



EDUCAÇÃO CIÊNCIA E SAÚDE
<http://dx.doi.org/10.20438/ecs.v10i2.461>

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: DO ENSINO AO SUS

Fagner Luiz Lemes Rojas¹, Ruth Terezinha Kehrig²

¹Enfermeiro. Doutor em Saúde Coletiva. Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá-MT, Brasil.

Email para correspondência: fagnerojas@gmail.com

²Administradora. Doutora em Saúde Pública. Docente Adjunta do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá-MT, Brasil.

Email para correspondência: ruth.kehrig@gmail.com

Resumo

O texto trata da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS), reconhecendo, por pressuposto da EPS, a integração entre ensino, trabalhador, gestor e usuário da saúde. E se constituindo enquanto vertente pedagógica com potência transformadora das práticas de saúde. À luz de registros históricos documentais sobre o processo de implantação da política nacional de EPS no estado de Mato Grosso e da apreensão empírica de entrevistas semi-estruturadas realizadas com informantes-chave de uma região de saúde, o estudo recupera os movimentos político-educativos e as conquistas advindas da interlocução entre ensino e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), operada por sujeitos educadores, gestores e trabalhadores de saúde. As narrativas apreendidas desvelam a importância da interação entre a Escola Estadual de Saúde Pública e as Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) e da descentralização da política de EPS, que na região do estudo propiciou a implementação de uma CIES municipal. A partir dessa autonomia, a EPS assumiu o papel de eixo direcionador de formação para as instituições de ensino superior regionais, fator que impulsionou a lógica da aprendizagem-trabalho alinhada a instituições formadoras públicas e privadas junto aos serviços do SUS.

Palavras-chave: educação permanente em saúde, educação continuada, ensino em saúde, políticas de saúde, SUS.

Abstract

The text deals with the National Policy on Continuing Health Education (EPS), recognizing, by the EPS assumption, the integration between teaching, worker, manager and health user. And constituting itself as a pedagogical aspect with transforming power in health practices. In the light of historical documentary records on the process of implementing the national EPS policy in the state of Mato Grosso and the empirical apprehension of semi-structured interviews carried out with key informants from a health region, the study recovers the political-educational movements and the achievements arising from the dialogue between teaching and services of the Unified Health System (SUS), operated by

educators, managers and health workers. The seized narratives reveal the importance of the interaction between the State School of Public Health and the Teaching-Service Integration Commissions (CIES) and the decentralization of the EPS policy, which in the study region provided for the implementation of a municipal CIES. From this autonomy, the EPS assumed the role of training guideline for regional higher education institutions, a factor that boosted the logic of learning-work aligned with public and private training institutions along with SUS services.

Keywords: continuing education in health, continuing education, health education, health policies, SUS.

1 Introdução

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é parte de fatos recentes no campo da Saúde Coletiva brasileira, mas com ecos de uma história antiga. História essa que se reporta aos primeiros indícios dos diálogos sobre a instrução dos homens e mulheres, circunscrita no contexto do cenário europeu, mais precisamente, final do século XIII na França, reflexo da luta pelo intuito da educação laica, objetivando o acesso a todos pela educação universalizada. As repercussões das lutas na França foram motivadoras para outros países, estabelecendo novos horizontes, inclusive o que primava pela importância fundamental da educação no desenvolvimento do país.

Essa breve referência histórica a um cenário europeu, mais precisamente à França, nos faz refletir sobre as origens de um processo que se estabeleceu no cenário brasileiro, mais propriamente, a aprovação de uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), cuja primeira edição deu-se em 2004 (PORTARIA GM/MS nº 198/2004).

A EPS tem suas origens firmadas no contexto latino-americano de escolarização, que é reflexo das repercussões francesas, emergindo na luta pela educação laica no Brasil, a partir da década de 1930, quando iniciados os movimentos nacionais para institucionalizar a instrução e promover discursos em torno desse ideário, como também, uma estruturação legal do Estado brasileiro que o fundamentaria. Era, portanto, o reconhecimento da Nação, que buscava desenvolver-se economicamente e educacionalmente enquanto instrução, alicerçando-se na educação pública como impulso ao progresso.

Movimentos sócio-históricos e políticos permitem afirmar que a Educação Permanente em Saúde tem heranças no ideário pedagógico e

político da Educação Permanente, mas ambas têm propósitos divergentes: a educação permanente foi apropriada por organizações que visavam qualificar o trabalhador e alçar o processo de industrialização e desenvolvimentismo latino-americano. Há diferenças políticas, educativas e, sobretudo, conceituais, que não se fazem apenas pelo acréscimo da palavra (saúde) na nomenclatura da educação permanente. Ao considerar que o trabalho é o ponto de partida, sendo o sujeito o objeto-meio a ser instrumentado e qualificado naquele espaço, focando a execução da sua atividade permanentemente, restará desconsiderada a instrução atemporal, crítica e libertária da mentalidade.

A Educação Permanente em Saúde estrutura-se privilegiando o sujeito, sendo ele o seu ponto de partida, portanto o trabalho é o objeto enquanto meio e contexto em que a EPS se dará. Nesse sentido, valoriza a reorganização do sistema de saúde e suas organizações, considerando a inserção participativa e cogestora dos sujeitos nessas estruturas.

