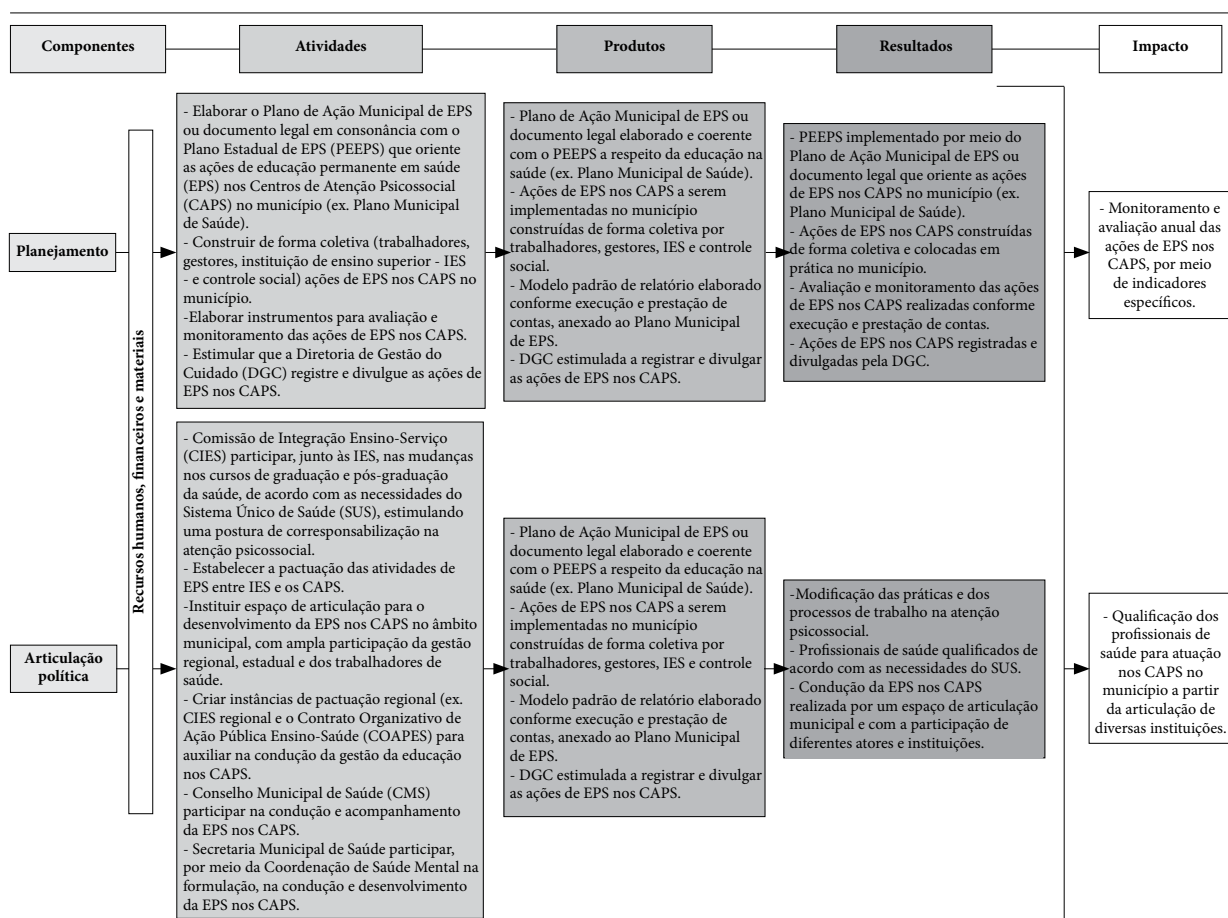
**Figura 1.** Processo de validação do modelo lógico da PEPS nos CAPS. Barreiras-BA, Brasil, 2020.

colaborativa para o desenvolvimento da política. No que se refere ao componente “coordenação”, este trata da existência e utilização de recursos para o desenvolvimento da PEPS nos CAPS. O componente “qualificação técnica” compreende a orientação e as ações para o desenvolvimento da formação em saúde. Já o componente “trabalho vivo na produção do cuidado” compreende a existência de alinhamento entre os diferentes atores envolvidos para reorientar as concepções sobre o espaço em saúde, a produção de sentidos e suas inter-relações.

Na primeira rodada, os 19 instrumentos preenchidos e devolvidos foram codificados e as respostas digitadas em planilha do Microsoft Excel. Em seguida, os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, antes de serem apresentados na rodada seguinte. Houve consenso sobre o item que recebeu pelo menos 80% dos votos

“Sim” no quesito pertinência<sup>23,24</sup>. Nessa primeira rodada, além de julgarem a pertinência de cada item, os participantes puderam dar sugestões e discorrer livremente sobre o tema caso não concordassem com o que fora apresentado. Realizou-se análise qualitativa das sugestões dos participantes com utilização de aspectos de análise de conteúdo temática<sup>29</sup>. Os itens não pertinentes foram reformulados ou excluídos, e as considerações dos participantes, listadas e categorizadas, resultando na inclusão ou reformulação de itens no segundo instrumento (Figura 1).

Na segunda rodada, foi solicitado aos participantes que analisassem novamente o esquema visual e sua respectiva descrição e que respondessem sobre a relevância dos itens do instrumento nos nove blocos. O nível de relevância foi atribuído a cada item, com base na escala de Likert de quatro pontos para determinar seu va-



continua

Figura 2. Modelo lógico inicial da PEPS nos CAPS. Barreiras-BA, Brasil, 2020.

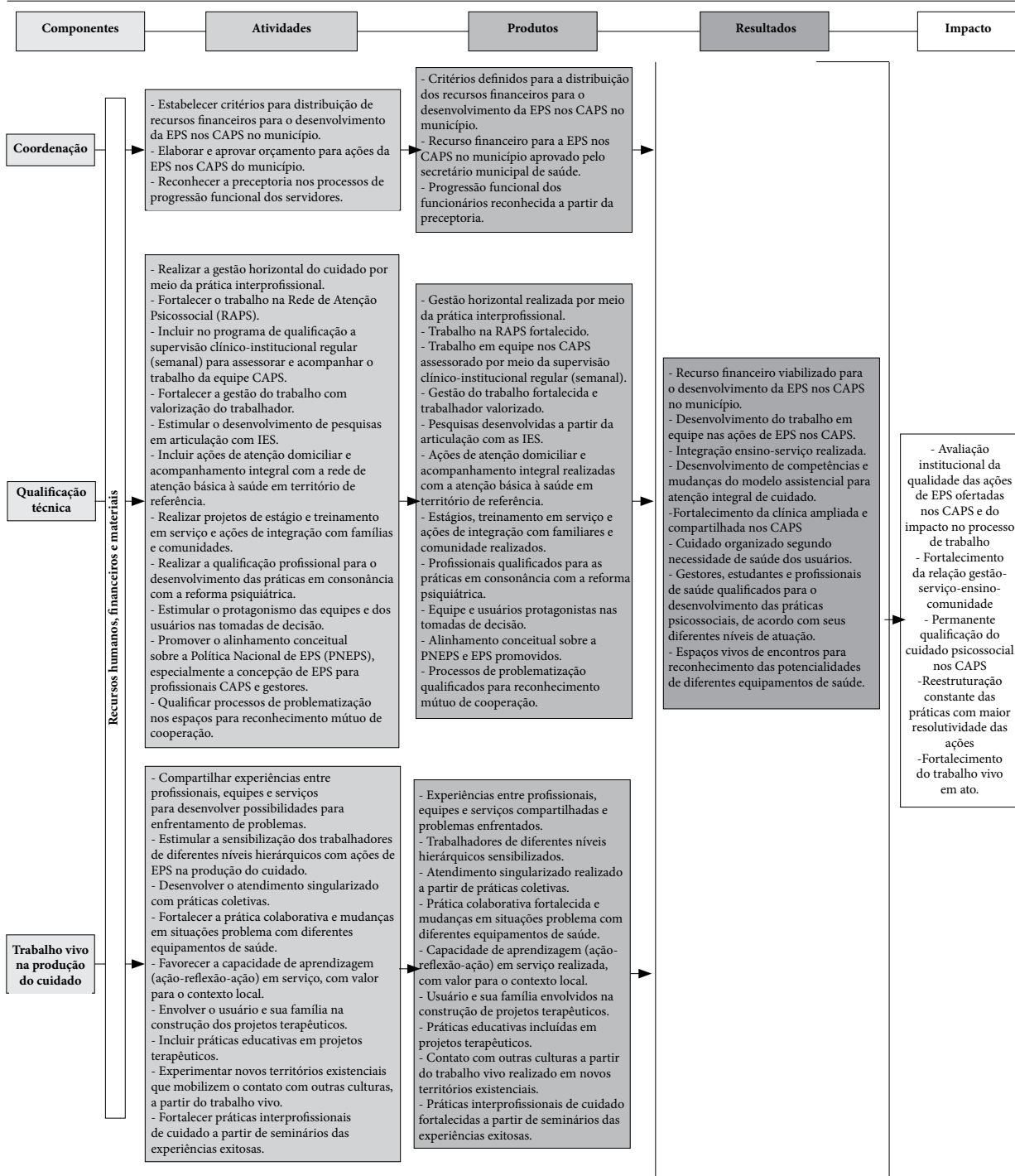


Figura 2. Modelo lógico inicial da PEPS nos CAPS. Barreiras-BA, Brasil, 2020.

EPS: educação permanente em saúde; Plano Estadual de EPS: PEEPS; CAPS: Centro de Atenção Psicossocial; IES: instituição de ensino superior; DGC: Diretoria de Gestão do Cuidado; CIES: Comissão de Integração Ensino-Serviço; SUS: Sistema Único de Saúde; COAPES: Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde; CMS: Conselho Municipal de Saúde; RAPS: Rede de Atenção Psicossocial; PNEPS: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Fonte: Autores.

lor de relevância: (0) nada relevante; (1) pouco relevante; (2) relevante; e (3) muito relevante. Os dados foram inseridos no *software* Statistical Packages for the Social Sciences (SPSS), versão 21. Em seguida, a análise descritiva foi realizada com cálculo de soma, mediana e intervalo interquartil dos itens. Houve consenso, quanto à relevância, sobre os itens cujas pontuações finais alcançaram mais de 80% do valor máximo disponível e que apresentaram alto nível de concordância, confirmado pela análise da mediana das respostas e do intervalo interquartil<sup>23,24</sup>.

Para a primeira e segunda rodadas foi estabelecido o prazo de 30 dias para devolução dos instrumentos devidamente preenchidos. Os participantes responderam dentro do prazo e enviaram o TCLE assinado juntamente com os instrumentos. O resultado final do processo de validação foi enviado aos participantes para informá-los. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Oeste da Bahia (parecer nº 4.022.337, de 12 de maio de 2020).

## Resultados

A partir deste estudo, foi possível alcançar, utilizando-se a técnica de consenso de Delfos, em duas rodadas, o consenso da análise de pertinência e relevância de cada item do ML por especialistas, organizados em nove blocos sobre estrutura, processo e resultados relacionados à PEPS nos CAPS em Barreiras, BA, Brasil. Dos 20 especialistas selecionados inicialmente, 19 participaram da primeira rodada e 18 da segunda, com representação em todos os grupos: gestão; ensino/pesquisa; serviço; e controle social.

Sobre os itens analisados, aqueles relacionados aos recursos da PEPS nos CAPS obtiveram os seguintes valores quanto ao somatório total alcançado, à mediana e ao intervalo interquartil, respectivamente: 54, 3 e 0 (recursos humanos); 51, 3 e 0 (recursos financeiros); 49, 3 e 0 (recursos materiais). A Tabela 1 apresenta os itens relacionados aos processos, representados pelas atividades, juntamente com seus respectivos produtos, e organizados em cinco componentes técnicos: Planejamento, articulação política, coordenação, qualificação técnica e trabalho vivo na produção do cuidado. A marcação na Tabela 1 corresponde ao item considerado não relevante pelos participantes, ou seja, aquele que alcançou somatória de pontos inferior ou igual 43,2, confirmado pela mediana inferior a 3 e intervalo interquartil

igual ou superior a 1, sendo esse item reformulado no ML final, já que o mesmo foi considerado relevante no que diz respeito às atividades da PEPS nos CAPS no município. Na Tabela 2 encontram-se os itens referentes aos resultados e aos impactos da PEPS nos CAPS no município de Barreiras, BA.

A aplicação da técnica de consenso de Delfos com os especialistas permitiu a modificação no ML inicial e uma melhor compreensão dos componentes essenciais da política no contexto local. Na primeira rodada, com a contribuição dos especialistas quanto à pertinência dos itens, realizou-se a inserção e a reformulação de itens referente a atividades, produtos e resultados de todos os componentes que mais se aproximavam da governança local na condução da PEPS nos CAPS.

Na segunda rodada, todos os itens relacionados à estrutura foram considerados relevantes pelos especialistas. Dos itens relacionados ao componente técnico “articulação política”, no que diz respeito aos produtos, o item referente a instâncias de pactuação regional, como a Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) e o Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Serviço (COAPES) instituídos na condução da educação nos CAPS, não foram considerados relevantes. Todos os itens referentes aos resultados e ao impacto dos cinco componentes técnicos foram avaliados como relevantes pelos especialistas.

Por fim, a Figura 3 apresenta o ML da PEPS nos CAPS no município de Barreiras, validado por meio da técnica de consenso de Delfos, estruturado segundo a tríade estrutura, processo e resultado, de acordo com cinco componentes (planejamento, articulação política, coordenação, qualificação técnica e trabalho vivo na produção do cuidado). Percebeu-se, ao final do processo de validação, que as principais modificações realizadas no ML consistiram na inclusão de itens que refletem a estruturação, a condução e a participação da PEPS nos CAPS em âmbito municipal e, conseqüentemente, sua estruturação em âmbito estadual e regional.