Quanto a questões conceituais relacionadas a dúvidas que perpassam as concepções de educação permanente e de EPS, Rojas (2015a, p. 24,) elucida que:

O termo Educação Permanente na educação não se refere a um tempo atual, sobretudo por estar circunscrito no campo [histórico] da educação e suas concepções educativas. Já a Educação Permanente na Saúde é temática atual de uma história recente. Essa vertente pedagógica no campo da saúde, em sua implementação no território nacional, enfrentou vários momentos políticos, que iniciaram a partir da aprovação da Política de Educação na Saúde pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 2003. O resultado das negociações entre CNS e pactuação intergestores culminou na primeira portaria MS/GM nº 198/2004, repactuada e substituída pela portaria MS/GM nº 1.996/2007 [sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde].

Considera-se, portanto, que os espaços de saúde são locais que dispõem de cotidiano propício ao processo de aprendizagem-trabalho, suscitado a partir de processos problematizadores¹, em que a cogestão do trabalho se faz pelo protagonismo tanto educativo no/pelo trabalho, quanto

1 Entendemos, com Ceccim (2005), que processos problematizadores se efetivam com o levantamento de questões ao vivido, com práticas de pensamento que permitem a elaboração inventiva de problemas, em movimento de implicar-se no território e acolher a alteridade.

político-pedagógico pelo (re)pensar sobre esse trabalho em saúde, o que, para Merhy (2009, p. 12) sempre está na condição de “vivo em ato”.

Podemos destacar que o trabalho vivo em ato funciona como substrato à formação do quadrilátero da saúde, no contexto do cotidiano. Essa formação quadrilateralizada depende da interlocução dos seus quatro segmentos centrais: ensino (escolas formadoras de saúde), trabalhador da saúde, gestor do sistema de saúde e usuário da saúde, em sua participação no controle social (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

O presente texto se propõe a tomar o tema da Educação Permanente em Saúde, em observância a registros históricos documentais acerca da sua efetivação no estado de Mato Grosso, e caracterizar suas repercussões em processos pedagógicos nas escolas formadoras de saúde. Para tanto, o estudo recupera os movimentos e as conquistas advindas da interlocução entre ensino, serviço, gestão da saúde e trabalhadores do SUS, inicialmente proposta pelos Polos de Educação Permanente em Saúde. Após a substituição dos Polos pelas Comissões Integração de Ensino-Serviço (CIES), destacou-se a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como eixo direcionador de formação para as Instituições de Ensino (IES) regionais, considerando a aprendizagem-trabalho alinhada aos serviços do SUS.

2 Metodologia

O presente estudo compõe um extrato da tese do primeiro autor (ROJAS, 2019), cujos dados empíricos se originaram no banco de dados da pesquisa intitulada “Análise da implementação da Política de Educação Permanente em Saúde para o SUS em Mato Grosso”², realizada entre 2003 a 2016. Para dar prosseguimento a investigação sobre a temática foi aprovado um novo projeto, denominado “Práticas Inovadoras da Educação Permanente em Saúde”, do qual fez parte a elaboração da tese de Rojas (2019), conforme consta no número CAAE: 61285616.5.0000.5541 do parecer: 1.978.879 de 2017.

2 A pesquisa teve por objeto a Educação Permanente em Saúde no estado de Mato Grosso, sendo coordenada pela Professora Dra. Neuci Cunha dos Santos, da Faculdade de Enfermagem da UFMT, com financiamento pelo CNPQ, entre setembro de 2013 e setembro de 2015, tendo sido aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da UFMT conforme CAAE: 24310913.2.3001.5164 com o parecer 644.774 de 2014.

A pesquisa buscou recuperar historicamente a constituição da EPS em Mato Grosso desde 2003, quando houve o início dos diálogos em encontros entre a Escola de Saúde Pública Dr. Agrícola Paes de Barros (ESP/MT) e as instituições de ensino em saúde, com o intuito de fomentar ações da formação em saúde para atender a necessidades das regiões de saúde. Como também, as repercussões do processo de implantação da EPS nesse estado foram apreendidas empiricamente por referência a 2015, quando a CIES da região Norte/MT instituiu a criação de CIES municipais e afina a interlocução entre as escolas formadoras e o serviço de saúde.

A metodologia foi elaborada considerando os elementos historiográficos de base documental da constituição dos Polos de Educação Permanente em Saúde (PEPS) e da sua continuidade em Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) e a realização de entrevistas semi-estruturadas com quatro voluntários, todos partícipes da região de saúde Norte/MT, onde houve instituição de CIES municipal, para além da regional.

Ao subsidiar os achados historiográficos de forma alinhada às narrativas dos agentes locais, foi possível perceber o avanço que houve durante dos anos 2000, após a transposição dos Polos de EPS para CIES Regionais; mais especificamente, nos relatos da constituição de uma CIES municipal na região Norte/MT. Tal ação foi substancial para compreender como se impulsionou na continuidade a constituição de outros espaços colegiados de EPS também na esfera municipal, considerando a construção de experiências práticas e micropolíticas ocorridas na CIES da região Norte/MT.

A disposição dos achados documentais junto às narrativas assumem nesse estudo a noção de verdade de discurso na perspectiva foucaultiana, em que não há a necessidade de interpretação para além do que foi dito.