## Discussão

Para a adequada avaliação da PEPS nos CAPS, entende-se como necessária a construção de seu ML. Seu desenho consiste na primeira etapa para o planejamento da avaliação com a compreensão da operacionalização da intervenção<sup>20</sup>. Nesse contexto, esse estudo de avaliabilidade da PEPS

**Tabela 1.** Itens relacionados às atividades e respectivos produtos para PEPS nos CAPS no município distribuídos de acordo com o total de pontos, mediana e intervalo interquartil. Barreiras-BA, Brasil, 2020.

Com- ponen- te técnico	Atividades a serem realizadas	Total de pon- tos	Me- diana	Interva- lo inter- quartil	Produtos	Total de pon- tos	Me- diana	Interva- lo inter- quartil
Planeja- mento	Elaborar o Plano de Ação Municipal de EPS ou documento legal que oriente as ações de EPS nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no município.	50	3	0	Plano de Ação Municipal de EPS ou documento legal elaborado e coerente com o PEEPS a respeito da educação na saúde (ex. Plano Municipal de Saúde).	51	3	0
	Plano Estadual de EPS (PEEPS).	45	3	1				
	Construir de forma coletiva (trabalhadores, gestores, instituição de ensino superior – IES – e controle social) ações de EPS nos CAPS no município.	52	3	0	Ações de EPS nos CAPS a serem implementadas no município construídas de forma coletiva por trabalhadores, gestores, IES e controle social.	50	3	0
	Elaborar instrumentos para avaliação e monitoramento das ações de EPS nos CAPS.	51	3	0	Modelo padrão de relatório elaborado conforme execução e prestação de contas, anexado ao Plano Municipal de EPS.	49	3	0
	Criar agenda de treinamentos e oficinas de qualificação pela equipe técnica de saúde mental da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) para os CAPS.	51	3	0	Agenda de treinamentos e oficinas de qualificação estabelecidas pela técnica de saúde mental da SESAB para os CAPS.	51	3	0
Articula- ção polí- tica	Promover a articulação com as IES junto a Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) na construção de planos político-pedagógicos nos cursos de graduação e pós-graduação da saúde, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS), estimulando uma postura de corresponsabilização na atenção psicossocial.	51	3	0	Plano político-pedagógico elaborado pelas IES junto as CIES, de acordo com diretrizes e objetivos relacionados ao SUS e atenção psicossocial.	49	3	1
	Estabelecer a pactuação das atividades de EPS nos CAPS entre IES e Secretaria Municipal de Saúde (SMS).	51	3	0	Pactuação das atividades de EPS nos CAPS entre IES e SMS instituída com corpo docente, discente e assistencial propício para atuação na atenção psicossocial.	50	3	0

continua

contribui para iluminar o entendimento acerca de sua estrutura, operacionalização e direção para alcançar os resultados e os impactos pretendidos na qualificação dos profissionais nos CAPS. No contexto desta pesquisa, o ML se destaca por ser um instrumento potencialmente útil para ordenação da formação nos CAPS como uma política pública que permite a construção de espaços locais, regionais e com capacidade de ampliar a qualificação das equipes de saúde e seus parceiros

intersectoriais. Entretanto, o cenário ainda é pouco explorado e os estudos não têm influenciado seu contexto macropolítico<sup>30</sup>. Os componentes de estrutura, processo e resultados que orientaram a elaboração do ML também nortearão a discussão dos resultados deste estudo.

Destaca-se a relevância de componentes da estrutura para o desenvolvimento da PEPS nos CAPS, uma vez que proporcionam requisitos fundamentais para seu funcionamento, tais como



**Tabela 1.** Itens relacionados às atividades e respectivos produtos para PEPS nos CAPS no município distribuídos de acordo com o total de pontos, mediana e intervalo interquartil. Barreiras-BA, Brasil, 2020.

Com- ponente técnico	Atividades a serem realizadas	Total de pon- tos	Me- diana	Interva- lo inter- quartil	Produtos	Total de pon- tos	Me- diana	Interva- lo inter- quartil
Articula- ção polí- tica	Estabelecer a pactuação das atividades de EPS em espaços regionais entre a Comissão Intergestores Regional (CIR) e Núcleo Regional de Saúde (NRS) na condução da EPS, incluindo os CAPS.	47	3	1	Pactuação de atividades de EPS em espaços regionais entre a CIR e NRS na condução da EPS que inclua os CAPS.	47	3	1
	Instituir o Núcleo de EPS no âmbito municipal como espaço formativo para os trabalhadores e que oriente as ações de EPS nos CAPS	48	3	1	Núcleo de EPS instituído no âmbito municipal como espaço formativo para os trabalhadores e que oriente as ações de EPS nos CAPS.	49	3	0
	Criar instâncias de pactuação regional (ex. CIES regional e o Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) para auxiliar na condução da gestão da educação nos CAPS.	46	3	1	Instâncias de pactuação regional (ex. CIES regional e COAPES) instituídas na condução da educação nos CAPS.	42	2,5	1
	Estabelecer o acompanhamento das ações de EPS incluindo os CAPS, pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS).	48	3	1	Acompanhamento das ações da EPS, incluindo os CAPS, pelos representantes do CMS.	46	3	1
	Estabelecer a participação da Secretaria Municipal de Saúde, por meio da Coordenação de Saúde Mental na formulação, na condução e desenvolvimento da EPS, incluindo os CAPS.	52	3	0	Formulação, condução e desenvolvimento da EPS, incluindo os CAPS, realizada pela Coordenação de Saúde Mental municipal.	51	3	0
Coorde- nação	Estabelecer critérios para distribuição de recursos financeiros para o desenvolvimento da EPS municipal incluindo os CAPS.	48	3	1	Critérios definidos para a distribuição dos recursos financeiros para o desenvolvimento da EPS municipal incluindo os CAPS.	46	3	1
	Elaborar e aprovar orçamento para ações da EPS municipal incluindo os CAPS.	49	3	0	Recurso financeiro para a EPS municipal incluindo os CAPS, aprovado pelo secretário municipal de saúde.	50	3	0
	Reconhecer a preceptoria nos processos de progressão funcional dos servidores.	48	3	0	Progressão funcional dos funcionários reconhecida a partir da preceptoria.	51	3	0

continua

recursos físicos, humanos e materiais. Para o desenvolvimento exitoso da política, o planejamento, a infraestrutura material, gerencial e de recursos humanos e financeiros devem resultar de um esforço multissetorial com a saúde para desenvolver ou continuar multiplicando e aplicando a EPS<sup>31</sup>. No contexto dos CAPS, dentro de uma orientação teórica mais ampla, surge a ambiência, que se refere ao tratamento dado ao espaço

físico, que é entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais, que proporciona atenção acolhedora, resolutive e humana<sup>32</sup>.

Portanto, esse processo de validação segue na direção de romper processos de adocimento criados pela institucionalização<sup>33</sup>. Quanto aos componentes técnicos planejamento, articulação política, coordenação, qualificação técnica e trabalho vivo na produção do cuidado, todos os

**Tabela 1.** Itens relacionados às atividades e respectivos produtos para PEPS nos CAPS no município distribuídos de acordo com o total de pontos, mediana e intervalo interquartil. Barreiras-BA, Brasil, 2020.

Com- ponen- te técnico	Atividades a serem realizadas	Total de pon- tos	Me- diana	Interva- lo inter- quartil	Produtos	Total de pon- tos	Me- diana	Interva- lo inter- quartil
Coordena- ção	Proporcionar intercâmbio da coordenação de saúde mental com serviços de saúde mental de outros municípios.	50	3	0	Existência de intercâmbio intermunicipal das coordenações de saúde mental.	49	3	1
	Estabelecer as atribuições da Coordenação de Saúde Mental e da coordenação dos serviços de saúde mental no âmbito municipal.	48	3	0	Atribuições da coordenação de saúde mental e da coordenação dos serviços de saúde mental estabelecidas e sem sobreposição.	51	3	0
Quali- ficação técnica	Realizar a gestão horizontal do cuidado por meio da prática interprofissional.	50	3	0	Gestão horizontal do cuidado realizada por meio da prática interprofissional.	51	3	0
	Fortalecer o trabalho na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).	52	3	0	Trabalho na RAPS fortalecido.	54	3	0
	Incluir no programa de qualificação a supervisão clínico-institucional regular para assessorar e acompanhar o trabalho da equipe CAPS.	53	3	0	Trabalho em equipe nos CAPS assessorado por meio da supervisão clínico-institucional regular	49	3	1
	Fortalecer a gestão do trabalho com valorização do trabalhador.	54	3	0	Gestão do trabalho fortalecida e trabalhador valorizado.	53	3	0
	Estimular o desenvolvimento de pesquisas em articulação com IES.	48	3	1	Pesquisas desenvolvidas a partir da articulação com as IES.	51	3	0
	Incluir ações de atenção domiciliar e acompanhamento integral com a rede de atenção básica à saúde em território de referência.	51	3	0	Ações de atenção domiciliar e acompanhamento integral realizadas com a atenção básica à saúde em território de referência.	52	3	0
	Realizar projetos de estágio e treinamento em serviço e ações de integração com famílias e comunidades.	51	3	0	Estágios, treinamento em serviço e ações de integração com familiares e comunidade realizados.	50	3	0
	Realizar a qualificação profissional para o desenvolvimento das práticas em consonância com a reforma psiquiátrica.	50	3	0	Profissionais qualificados para as práticas em consonância com a reforma psiquiátrica.	51	3	0

continua

itens foram considerados relevantes. No componente técnico planejamento, a intersectorialidade é uma dimensão valorizada nas políticas públicas e contribui para a articulação de saberes e experiências para planejamento, avaliação de políticas, programas e projetos com o intuito de garantir resultados cooperativos em situações complexas<sup>34</sup>. Nesse caminho, o componente articulação

política foi entendido como fundamental para o desenvolvimento da Política de EPS nos CAPS, pois demonstra a diversidade dos atores sociais, os desafios e as necessidades de negociação e pactuação política. A lógica da EPS é descentralizada, ascendente, multiprofissional e transdisciplinar, uma vez que a condução da PNEPS é compartilhada<sup>9</sup>.

**Tabela 1.** Itens relacionados às atividades e respectivos produtos para PEPS nos CAPS no município distribuídos de acordo com o total de pontos, mediana e intervalo interquartil. Barreiras-BA, Brasil, 2020.

Com- ponen- te técnico	Atividades a serem realizadas	Total de pon- tos	Me- diana	Interva- lo inter- quartil	Produtos	Total de pon- tos	Me- diana	Interva- lo inter- quartil
Quali- ficação técnica	Estimular o protagonismo das equipes e dos usuários nas tomadas de decisão.	49	3	0	Equipe e usuários protagonistas nas tomadas de decisão.	51	3	0
	Promover o alinhamento conceitual sobre a Política Nacional de EPS (PNEPS), especialmente a concepção de EPS para profissionais CAPS e gestores.	48	3	0	Alinhamento conceitual sobre a PNEPS e EPS promovidos.	46	3	1
Trabalho vivo na produção do cuida- do	Qualificar processos de problematização nos espaços para reconhecimento mútuo de cooperação.	46	3	1	Processos de problematização qualificados para reconhecimento mútuo de cooperação.	48	3	0
	Compartilhar experiências entre profissionais, comunidade, equipes e serviços para desenvolver possibilidades para enfrentamento de problemas.	52	3	0	Experiências entre profissionais, comunidade equipes e serviços compartilhadas e problemas enfrentados.	51	3	0
	Estimular a sensibilização dos trabalhadores de diferentes níveis hierárquicos com ações de EPS na produção do cuidado.	50	3	0	Trabalhadores de diferentes níveis hierárquicos sensibilizados.	50	3	0
	Desenvolver o atendimento singularizado com práticas coletivas.	51	3	0	Atendimento singularizado realizado a partir de práticas coletivas.	50	3	0
	Fortalecer a prática colaborativa e mudanças em situações problema com diferentes equipamentos na perspectiva intersetorial.	49	3	0	Prática colaborativa fortalecida e mudanças em situações problema realizadas com diferentes equipamentos na perspectiva intersetorial.	47	3	1
	Favorecer a capacidade de aprendizagem (ação-reflexão-ação) em serviço, com valor para o contexto local.	51	3	0	Capacidade de aprendizagem (ação-reflexão-ação) em serviço realizada, com valor para o contexto local.	52	3	0
	Envolver o usuário e sua família na construção dos projetos terapêuticos.	53	3	0	Usuário e sua família envolvidos na construção de projetos terapêuticos.	51	3	0
Trabalho vivo na produção do cuida- do	Incluir práticas educativas em projetos terapêuticos.	53	3	0	Práticas educativas incluídas em projetos terapêuticos.	49	3	0
	Experimentar novos territórios existenciais que desmistifique a desinstitucionalização e privação de liberdade nos CAPS	50	3	0	Novos territórios existenciais estabelecidos que desmistifiquem a desinstitucionalização e privação de liberdade nos CAPS.	50	3	0
	Fortalecer práticas interprofissionais de cuidado a partir de seminários das experiências exitosas.	50	3	0	Práticas interprofissionais de cuidado fortalecidas a partir de seminários das experiências exitosas.	51	3	0

Fonte: Autores.

**Tabela 2.** Itens relacionados aos resultados e ao impacto da PEPS nos CAPS no município, distribuídos de acordo com o total de pontos, mediana e intervalo interquartil. Barreiras-BA, Brasil, 2020.