3 Resultados e Discussão

3.1 Apanhado historiográfico: a Educação Permanente em Saúde em Mato Grosso

Em Mato Grosso, houve movimentos singulares para a estruturação dos Polos de EPS que identificamos como 'a gênese da CIES Estadual'. Conforme os resultados da pesquisa historiográfica emergiam, estruturava-se melhor a

proposta do Polo. Consta nas primeiras atas do PEPS estadual (ata nº 02, de 3 de dezembro de 2003 e ata nº 03 de 4 de dezembro de 2003)³, que a EPS nas regiões de saúde foi normatizada em Mato Grosso antes mesmo da aprovação da primeira instituição de uma política nacional de EPS (Portaria GM/MS nº 198/2004), que consubstanciava as CIES Regionais enquanto colegiado que promoveria a interlocução com as IES formadoras da saúde.

Os aspectos historiográficos demonstram que ações para a regionalização em Mato Grosso prescindiam da descentralização das esferas de governo, uma vez que tais ações se colocaram como um dispositivo inicial: instâncias intergestores bipartite destacam as “oficinas de trabalho para a implementação de uma Rede de Apoio ao SUS e curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde” (ata PEPS nº 03), compondo projeto prioritário aprovado pelo COSEMS/MT em 2003. Tal iniciativa já vinha demonstrando a necessidade de fortalecer os diálogos sobre a regionalização e a interlocução da EPS como um eixo norteador da formação em saúde, como também, a qualificação da pós- formação em saúde, fosse na modalidade técnica ou superior.

A partir da PNEPS vigente (PORTARIA GM/MS nº 1.996/2007), os Polos de Educação Permanente foram substituídos pela Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES), que em Mato Grosso, foi regulamentada em 2009 (Resolução CIB nº 071, de 23 de julho de 2009). Em resolução um pouco anterior (CIB nº 004, de 12 de março de 2009), foi exigida a elaboração dos Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS)⁴, entendidos naquele momento como um Plano de Ação de formação para a educação em saúde.

A implantação da PNEPS nos territórios vêm responder a uma política de educação em saúde que implica a organização dos estados e municípios

3 MATO GROSSO. Secretaria do Estado de Saúde de Mato Grosso. Polo de Educação Permanente em Saúde. Ata nº 02, de 3 de dezembro de 2003. Ata nº 03 de 4 de dezembro de 2003. Dispõe sobre as deliberações do Polo de Educação Permanente em Saúde do Estado de Mato Grosso – PEPS. Cuiabá, 2003.

4 Sobre a exigência dos PAREPS: o Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde, elaborado de acordo com o Plano Regional de Saúde e coerente com a Portaria GM/MS nº. 3.332, de 28 de dezembro de 2006, que aprova as orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. (BRASIL. GM/MS nº 1996/2007, de 20 de agosto de 2007b).

brasileiros na formação para o seu sistema local e regional. Junto ao Ministério da Saúde, as CIES foram assumindo o direcionamento e cumprimento das agendas da formação para o SUS com parceria direta da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, que tinha o papel de regular o recurso financeiro e ainda trabalhar na organização dos processos que garantiriam a execução dos planos regionais de EPS.

Com o apanhado historiográfico identificou-se que antes da primeira edição da política de educação em saúde (Portaria GM/MS nº 198/2004) já havia um movimento em torno do tema EPS em Mato Grosso. A documentação sobre os Polos de EPS e CIES Regionais e Estadual revelam essa expertise da formulação de uma política de formação e pós-formação de profissionais no e para o SUS, indicando que os técnicos do Ministério da Saúde já dialogavam com a Escola de Saúde Pública (ESP/MT) e com outras IES formadoras em saúde, como forma de propor um grupo condutor que atendesse a formação no ensino superior e médio, em observância à necessidade de saúde locorregional.

Os movimentos educativo-políticos e as ações práticas de aprendizagem-trabalho, posicionam os Polos de EPS, CIES e IES de Mato Grosso possivelmente como pioneiros das propostas de interlocução e implementação conjunta de diretrizes da EPS. E expressam a preocupação e iniciativa em torno da formação de profissionais para fixação no SUS locorregional, a fim de atender tanto a uma demanda de formação, quanto ao enfrentamento dos vazios profissionais de saúde no âmbito local, dada a realidade dos municípios mais distantes da capital Cuiabá.

A iniciativa de interlocução interinstitucional em Mato Grosso se configurou como essencial para construir experiências a partir cenário que compõe o âmbito do trabalho. O esforço do grupo de EPS da ESP/MT em articulação com os técnicos do Ministério da Saúde foi profícuo, pois essa ação iniciada em 2003, precedia a instituição de uma política nacional de EPS e fortalecia ainda mais as ações programadas. A partir da primeira edição da PNEPS em 2004, a implementação dessa política no território nacional e no âmbito mato-grossense durou três anos, até a sua substituição com novas diretrizes na edição de 2007, que vigora até a atualidade.

A PNEPS foi instituída em 2004 “como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor” (artigo 1º). E, em seu parágrafo único, destaca que “a condução locorregional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde será efetivada mediante um Colegiado de Gestão configurado como *Polo de Educação Permanente em Saúde para o SUS (instância interinstitucional e locorregional/roda de gestão)*”. (BRASIL, 2004a).