<b>Componente técnico</b>	<b>Resultados</b>	<b>Total de pontos</b>	<b>Mediana</b>	<b>Intervalo interquartil</b>
Planejamento	PEEPS implementado por meio do Plano de Ação Municipal de EPS ou documento legal que oriente as ações de EPS nos CAPS no município (ex. Plano Municipal de Saúde).	49	3	0
	Ações de EPS nos CAPS construídas de forma coletiva e colocadas em prática no município.	51	3	0
	Avaliação e monitoramento das ações de EPS nos CAPS realizadas conforme execução e prestação de contas.	49	3	0
	Apoio da equipe técnica de saúde mental na qualificação dos CAPS	52	3	0
Articulação política	Modificação das práticas e dos processos de trabalho na atenção psicossocial.	47	3	1
	Profissionais de saúde qualificados de acordo com as necessidades do SUS.	53	3	0
	Condução e desenvolvimento da EPS, incluindo os CAPS, realizada por um espaço de articulação regional e municipal e com a participação de diferentes atores e instituições.	48	3	0
Coordenação, qualificação técnica e trabalho vivo na produção do cuidado	Recurso financeiro viabilizado para o desenvolvimento da EPS nos CAPS no município.	51	3	0
	Desenvolvimento do trabalho em equipe nas ações de EPS nos CAPS.	50	3	0
	Integração ensino-serviço realizada.	48	3	1
	Desenvolvimento de competências e mudanças do modelo assistencial para atenção integral de cuidado.	48	3	1
	Fortalecimento da clínica ampliada e compartilhada nos CAPS.	52	3	0
	Cuidado organizado segundo necessidade de saúde dos usuários.	53	3	0
	Gestores, estudantes e profissionais de saúde qualificados para o desenvolvimento das práticas psicossociais, de acordo com seus diferentes níveis de atuação.	51	3	0
	Espaços vivos de encontros com outras culturas para reconhecimento das potencialidades em diferentes situações.	48	3	1
	Monitoramento, promoção e avaliação anual das ações de EPS nos CAPS, por meio de indicadores específicos.	49	3	1
Impacto	Gestão participativa das atividades curriculares e extracurriculares dos cursos de graduação e pós-graduação da saúde.	43	3	1
	Qualificação dos profissionais de saúde para atuação nos CAPS no município a partir da articulação de diversas instituições.	51	3	0
	Avaliação institucional da qualidade das ações de EPS ofertadas nos CAPS e do impacto no processo de trabalho.	49	3	0
	Fortalecimento da relação gestão-serviço-ensino-comunidade.	52	3	0
	Permanente qualificação do cuidado psicossocial nos CAPS.	51	3	0
	Reestruturação constante das práticas intersetoriais com maior resolutividade das ações na saúde, justiça, educação, cultura e assistência social.	50	3	0
	Fortalecimento do trabalho vivo em ato por meio da interprofissionalidade e desinstitucionalização do cuidado nos CAPS.	49	3	0

Fonte: Autores.

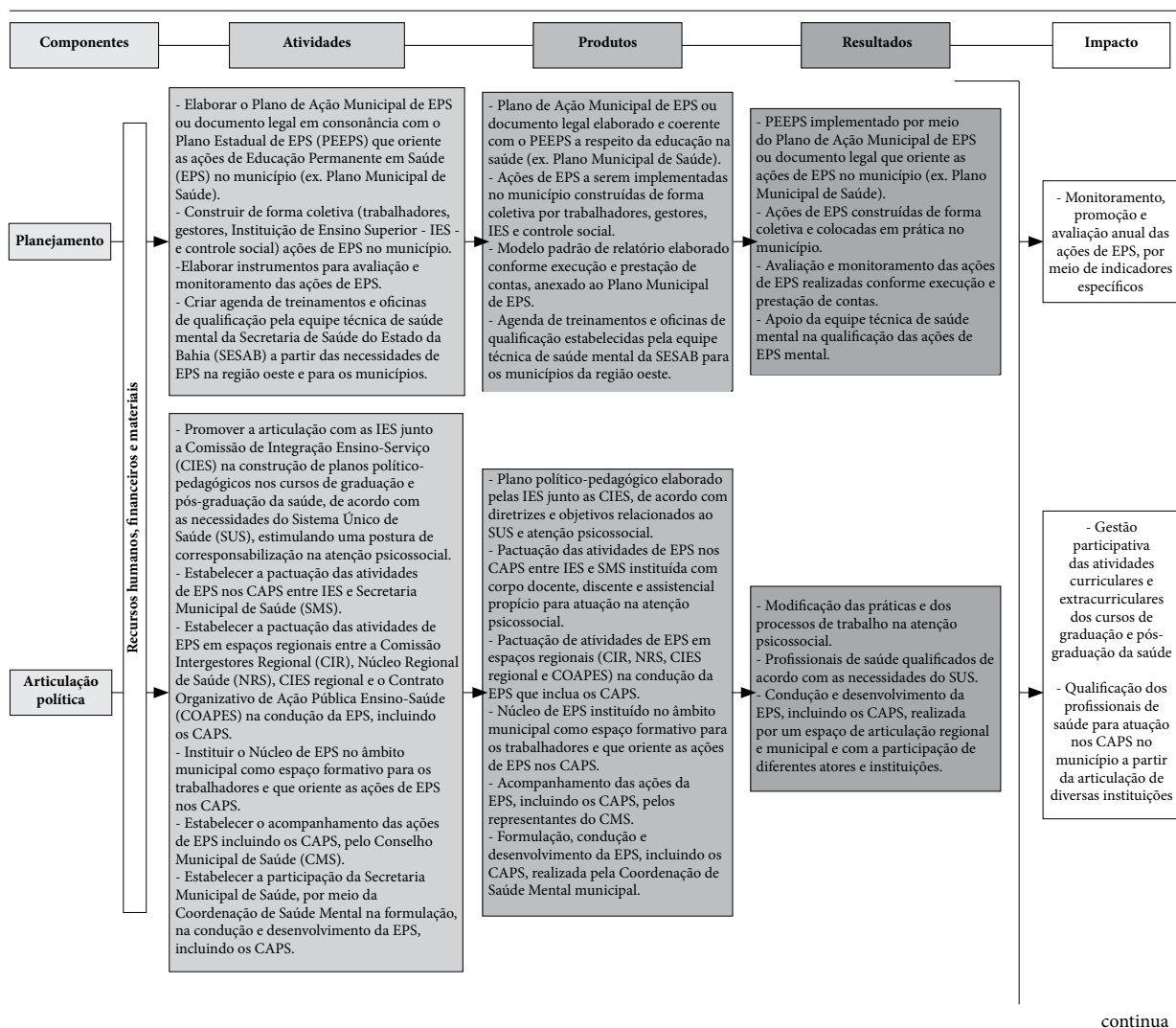


Figura 3. Modelo Lógico final da PEPS nos CAPS. Barreiras-BA, Brasil, 2020.

A articulação interinstitucional quebra a regra da verticalidade única e hierarquizada dos fluxos organizativos. Nesse ínterim, em 2014, com a reforma administrativa no estado da BA, as Diretorias Regionais de Saúde (DIRES) foram extintas e criados os Núcleos Regionais de Saúde (NRS), que passaram a ser responsáveis pela centralização da gestão regional<sup>35</sup>. A regionalização na saúde, no Brasil, é uma estratégia organizativa respaldada nas diretrizes do SUS e manifesta a necessidade de formar redes de atenção à saúde, em um complexo processo político, por meio do envolvimento de diferentes atores<sup>36</sup>. No contexto de manutenção e protagonismo municipal, e simultaneamente de fortalecimento das relações de interdependência e corresponsabilização sani-

tária, neste estudo a Comissão Intergestores Regional (CIR) representa um fórum potencial de discussão e construção de estratégias indutoras para avançar o processo de desinstitucionalização e a não existência de vazios assistenciais em saúde mental<sup>37</sup>.

O componente coordenação apresenta atividades com vistas a estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação dos trabalhadores da saúde. A descentralização do financiamento da PNEPS, de responsabilidade compartilhada, encontra limites, pois a “máquina pública” opera bem no âmbito das ações de saúde e “emperra” quando são ações de educação<sup>38</sup>. Assim, no sentido de recuperar o fluxo do financiamento e fortalecer a PNEPS, por meio de repasses de recursos do

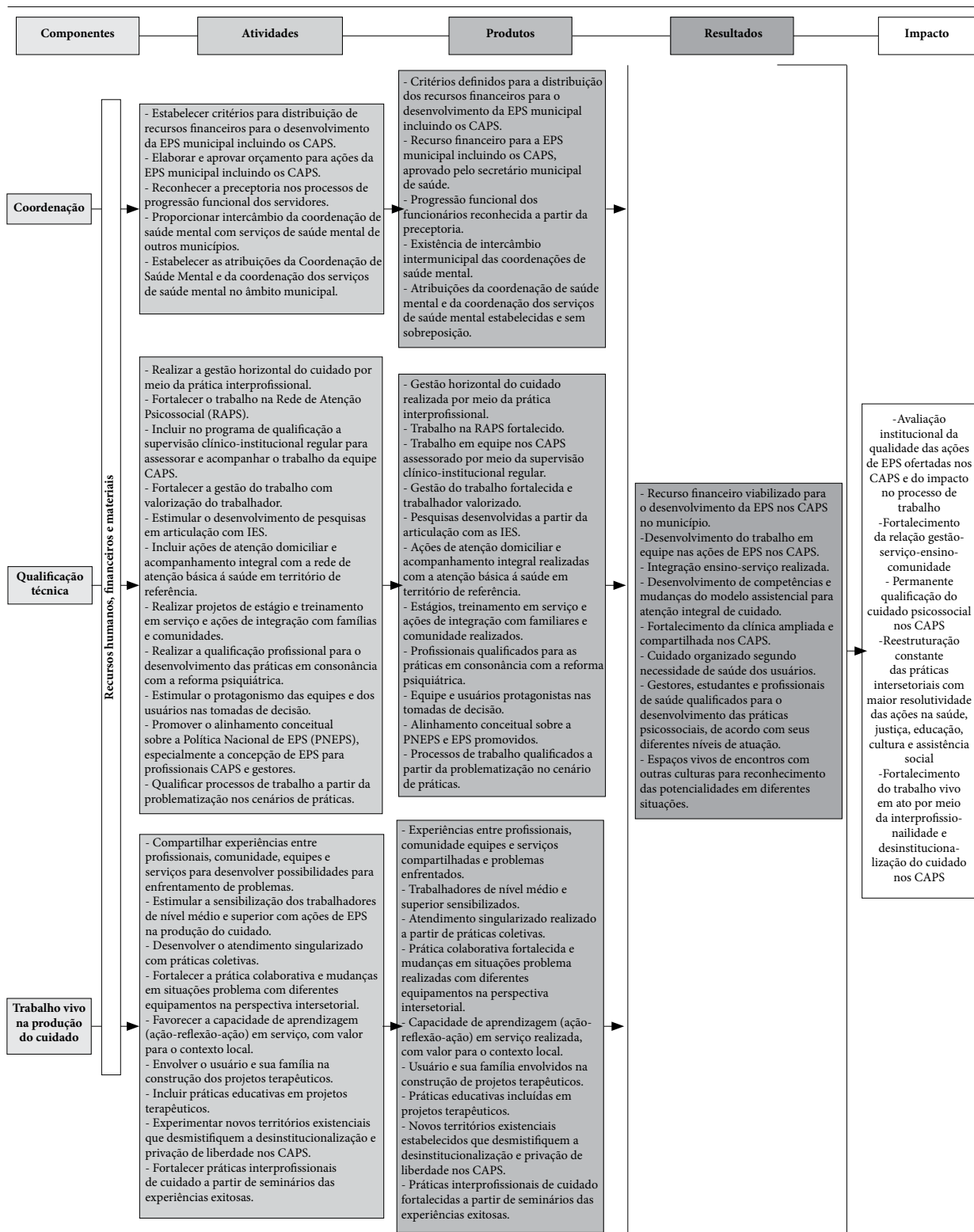


Figura 3. Modelo Lógico final da PEPS nos CAPS. Barreiras-BA, Brasil, 2020.

EPS: educação permanente em saúde; PEPS: Plano Estadual de EPS; CAPS: Centro de Atenção Psicossocial; IES: instituição de ensino superior; CIES: Comissão de Integração Ensino-Serviço; SUS: Sistema Único de Saúde; COAPES: Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde; CMS: Conselho Municipal de Saúde; RAPS: Rede de Atenção Psicossocial; PNEPS: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; CIR: Comissão Intergestores Regional; NRS: Núcleo Regional de Saúde e SESAB: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.

Ministério da Saúde, a Portaria nº 3.194, de 28 de novembro de 2017<sup>39</sup>, dispõe sobre o Programa para Fortalecimento das Práticas de EPS no SUS. Assim, foram repassados aos estados e municípios aproximadamente R\$ 70 milhões para execução de atividades educativas, respeitando a necessidade regional/local<sup>40</sup>.

No componente qualificação técnica, coloca-se em cena a aposta da EPS e da educação interprofissional (EIP) para superar o modelo asilar, desconstruir práticas individualizadas, fragmentadas e mecanizadas, e permitir a construção do cuidado em saúde mental. Os CAPS necessitam de uma nova forma de trabalho e de cuidado que impõem desafios às equipes, pois os profissionais, em sua grande maioria, não foram formados no paradigma da atenção psicossocial<sup>41</sup>. Essa situação exige estratégias formativas como a EIP, que possibilitam a construção da aprendizagem pela interação dos sujeitos com seus saberes, sentimentos, atitudes, crenças e costumes, pautadas na democratização das relações<sup>42</sup>. Além disso, é possível destacar a fragilidade das formações acadêmicas e a necessidade de retomar a reflexão sobre o conceito de EPS. Assim, considera-se importante a apropriação plena de seu conceito, propondo-se seu alinhamento, de modo a facilitar o processo de gestão e planejamento das ações de EPS<sup>43</sup>.

O componente técnico finalístico, “trabalho vivo na produção do cuidado”, destaca itens que devem ser sustentados por uma aposta de que é possível produzir diferença mesmo em situações em que, em princípio, nada se move. A equipe, ao movimentar-se em direção ao encontro de pensar outro agir e mobilizar afecções, cria desvios e outras possibilidades de cuidado impensáveis<sup>44</sup>. É no território das ações cuidadoras que a negociação acontece, por meio das mútuas afetações. Esse é o território que sofre influências do trabalho vivo em ato<sup>45</sup>, que ocorre com protagonismo no processo de trabalho e ganha formas distintas a partir da necessidade do usuário e a oferta do trabalhador em um movimento intenso que acompanha o nascer ou o morrer<sup>46</sup>.