Conforme apontou Rojas (2015a, p. 79), em Mato Grosso, somente “através do acesso ao primeiro Livro Ata da CIES Estadual, verificou-se que na data 18 de julho de 2009, na contracapa, cinco dias depois, consta que foi viabilizada a resolução que constituiu a CIES Estadual (23 de julho de 2009)”. Essa resolução CIB (nº 072/2009), com a substituição dos Polos de EPS pelas CIES, foi fundamental para a interlocução entre as instituições formadoras da saúde e a CIES Estadual/Regionais. Aquele documento, segundo Rojas (2015a) confirmou a articulação entre CIES/MT e a Comissão Intergestores Bipartite de Mato Grosso (CIB/MT) e, ainda, instalou as CIES Regionais que tratariam de assuntos da formação pela EPS para o SUS em ato estratégico que foi alinhar a política da EPS de forma descentralizada dentro dos 16 Escritórios Regionais de Saúde, constituindo dentro deles 16 CIES Regionais, alinhando à orientação e formação ao trabalhador da saúde: a Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso.

A partir de então, pela Resolução CIB (nº 072, de 23 de julho de 2009) publicada pela SES/MT, conforme consta na íntegra a seguir, os artigos que aprovaram a vinculação da CIES Estadual à CIB e à ESP/MT, na condução da PNEPS no estado, são:

art. 5º A operacionalização da CIES/MT fica sob a coordenação conjunta da Comissão Intergestores Bipartite – CIB/MT e da Escola de Saúde Pública – ESP/MT;

art. 6º A Escola de Saúde Pública disponibilizará o espaço laboral para as reuniões da Comissão de Integração Ensino-Serviço CIES do Estado de Mato Grosso;

art. 7º As Comissões de Integração Ensino-Serviço Regionais – CIES Regionais ao serem criadas e pactuadas nos Colegiados de Gestão Regionais – CGR’s automaticamente passarão a integrar a CIES/MT (Mato Grosso. Resolução nº 072, 2009).

Entre outubro de 2011 a dezembro de 2012, constituiu-se dentro da Comissão de Integração Ensino Serviço Estadual de Mato Grosso (CIES estadual) um grupo de trabalho, que se alinhou com as agendas das CIES regionais, para tratar da implementação da PNEPS no estado de Mato Grosso. Esse grupo estadual foi composto por vários segmentos representativos, respeitando as diretrizes nacionais (PORTARIA GM/MS nº 1996/2007) para implementação das diretrizes da política de EPS que regulamenta a composição da CIES Estadual.

Nos anos 2011-2012, as CIES estadual e regionais promoveram a Oficina de reavaliação dos Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS), vislumbrando a melhoria da elaboração dos planos por região, substrato para a composição do plano estadual. Posteriormente, o grupo de trabalho agregou pesquisadores da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT), EPS/MT, e transformou-se em Núcleo de Estudos e Pesquisa da Educação Permanente em Saúde (NEPEPS). Sua aglutinação permitiu afunilar as suas relações e perspectivas de inserção teórico-metodológica para pesquisar, compreender e legitimar a expertise sobre a PNEPS.

A movimentação via CIES Estadual contribuiu com o fortalecimento da PNEPS, na medida em que fomentou algumas pesquisas loco regionais sobre a implementação da EPS, ancoradas na pesquisa já citada³, assumindo a característica de projeto guarda-chuva. As atividades de pesquisa estavam em concomitância com as da CIES e demais pesquisadores interessados em torno do tema EPS.

A lógica de atividades de todas as pesquisas relacionadas fundamentava o local de trabalho como espaço de produções potencialmente de ensino, portanto, o graduando e a iniciação científica eram inerentes ao serviço onde se oportunizou o aprender a aprender constantemente. Entendeu-se que ao valorizar as potencialidades dos sujeitos, e, ao mesmo tempo contribuir com o local de trabalho, tornava-se possível otimizar o processo de ensino-aprendizagem, atuando na perspectiva da EPS e não a descolando da práxis, mas afirmando-a.

Através da CIES estadual e/ou regional foi possível contribuir com as pesquisas, atividades de trabalho, diálogos e experiências compartilhadas em

torno de uma EPS que se articulava com os processos formativos e de trabalho, percebendo as experiências exitosas e direcionando-as para a perspectiva da EPS, enquanto fio condutor da própria vertente pedagógica nas regionais de saúde.

A importância da educação no/pelo trabalho, utilizando-se dos serviços como potenciais laboratórios de práticas inovadoras em saúde possibilitou tratar da formação em saúde como potencialmente capaz de ser inventiva e constitutiva de sujeitos protagonistas, capazes de formular os seus conhecimentos e estratégias de intervenção no cotidiano pelo 'trabalho vivo em ato'.

3.2 A regionalização do SUS e a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

A regionalização do SUS, certamente, não se ancorou apenas pelo processo que viabilizou a PNEPS. Embora exista relação intrínseca da EPS com esse princípio organizativo do SUS desde a sua instituição, as iniciativas para sua consecução foram mais recentes, e se aproximam do que destacou um dos partícipes da nossa apreensão empírica de 2015: *“as universidades elas estão se envolvendo muito porque hoje [...] elas se sentem com a obrigação de estar lá introduzindo os cursos no SUS, mesmo sendo uma organização privada [...]”* (E4 Norte). A interlocução entre as Instituições de Ensino Superior (IES) e CIES contribuiu na formação em saúde alinhada à EPS, entendendo-a como eixo direcionador para a constituição de relações orgânicas junto ao SUS.

Regionalizar a saúde em Mato Grosso deveu-se a um conjunto de iniciativas da gestão estadual ainda na década de 1990 (KEHRIG *et al.*, 2014), como o recorte do estado em micro e macrorregiões de saúde, o processo de interiorização dos serviços, a garantia de autonomia dessas regiões via colegiados regionais, as Comissões Intergestores Bipartite Regionais (CIB-R) criadas desde a implantação da CIB estadual, conforme relatou um partícipe da pesquisa:

[...] quando a gente tinha representantes dos municípios somente, a gente não conseguia avançar, porque quando chegava na CIR [...] aquilo que os representantes só de alguns municípios estavam sugerindo, os gestores as vezes eles tinham outras opiniões. Aí

resolvemos em CIR remodelar a CIES com maior número de participantes, muito difícil, porém pode contemplar todos os municípios. (E1 Norte).

A divisão geopolítica em regiões de saúde deu-se pela condição político-institucional de reconhecer que com 16 regiões de saúde, distribuídas em cinco macrorregiões, a partir da sua gestão colegiada as regiões se estruturariam de forma a atender necessidades de saúde e considerando a política estadual de saúde quanto à sua agenda, ações programáticas, deliberações e execução de ações, destacadamente de seu planejamento locorregional, inclusive de EPS. Segundo uma partícipe, por referência ao plano de ações municipais de EPS:

“como a gente já estava em via de pensar em relação ao PAMEPS 2014, a gente utilizou a oficina para pedir aos municípios que trouxessem as situações que [...] poderiam encaixar como educação permanente em saúde, e cada município trouxe [...]”. (E3 Norte).

Entre as dificuldades para o desenvolvimento da PNEPS, bem como para a consolidação da regionalização, perpassam as críticas políticas e principalmente a impossibilidade financeira de responder às necessidades estruturais e logísticas para a efetivação de ambas, EPS e regionalização.

Outro ponto importante que deve ser destacado é a dimensão do território no estado de Mato Grosso que, dada sua vasta extensão territorial e diversas realidades estruturais, sociais, econômicas, culturais e logísticas, inviabiliza instituir um planejamento ou programação de âmbito central. Por consequência, planejar, implementar e gerir saúde tornaram-se funções das regiões de saúde, via articulação dos seus agentes locais nas regiões, CIES Regionais, CIR (Comissões Intergestores Regionais, que sucederam as CIB-R) e IES formadoras em saúde, ou mais especificamente, as IES implicadas com a educação pela inexistência à época nas regiões de IES com cursos de formação em saúde, conforme evidenciou a narrativa de um partícipe da pesquisa, por referência ao plano de ações regionais de EPS:

[...] uma das nossas propostas do nosso PAREPS desde 2015 é instituir dentro do município a CIES (municipal), uma Comissão de Integração

Ensino Serviço entre aspas, porque o todo do serviço não tá lá, o ensino não tá lá, a universidade não tá lá, mas eles vão tentar incluir as escolas, a representação de direção de escola estadual ou municipal ou a secretaria de educação. (E1 Norte).

A PNEPS configura-se como mais um dispositivo, para que além dos condicionantes e necessidades da regionalização, houvesse uma reestruturação da articulação ensino-serviço de saúde, envolvendo todos os atores: gestores, escolas formadoras da saúde, trabalhadores de saúde e controle social, conforme a narrativa:

eu consigo trazer muita coisa para a sala de aula para conversar com os professores, passar algumas coisas para os acadêmicos também. Comecei a desenvolver alguns trabalhos com os últimos semestres na parte de gestão, trazendo a parte de educação permanente em saúde. [...] Academicamente falando, [o formando] vai vivenciar essa teoria e essa prática e começar a experimentar como vai ser a vida dele depois enquanto profissional [...]. (E3 Norte).

Estes grupos de profissionais constituem os agentes que ocupam os espaços políticos, deliberativos e executivos detendo, portanto, expertise e capacidade técnico-pedagógica alinhadas às vivências, e, por isso, são capazes de problematizar seu contexto/cotidiano, cumprindo ainda com a premissa da participação social na construção do SUS e, conseqüentemente, da formação do quadrilátero da saúde:

os primeiros PAREPS, os primeiros planos regionais, nós fizemos montando, trazendo as necessidades dos municípios e priorizando num grupo menor, já os dois últimos anos nós conseguimos fazer em forma de oficina trazendo todos, discutindo e priorizando todo mundo junto, então! é um avanço. (E1Norte).

A interlocução elucidou que foi a formação colegiada inter-segmentos que provocou a articulação dos interesses e dos saberes para a constituição de um grupo que foi ao encontro de interesses comuns, transformando a formação em saúde, a gestão e a participação social em âmbito locorregional.

3.3 A Política Nacional da Educação Permanente em Saúde: desfechos e reconfiguração da formação em saúde

Os processos de municipalização e regionalização em Mato Grosso, assim como nos demais estados da federação esteve pautado nas normativas de organização do SUS: as normas operacionais básicas da década de 1990 (NOB 1991, NOB 1993, NOB 1996), as normas operacionais da assistência à saúde (NOAS 2001/2002), e o Pacto pela Saúde de 2006. Em consonância com o Decreto GM/MS nº 7508/2011, todas essas normativas estimularam inicialmente o processo de descentralização e municipalização da saúde, e na sequência por aproximações diversas de regionalização dos serviços. Conforme observam Pinto *et al.*, (2014, p. 231), quanto às transformações derivadas: “definiram requisitos, responsabilidades, prerrogativas e o papel do gestor no âmbito do SUS em cada nível de governo, resultando em profundas mudanças e competências das secretarias de saúde”.

São mudanças que ocorreram nos vários estados da federação, cada qual com sua particularidade nos processos e regulamentações regionais e locais. Em Mato Grosso, especificamente, “registra-se movimento precoce de regionalização, induzido pela gestão estadual da saúde no período de 1995 – 2002” (KEHRIG *et al.* 2014, p. 111). Nesse sentido, aglutinando-se aos aspectos assumidos em âmbito estadual ao instrumentalizar e regulamentar o processo de regionalização, houve ainda, a formulação da PNEPS que, desde 2003, certamente funcionou como mais um dispositivo legal impulsionador da reorganização do SUS.

Afirma-se tal prerrogativa sobre a PNEPS, tendo em vista a sua capacidade aglutinadora de sujeitos e instâncias nas regiões de saúde, ao ter proporcionado uma capilaridade na formação de redes locais e regionais para as discussões em torno da política de educação, contribuindo no fortalecimento do processo de autonomia e cogestão local: “*temos dois municípios que instituíram a CIES já, um está em funcionamento e o outro teve algumas dificuldades, mas tá retomando para ter reuniões mensais com o grupo porque começa a discutir a educação permanente em saúde*”. (E1 Norte).

Esse processo de instituir CIES municipal implica a autonomia da política local de municípios que compõem as regiões de saúde no estado. A

divisão vigente desde 2012 em Mato Grosso é de 16 regiões de saúde⁵, compondo cinco macrorregiões, conforme apontado por Kehrig *et al.*, (2014, p. 112) por referência à configuração anterior: “[...] o estado era dividido administrativamente em cinco polos regionais de saúde” (Cuiabá, Rondonópolis, Cáceres, Diamantino e Barra do Garças), desde 1980.

As Comissões de Integração Ensino-Serviço Regionais (regulamentadas pela resolução SES/MT CIB nº 072/2009) integram-se às regiões de saúde, potencializando sua perspectiva de atuação, sendo que as questões, tanto das CIES regionais quanto das pactuações e gerenciamento dos recursos para a formação em saúde, passaram a ser definidas em âmbito regional, pela CIR, logo, de forma consensual, sendo as pautas definidas em reunião ordinária da CIR e CIB pelas CIES Regionais e Estadual, respectivamente. A forma colegiada de definir e decidir pautas ocorreu devido a habilidade dos profissionais da secretaria estadual de saúde (SES), por escritório regional de saúde, de provocar diálogos entre a CIES e CIR, diálogos em torno da política nacional de EPS.

O retrospecto historiográfico apresentado permite afirmar que houve movimentos precoces no estado de Mato Grosso, tanto para questões do processo de regionalização quanto para a implementação da política de EPS, que certamente alçaram perspectivas amadurecidas nesses processos articulados. De forma geral, os técnicos que compunham as CIES Regionais foram cedidos dos quadros da estrutura estadual, e as CIES estavam instaladas dentro dos próprios escritórios regionais da SES, facilitando a interlocução dessas instâncias para o tratamento de assuntos de diferentes ordens, o que incluía a formação em saúde no âmbito locorregional.

A indução do processo de municipalização/regionalização pelo Pacto pela Saúde em 2006, as transferências de recursos diretamente a fundo a

5 Fonte: SES/MT - Resolução CIB/MT nº 065 de 03 abril de 2012, art. nº 1 – Aprova a instituição das 16 (dezesesseis) Regiões de Saúde no estado de Mato Grosso, que no Anexo I, determina respectivamente as Regiões de Saúde e seus municípios sede, sendo: 1 – Alto Tapajós: Alta Floresta; 2 – Baixada Cuiabana: Cuiabá; 3 – Baixo Araguaia: Porto Alegre do Norte; 4 – Norte Araguaia Karajá: São Félix do Araguaia; 5 – Centro Norte Matogrossense: Diamantino; 6 – Garças Araguaia: Barra do Garças; 7 – Médio Araguaia: Água Boa; 8 – Médio Norte Matogrossense: Tangará da Serra; 9 – Norte Matogrossense: Colíder; 10 – Noroeste Matogrossense: Juína; 11 – Oeste Matogrossense: Cáceres; 12 – Sudoeste Matogrossense: Pontes e Lacerda; 13 – Sul Matogrossense: Rondonópolis; 14 – Teles Pires: Sinop; 15 – Vale do Arinos: Juara; 16 – Vale do Peixoto: Peixoto de Azevedo.

fundo, estadual e municipal, sem o intermédio da gestão estadual para a gestão município, conforme reconheceu o Ministério da Saúde (2006), são diretrizes que “[...] reafirmaram os princípios e consolidam processos com a importância da regionalização e dos instrumentos de planejamento e programação” (PINTO *et al.*, 2014, p. 232). A lógica da utilização do recurso financeiro para EPS seguiu o mesmo propósito do Pacto pela Saúde: o financiamento da PNEPS é direcionado do Ministério da Saúde ao município escolhido pelo colegiado regional via consenso pactuado em CIR, e todos partícipes acompanharão a prestação de contas nas reuniões da CIES/CIR.

Embora os recursos do erário sejam destinados para dimensões específicas no desenvolvimento de ações da EPS regional/estadual, impactam no processo de saúde local ao promover a qualificação no processo de trabalho e, com isso, propicia uma desprecarização quanto à qualificação da força de trabalho, principalmente quando se efetiva a participação social em processos decisórios das políticas públicas e da formação em saúde. Segundo o relato de um partícipe, a CIES constrói relações educativo-políticas e avança em pautas positivas:

[...] então fez uma proposta na CIES pra gente começar a trabalhar essa questão dos protocolos, acabou o que aconteceu na enfermagem. Já os enfermeiros conseguiram reunir e organizar apesar de uma troca de questão política também, mas conseguiu se organizar, conseguiram aprovar na Câmara Municipal o protocolo de Atendimento de Enfermagem, que é um avanço muito grande, eu acho que isso foi uma contribuição muito importante, essa participação, a gente estava lá no meio e, assim, [houve] essa participação da CIES de trazer para a sala de aula [...]. (E3 Norte).

É possível afirmar que a EPS funciona como mecanismo de gestão, sendo o trabalho inerente à educação, como também ambos, quando cingidos por conexões intrínsecas, que produzem processos de variados significados, sobretudo, quando se reconhece a problematização do processo de trabalho em saúde como objeto da EPS, conforme propôs Rojas (2015a, p. 123):

seu objetivo final não é ensinar, mas construir significados a partir das ações de saúde, para que elas ganhem outra forma de compreensão, conseguindo tocar o Outro na sua humanidade e capacidade de compreender a mudança da prática, sem ferir os valores morais e éticos, o que constitui o processo pedagógico que nunca termina, em

que o profissional e o usuário estão em vigilância no processo de aprendizagem e cuidado mútuos.

Ao valorizar todos os sujeitos no processo de trabalho e na construção de práticas, não se pode afirmar que exista só formação e métodos de aprendizagem assertivos, mas, significativos. O Brasil há décadas promove as políticas de formação em saúde no intento de dialogar sobre a formação biomédica centrada e a necessidade de superar esse paradigma, vislumbrando promover novas formas de se relacionar com o conhecimento e a sua produção. Não é patente que a educação, dada a sua importância social, esteve sempre em debate desde a década de 1930, quando se iniciava a normatização da escolarização, até a de 1980, quando promulgada na Constituição Federal (Brasil, 1988), assegurando-a como direito social universal e indissociável da cidadania brasileira.

A formalização da educação regimentada por espaços escolares, evidentemente, “engessou” o processo de aprender e ensinar. O que é plausível de crítica, uma vez que a noção atual de aprendizagem é necessariamente considerada a partir de processos formativos estruturados e implementados por instituições de ensino, currículos e regulamentações que tem dificuldade de valorizar a aprendizagem autônoma, e que, no entanto, não se esgota no currículo e tempo escolar, pois vai além, se estrutura e perpetua com a vida do sujeito, é atemporal.

Por esses pressupostos, reitera-se a importância da EPS no processo de aprendizagem-trabalho e que, ao vislumbrar a participação social, mesmo que timidamente, é uma das ‘chaves’ ao enfrentamento dos problemas na realidade da(s) comunidade(s), alinhando o trabalhador e o trabalho em saúde. Esse encontro permite que os sujeitos envolvidos inventem estratégias muitas vezes não prescritas nos manuais, mas inovadoras e potentes, ao ponto de se tornar uma prática de saúde até então impensada e, por isso, inédita. Ou, conforme apresentou o participante sobre o engajamento:

[...] a gente tem que articular melhor como está fazendo esse trabalho, porque penso assim, são tantas instituições, só a área de enfermagem, a gente tem mais três instituições que tem o curso de enfermagem, a gente tem muito aluno nas três, a gente poderia fazer isso, poderia auxiliar muito mais, e a gente percebe que a gente tá fazendo pouco, a

gente poderia fazer muito mais [...], enfermagem, fisioterapia, biomedicina, farmácia, psicologia na área de saúde, agora vai ter estética, odontologia e outras áreas que poderiam estar contribuindo. (E3 Norte).

A regionalização nesse estado se fortaleceu também pelo encontro dos sujeitos profissionais de saúde nas instâncias regionais, sendo todos eles agentes do processo de regionalização que foi 'se dando', fosse pelo impulso das normativas, ou mesmo pelos encontros ocasionados pelas construções de espaços formais ou informais e organizados (representativos), como: Polos de Educação Permanente em Saúde, CIR/CIB, CIES, Conselhos Gestores, Associações de Bairros, entre outras. Não se pode restringir às normativas, como único instrumento da responsabilidade capaz de promover a indução da formação de profissionais de saúde ou da formação de redes populares e interinstitucionais.

A participação e engajamento pode ser inicialmente tímida, mas surte efeitos positivos quando todos se envolvem com a proposta, a exemplo das experiências havidas:

[...] a gente começou a fomentar essa discussão e aí nasceu essa questão da implantação da CIES municipal, mas que de início, o que aconteceu, aconteceu as reuniões e as dificuldades de chamar cada setor para poder participar, o conselho veio participar junto com a gente [...]. (E3 Norte).

Os setores trabalho, educação e saúde dialogam e propõem outras políticas de formação para o pessoal da saúde e ações políticas para que a formação aconteça. Os trabalhadores estabelecem relações uns com os outros no/e durante o processo de trabalho disparando conexões, que, conforme reflete Franco (2006, p. 2), seriam de "caráter rizomático das redes que se constituem no interior dos serviços de saúde, em especial na micropolítica dos processos de trabalho".

Conforme afirmam Deleuze e Guattari (1996, p. 21), sendo "um rizoma não pode ser justificado por nenhum modelo estrutural ou gerativo". As conexões, em seu caráter rizomático, são potências intrínsecas ao sujeito, processo de trabalho, serviços de saúde, formação em saúde e instituições

formadoras, que considerando a parceria dos colegiados regionais, CIES, CIR, IES, compõem uma “linguagem micropolítica do processo trabalho” (ROJAS, 2019b, p. 20). E que o iluminar-se, na perspectiva de Valla (2014, p. 37), procura romper com o que se prenuncia: “nós oferecemos nosso saber porque pensamos que o da população é insuficiente, e por esta razão, inferior, quando, na realidade, é apenas diferente”.

A PNEPS proporciona uma continuidade entre o trabalho e exercício de pensamento na formação em serviço, e, aponta saídas possíveis para trabalhadores que no encontro com os saberes e as necessidades do outro operam. Segundo Franco (2006, p. 2), um “dispositivo de formação de fluxos-conectivos, faz uma cartografia no interior dos processos de trabalho como o desenho de um mapa aberto, com muitas conexões, que transitam por territórios diversos, [...] capaz de operar em alto grau de criatividade”, enquanto colegiado de objetivo coletivo, inventivo e transformador dos cenários do trabalho, formação e políticas de saúde.

4 Conclusão

Na experiência do território mato-grossense, atrelada à disposição dos sujeitos que estavam à frente da EPS em nível estadual e regional e da parceria junto às escolas formadoras em saúde, os espaços de gestão em nível central (estadual), regional e municipal foi desempenhando a partir da participação coletiva e colaborativa na interlocução quadrilateralizada para a implementação da EPS: entre ensino, trabalhador, gestor e usuário da saúde, em sua participação social em saúde.

O protagonismo de cada ente que compunha o colegiado das CIES possibilitou o enfrentamento das necessidades, na formação e nos vazios profissionais locorregionais. As dificuldades relacionadas a dimensões territoriais, que muitas vezes impedem o deslocamento territorial e fluvial e tornam inviável alguma qualificação ou até uma remoção em caso de urgência e emergência aos usuários do SUS, são singularidades do serviço de saúde no interior do estado de Mato Grosso.

A articulação entre CIES, CIR e IES, potencializaram-se os trabalhos para a cogestão colegiada e coletiva da EPS para o SUS, o que produziu espaços de diálogos entre as instâncias políticas e gestoras junto às IES e às

organizações setoriais locais, como também, induziu ao protagonismo na formação desde a graduação e dos profissionais do serviço, para que reconhecessem as necessidades do sistema de saúde considerando as necessidades sociais de saúde, emanadas da comunidade e do cotidiano do trabalho.

5 Referências

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 198 de 13 de fevereiro de 2004a**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 1.996 de 20 de agosto de 2007b**. Dispõe sobre as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Revista PHYSIS Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CECCIM, R. B. Réplica. **Revista Interface**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 175-178, set.2004/fev.2005.

FRANCO, T. B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. (Org.). **“Gestão Em Redes”**. LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2006.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **O Anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia**. Lisboa: Assírio & Alvim, 1966.

KEHRIG, R. T. et al. Antecedentes históricos da regionalização da saúde em Mato Grosso. In: SCATENA, João Henrique Gutler; KEHRIG, Ruth Terezinha; SPINELLI, Maria Angélica Santos. (Orgs.). **Regiões de saúde: diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso**. 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Reestruturação Produtiva e Transição Tecnológica na Saúde: debate necessário para a compreensão do processo de “financeirização” do mercado na saúde. In: BOLÑO, César Ricardo Siqueira; SILVA, Luiz Marcos de Oliveira. (Orgs.). **Economia Política, Trabalho e Conhecimento em Saúde**. 1. ed. Aracaju: Editora UFS, 2009.

PINTO, I. C. de M. et al. Organização do SUS e Diferentes Modalidades de Gestão e Gerenciamento dos Serviços e Recursos Públicos de Saúde. In: PAIM, J. da S.; FILHO, N. de A. **Saúde coletiva: teoria e prática**. (Orgs.). 1. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2014.

ROJAS, F. L. L. **Cuidado e Conhecimento: o enfermeiro e a Educação Permanente na Saúde em Mato Grosso (2003 – 2010)**. 2015, 118 f. Dissertação

(Mestrado em Educação) – Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, Mato Grosso, 2015(a).

ROJAS, F. L. L. **Linguagem micropolítica na Educação Permanente em Saúde: estudo de caso em Comissões Integração Ensino-serviço de Mato Grosso**. 2019, 124f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, Mato Grosso, 2019(b).

VALLA, V. V. **A crise da interpretação é nossa: procurando entender a fala das classes subalternas**. In: II Caderno de Educação Popular em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.