Assim, os bons encontros geram paixões alegres e favorecem e ampliam potências do agir entre os corpos cuja relação é de composição, e por outro lado os maus encontros geram paixões tristes em a potência de um se opõe ao outro<sup>47</sup>. Deleuze<sup>48</sup> explica que as ações são afecções ativas, por meio delas conhecemos as relações constitutivas entre os corpos; o que está agradando ou desagradando, e por isso as ações seriam geradoras de ideias adequadas à nossa realidade. Des-

sa forma, os itens de cada componente técnico descrito nesse ML contribuem para que a PNEPS seja ajustada aos contextos locais<sup>23</sup>. Nessa perspectiva, o trabalho em saúde revela que sua reorganização deve também passar pela implementação de processos educacionais e formativos. A EPS constitui uma estratégia útil na reorganização dos serviços em rede e na construção de uma gestão participativa.

Os objetivos pretendidos da intervenção foram apresentados na forma de produtos, resultados e impactos, que se referem aos resultados em curto, médio e longo prazos, respectivamente. Em relação aos produtos, quase a totalidade dos itens foram considerados relevantes pelos especialistas, com exceção das instâncias de pactuação regional, como CIES regional e do COAPES na condução da EPS nos CAPS. Alguns estudos realizados em diversos estados brasileiros relatam deficiências de espaço físico e apoio logístico para garantir o funcionamento das CIES, além de inexistência do setor de EPS no organograma das secretarias estaduais de saúde e da falta de recursos (pessoal, diárias, transporte) para as ações de EPS<sup>38,40,49</sup>. Entretanto, as propostas contidas na PNEPS<sup>11</sup> visam fomentar a condução regional da política e a participação interinstitucional por meio das CIES e se refletem na articulação entre as diversas instituições que compõem o quadrilátero da EPS<sup>9</sup>.

Para o fortalecimento da PNEPS, é indicado instituir a CIES regional como membro do comitê gestor local do COAPES<sup>40</sup>, que é um instrumento de articulação contínua que sinaliza a intencionalidade de um conjunto de atores na construção de um modelo de ensino que valoriza a integração ensino-serviço-comunidade necessária aos cursos de graduação e de residências da área da saúde<sup>50</sup>. Ele propõe um fluxo para balizar e formalizar as relações intersetoriais e interinstitucionais. Sua adoção demonstra uma série de vantagens, tanto para estados e municípios quanto para IES, trabalhadores e estudantes, pois os qualifica para as demandas do SUS e colabora para seu aperfeiçoamento<sup>40,50</sup>. É importante que o COAPES ultrapasse o limite burocrático e desenvolva uma negociação permanente em defesa da qualificação do cuidado e da formação no SUS em articulação com as premissas da EPS<sup>51</sup>.

Todos os itens referentes aos resultados e ao impacto da Política de EPS nos CAPS no município de Barreiras foram considerados relevantes. Ao reconhecer o potencial da educação na transformação de práticas, uma competência importante é o desenvolvimento de metodologias

pedagógicas que permitam relações dialógicas e ampliem o olhar para a mudança de práticas e organização dos serviços<sup>42,52</sup>. A formação construtivista na gestão do SUS foi apontada como catalisadora desse processo<sup>52,53</sup>. Apesar desse indicativo, é importante reforçar que o processo de EPS para formação em saúde mental para atuação nos CAPS deve ser concomitantemente balizada com os princípios da RPB. Assim, torna-se imprescindível que os trabalhadores repensem suas práticas de cuidado, uma vez que eles não são, unicamente, “recursos” humanos ou insumos e que a produção do cuidado não é alheia à dimensão subjetiva do trabalho<sup>54</sup>.

Os itens inseridos no ML final apresentado no presente estudo demonstram a multiplicidade e a complexidade dos fatores e as relações que envolvem a PEPS nos CAPS. Neste estudo foram necessárias apenas duas rodadas, pelo elevado grau de consenso entre os especialistas. A perda esperada no estudo de validação, na primeira rodada é de 30% a 50% e, na segunda rodada, de 20% a 30%<sup>23,55</sup>. Dessa forma, não houve comprometimento quanto à consistência interna da validação, pois a perda foi de apenas 5% em ambas as rodadas.

## Considerações finais

O presente estudo de avaliabilidade apresentou o processo de validação do ML referente à Política de EPS nos CAPS no município de Barreiras, Bahia, Brasil. O desenho do ML permitiu iluminar a forma de operacionalização da intervenção e o entendimento sobre a PEPS como ferramenta útil ao campo da formação em saúde mental e acordar possibilidades no desenvolvimento da intervenção. Considerou-se como essencial a construção coletiva com especialistas distribuídos no quadrilátero para formação da área da saúde, por meio da técnica de consenso Delfos, passo importante no envolvimento de potenciais interessados no processo avaliativo, com vistas ao fortalecimento da gestão de uma política educativa em nível local. Além disso, o ML validado poderá ser revisado e aplicado em outros contextos na medida em que preencham as adaptações e influências necessárias relacionadas à intervenção.

O desenvolvimento da PEPS nos CAPS é fundamental para evitar a burocratização e a ineficácia das práticas clínicas. Nesse sentido, adotaram-se critérios de operacionalidade e fecundidade em uma avaliação formativa que visa fortalecer as práticas de saúde mental em direção ao cuidado integral. Pretende-se que essa pesquisa oriente investigações futuras no campo do planejamento e da avaliação de políticas formativas em saúde mental e que qualifique a atenção em diferentes cenários da RPB.

## Colaboradores

Todos os autores trabalharam na concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados, na redação e revisão crítica do artigo e na aprovação da versão a ser publicada.



## Referências

- Santos DS, Mishima SM, Merhy EE. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. *Cien Saude Colet* 2018; 23(3):861-870.
- Rézio LA, Conciani ME, Queiroz MA. O processo de facilitação de Educação Permanente em Saúde para formação em saúde mental na Atenção Primária a Saúde. *Interface (Botucatu)* 2020; 24:e200113.
- Lancetti A, Amarante PDC. Saúde mental e saúde coletiva. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 615-634.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2011; 23 dez.
- Rosa MSG, Souza AC, Abrahão AL, Marques D. Inovações na formação em saúde: O programa de educação pelo trabalho – saúde mental. *Rev Portuguesa Enferm Saude Mental* 2016; 4:39-44.
- Rézio LA, Fortuna CM, Borges FA. Pistas para educação permanente em saúde mental na atenção básica guiada pela socioclínica Institucional. *Rev Latino AM Enferm* 2019; 27:e3204.
- Machado MH, Ximenes Neto FRG. Gestão da educação e do trabalho em saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. *Cien Saude Colet* 2018; 23(6):1971-1979.
- Machado MH, Vieira ALS, Oliveira E. Gestão, trabalho e educação em saúde: perspectivas teórico-metodológicas. In: Baptista TWF, Azevedo CS, Machado CV, organizadores. *Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015. p. 294-321.
- Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis* 2004; 14(1):41-65.
- Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface (Botucatu)* 2005; 9(16):161-177.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente. *Diário Oficial da União* 2007; 21 ago.
- Brasil. Presidência da República. *Avaliação de políticas públicas: guia prático de análise ex post, volume 2*. Brasília: Casa Civil da Presidência da República; 2018.
- Mattos MP, Campos HMN, Gomes DR, Ferreira L, Carvalho RB, Esposti CDD. Educação permanente em saúde nos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa de literatura. *Saude Debate* 2020; 44(127):1271-1293.
- Furtado JP, Campos GWS, Oda WY, Onocko-campos T. Planejamento e Avaliação em Saúde: entre antagonismo e colaboração. *Cad Saude Publica* 2018; 34(7):e00087917.
- Wetzel C, Kantorski LP. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. *Texto Contexto Enferm* 2004; 13(4):593-598.
- Costa PHA, Colugnati FAB, Ronzani TM. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil. revisão sistemática da literatura. *Cien Saude Colet* 2015; 20(10):3243-3253.
- Oliveira MAF, Cestari TY, Pereira MO, Pinho PH, Gonçalves RMDA, Claro HG. Processos de avaliação de serviços de saúde mental: uma revisão integrativa. *Saude Debate* 2014; 38(101):368-378.
- Trevisan MS, Walser TM. *Evaluability assessment: improving evaluation quality and use*. New York: SAGE Publications; 2015.
- Leviton LC, Khan LK, Rog D, Dawkins N, Cotton D. Evaluability assessment to improve public health policies, programs, and practices. *Annu Rev Public Health* 2010; 31:213-233.
- Hartz Z. Modelizar as intervenções. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos A-P, Hartz Z. *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. p. 61-74.
- Feuerwerker LCM. Educação na saúde – educação por profissionais de saúde – um campo de saber e de práticas sociais em construção. *Rev Bras Educ Med* 2007; 31(1):3-4.
- Almeida PF, Escorel S. Da avaliação em saúde à avaliação em Saúde Mental: gênese, aproximações teóricas e questões atuais. *Saude Debate* 2001; 25(58):35-47.
- Ferreira L, Ribeiro MS, Oliveira LZ, Szpilman ARM, Esposti CDD, Cruz MM. Validação do modelo lógico de implementação da Política de Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária. *Trab Educ Saude* 2020; 18(2):e0026294.
- Vitorino SAS, Cruz MM, Barros DC. Validação do modelo lógico teórico da vigilância alimentar e nutricional na atenção primária a saúde. *Cad Saude Publica* 2017; 33(12):e00014217.
- Yin RK. *Estudo de Caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman; 2015.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.174/GM, de 7 de julho de 2005. Destina incentivo financeiro emergencial para o Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2005; 8 jul.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 854, de 22 agosto de 2012. Altera a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2012; 23 ago.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Esclarecimentos sobre a mudança na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. *Diário Oficial da União* 2019; 4 fev.
- Minayo MCS. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 2016.
- Dantas CR, Oda AMGR. Cartografia das pesquisas avaliativas de serviços de saúde mental no Brasil (2004-2013). *Physis* 2014; 24(4):1127-1179.
- Míccas FL, Batista SHSS. Educação permanente em saúde: metassíntese. *Rev Saude Publica* 2014; 48(1):170-185.

32. Kantorski LP, Coimbra VCC, Silva ENF, Guedes AC, Cortes JM, Santos F. Avaliação qualitativa de ambiência num Centro de Atenção Psicossocial. *Cien Saude Colet* 2011; 16(4):2059-2066.
33. Ronchi JP, Avellar LZ. Ambiência do atendimento de crianças e adolescentes em um CAPSi. *Psicol Rev* 2015; 21(2):379-396.
34. Inojosa RM. Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. *RAP* 1998; 32(2):35-48.
35. Santos AM, Santos FRF, Paiva JAC. Processo de regionalização na Bahia, Brasil: desafios para inovação organizacional. *Rev Gerencia Politicas Salud* 2020; 19. DOI: 10.11144/Jave riana.rgps19.prbb
36. Santos AM, Assis MMA. Processo de regionalização da saúde na Bahia: aspectos políticos-institucionais e modelagem dos territórios sanitários. *G&DR* 2017; 13(2):400-422.
37. Macedo JP, Abreu MM, Fontenele MG, Dimenstein M. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Saude Soc* 2017; 26(1):155-170.
38. Ferraz F, Backes UMS, Matinez FJM, Feuerwerker LCM, Lino MM. Gestão de recursos financeiros da educação permanente em saúde: desafio das comissões de integração ensino-serviço. *Cien Saude Colet* 2013; 18(6):1683-1693.
39. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria 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. *Diário Oficial da União* 1990; 29 nov.
40. Gonçalves CB, Pinto ICM, França T, Teixeira CF. A retomada do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. *Saude Debate* 2019; 43(Esp.):12-23.
41. Sousa FMS, Severo AKS, Félix-Silva AV, Amorim AKMA. Educação interprofissional e educação permanente em saúde como estratégia para a construção de cuidado integral na Rede de Atenção Psicossocial. *Physis* 2020; 30(1):e300111.
42. Mattos MP, Gomes DR, Silva MM, Trindade SMC, Oliveira ERA, Carvalho RB. Prática interprofissional colaborativa em saúde coletiva à luz de processos educacionais inovadores. *Rev Baiana Saude Publica* 2019; 43(1):271-287.
43. Gonçalves CB, Pinto ICM, França T, Teixeira CF. A retomada do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. *Saude Debate* 2019; 43(Esp.):12-23.
44. Merhy EE, Feuerwerker LCM, Cerqueira P. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: Franco TB, Ramos VC, organizadores. *Semiótica, afecção e cuidado em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2010; p. 60-75.
45. Merhy E. *Saúde: cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002.
46. Chagas MS, Abrahão AL. Produção do cuidado em saúde centrado no trabalho vivo: existência de vida no território da morte. *Interface (Botucatu)* 2017; 21(63):857-867.
47. Almeida SA, Merhy EE. Micropolítica do trabalho vivo em saúde mental: composição por uma ética antimanicomial em ato. *Psicol Política* 2020; 20(47):65-75.
48. Deleuze G. *Spinoza e a filosofia prática*. São Paulo: Escuta; 2002.
49. França T, Medeiros KR, Belisario SA, Garcia AC, Pinto ICM, Castro JL, Pierantoni CR. Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. *Cien Saude Colet* 2017; 22(6):1817-1828.
50. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?* Brasília: MS; 2018.
51. Brasil. Ministério da Educação (MEC). Ministério da Saúde (MS). Portaria Interministerial nº 1.127, de 4 de agosto de 2015. Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2015; 5 ago.
52. Mattos MP, Campos HMN, Queiroz BF, Santos EJ, Cunha RSB, Gomes DR. Tecendo redes de educação construtivista em deontologia farmacêutica: formação e dispositivos ativos na arte de ensinar. *Interface (Botucatu)* 2020; 24:e190567.
53. Cunha M, Campos HMN, Mattos MP. A formação construtivista de educandos de Farmácia na Gestão do SUS: Abordagens e contribuições para ambientes virtuais de aprendizagem. *Rev Baiana Saude Publica* 2019; 43(1):288-300.
54. Merhy EE, Franco TB. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In: Merhy EE, Franco TB, organizadores. *Trabalho, produção de cuidado e subjetividade: textos reunidos*. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 230-249.
55. Wright JTC, Giovinazzo RA. Delphi: uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. *Cad Pesq Admin* 2000; 1(12):54-65.

Artigo apresentado em 22/05/2022

Aprovado em 17/04/2023

Versão final apresentada em 20/04/2023

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva