

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Raquel Arévalo de Camargo

A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA
DE TRANSFORMAÇÃO DAS PRÁTICAS EM UM CENTRO DE REABILITAÇÃO

Rio de Janeiro

2018

Raquel Arévalo de Camargo

A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA
DE TRANSFORMAÇÃO DAS PRÁTICAS EM UM CENTRO DE REABILITAÇÃO

Dissertação apresentada à Escola Politécnica
em Saúde Joaquim Venâncio, como requisito
para obtenção do Título de Mestre em
Educação Profissional em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Angélica Ferreira
Fonseca

Rio de Janeiro

2018

Catálogo na Fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

Marluce Antelo CRB-7 5234

Renata Azeredo CRB-7 5207

C172e Camargo, Raquel Arévalo de
A educação permanente em saúde como estratégia de transformação das práticas em um centro de reabilitação / Raquel Arévalo de Camargo. - Rio de Janeiro, 2018.
106 f.

Orientadora: Angélica Ferreira Fonseca

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018.

1. Política de Saúde. 2. Educação Continuada.
3. Gestão do Trabalho em Saúde. I. Fonseca, Angélica Ferreira. II. Título.

CDD 614

Raquel Arévalo de Camargo

A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA
DE TRANSFORMAÇÃO DAS PRÁTICAS EM UM CENTRO DE REABILITAÇÃO

Dissertação apresentada à Escola Politécnica
em Saúde Joaquim Venâncio, como requisito
para obtenção do Título de Mestre em
Educação Profissional em Saúde.

Aprovado em 30/10/2018

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Angélica Ferreira Fonseca EPSJV

Prof.^a Dr.^a Márcia Cavalcanti Raposo Lopes – EPSJV

Prof.^a Dr.^a Neuci Cunha dos Santos – UFMT

Prof.^a Dr.^a Cristina Maria Toledo Massadar Morel – EPSJV/Fiocruz

Prof.^a Dr.^a Cassia Maria Carraco Palos – UFMT

*Dedico este pequeno, grande passo aos meus filhos: **Vinícius e Gustavo**. Que eles também consigam entender a importância e o valor da construção do conhecimento.*

*Ao meu amado, **Roberto**, que me deu segurança no momento de imersão nos estudos e na ausência, mesmo que momentânea, em meus papéis de mãe e esposa. E que me auxiliou a ser também uma curiosa estudante.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela oportunidade de vida e das vivências...

À querida orientadora Angélica, que me acolheu em meio aos meus anseios e me auxiliou na organização das múltiplas ideias. Obrigada por me indicar o caminho.

Aos colegas do Cridac, que colaboraram pacientemente com este estudo. Sem essa preciosa colaboração, não teria alcançado nossos objetivos.

À Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso e à CIES Estadual, onde nos últimos anos, venho construindo minhas vivências profissionais, que me inspiraram a retornar à academia para galgar um novo degrau em minha formação.

À equipe da secretaria do Programa de Pós-graduação em Educação em Profissional em Saúde, em especial às queridas Patrícia e Cláudia que, para além da organização e encaminhamos de documentos, em muitos momentos prestaram esclarecimentos e auxílio.

Aos companheiros e docentes do Curso de Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde, onde tive oportunidade de conhecer profissionais brilhantes e constituir novas amizades.

*A tragédia não é quando um homem morre. A
tragédia é o que morre dentro de um homem
quando ele está vivo.
(Mário Sergio Cortella)*

RESUMO

No mundo do trabalho, o trabalhador ora aparece como recurso humano que necessita ser gerido, ora como um instrumento de gestão com grande capacidade de interferir nas relações de trabalho e na qualidade dos serviços de saúde, como postula a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). O presente estudo tem por objetivo analisar o desenvolvimento das ações da Comissão de Educação Permanente em Saúde (CEPS) do Centro Integral de Reabilitação Dom Aquino Corrêa (Cridac), entendida como ferramenta de transformação do processo de trabalho. Objetiva-se nesta pesquisa descrever e discutir o processo de sua implantação; caracterizar a dinâmica da estrutura e de atuação; e identificar a percepção dos sujeitos diretamente implicados no trabalho da CEPS no que diz respeito às melhorias obtidas na qualidade da atenção e do processo de trabalho. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que adota como método o estudo de caso. As técnicas de investigação são as pesquisas bibliográfica e documental, bem como as entrevistas. Os sujeitos das entrevistas são os trabalhadores diretamente envolvidos com a comissão. Entre os resultados destacam-se: a desmotivação inicial dos trabalhadores, fator que a princípio foi uma grande dificuldade para instituir a comissão, reverteu-se em alavanca para a sua efetivação; a despeito do papel fundamental de uma servidora específica na criação da comissão, viu-se que sua organização e seu funcionamento estão fortemente ligados à mobilização e à participação coletiva dos trabalhadores do Cridac, unido ao apoio da direção da unidade. Estes sujeitos – diante de uma estrutura física que em parte reflete a desvalorização de seus serviços e deles enquanto trabalhadores do SUS – conseguem, em certa medida, identificar possibilidades de uma prática diferente. O estudo nos permite afirmar que mesmo que o trabalhador da saúde seja o ator principal para a sustentação de políticas de saúde, ele não pode ser o único responsabilizado pelo desenvolvimento das ações de um sistema complexo como o SUS, que responde a uma política social inserida em uma estrutura social, política e econômica conflituosa e contraditória.

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde, Gestão do Trabalho em Saúde, Qualificação Profissional.

ABSTRACT

In the world of work, the worker now appears as a human resource that needs to be managed, or as a management tool with a great capacity to interfere in the work relations and in the quality of health services, as postulated by the National Policy of Permanent Education in Health (PNEPS). The objective of this study was to analyze the development of the actions of the Permanent Health Education Commission (CEPS) of the Integral Center for Rehabilitation Dom Aquino Corrêa (Cridac), understood as a tool for transforming the work process. It was intended to describe and discuss the process of its implementation; characterize the structure and performance dynamics; and identify the perception of the individuals directly involved in the work of CEPS, regarding the improvements obtained in the quality of care and work process. This is a qualitative research that has adopted the case study method. The research techniques were the bibliographical research, documentary and the interviews. The interview subjects were the workers directly involved with the commission. Among the results are: the initial demotivation of the workers, a factor that at first was a great difficulty to institute the commission, was reversed in leverage for its effectiveness; despite the fundamental role of a specific servant in the creation of the commission, it was seen that its organization and functioning is strongly linked to the mobilization and collective participation of the Cridac workers, together with the support of the unit's leadership. These subjects, even in the face of a physical structure that partly reflects the devaluation of their services and of them as SUS workers, to some extent, identify possibilities of a different practice. The study allows us to affirm that even if the health worker is the main actor for sustaining health policies, he can not be the only one responsible for the development of the actions of a complex system like the SUS, which responds to a social policy inserted in a conflicting and contradictory social, political and economic structure.

Keywords: Permanent Education in Health, Health Work Management, Professional Qualification.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Resoluções regionais de criação das CIES/MT.....	38
Quadro 2 - Os sujeitos da pesquisa e inserção institucional.....	49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CEPS – Comissão de Educação Permanente em Saúde
CER – Centro Especializado em Reabilitação
CES – Conselho Estadual de Saúde
CGR – Colegiado de Gestão Regional
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIES – Comissão Permanente de Integração Ensino e Serviço
CIR – Comissão Intergestora Regional
CNRHS – Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde
CNS – Conferência Nacional de Saúde
COAPES – Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
COSEMS – Conselho de Secretários Municipais de Saúde
Cridac – Centro de Reabilitação Integral Dom Aquino Corrêa
EPS – Educação Permanente em Saúde
ESF – Estratégia de Saúde da Família
ESPMT - Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso
FHC – Fernando Henrique Cardoso
GM – Gabinete Ministerial
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MEC – Ministério da Educação
MS – Ministério da Saúde
MT – Mato Grosso
NOB – Norma Operacional Básica
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
OSS – Organizações Sociais
PAMEPS – Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde
PAREPS – Plano Regional de Educação Permanente em Saúde
PEPSUS/MT – Programa de Educação Permanente em Saúde da Família
PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PPI – Programação Pactuada e Integrada

PREVSAÚDE – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

PTA – Plano de Trabalho Anual

RH – Recurso Humano

RT – Responsável Técnica

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UFMT – Universidade Federal de Mato Grosso

UNASUS – Universidade Aberta do SUS

UNIC – Universidade de Cuiabá

UNIVAG – Centro Universitário de Várzea Grande

UNOPS – Escritório das Nações Unidas de Serviços para Projetos

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: PRÁTICA COTIDIANA E FERRAMENTA DE TRANSFORMAÇÃO	17
2.1 FORMAÇÃO E CONSTRUÇÃO DE SABERES NO TRABALHO EM SAÚDE	17
2.2 EDUCAÇÃO CONTINUADA E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: PERSPECTIVAS DIVERGENTES OU COMPLEMENTARES?.....	22
2.3 ANTECEDENTES DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: A QUALIFICAÇÃO DO TRABALHADOR NAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE.....	25
3 POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO ESTADO DE MATO GROSSO	34
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO PROCESSO DE INSTITUIÇÃO FORMAL DA PNEPS.....	34
3.2 REGIONALIZAÇÃO DAS COMISSÕES DE INTEGRAÇÃO ENSINO E SERVIÇO EM MATO GROSSO.....	36
3.3 COMISSÃO DE INTEGRAÇÃO ENSINO E SERVIÇO ESTADUAL.....	40
4 ASPECTOS METODOLÓGICOS	43
4.1 TIPO DE ESTUDO	43
4.2 PROCEDIMENTOS DE INVESTIGAÇÃO	45
4.2.1 Descrever e discutir o processo de implantação da Comissão de Educação Permanente em Saúde do CRIDAC.	45
4.2.2 Caracterizar a dinâmica da estrutura e de atuação da Comissão de Educação Permanente em Saúde do Cridac	46
4.2.3 Refletir sobre a relação entre as ações desenvolvidas pela Comissão de Educação Permanente em Saúde do Cridac, o alcance de melhorias na qualidade da atenção e no processo de trabalho	47
4.3 LOCUS DA PESQUISA	47
4.4 SUJEITOS DA PESQUISA	48
4.5 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	49
5 POR DENTRO DA COMISSÃO DE INTEGRAÇÃO ENSINO E SERVIÇO DO CRIDAC	51
5.1 ENTRE A DESMOTIVAÇÃO E O DESEJO DE MUDANÇA: A MOBILIZAÇÃO DOS TRABALHADORES	51
5.2 ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO: O TRABALHO NA COLETIVIDADE	63
5.3 É POSSÍVEL TRANSFORMAR OS SERVIÇOS DE SAÚDE E O AMBIENTE DE TRABALHO ATRAVÉS DA EPS? A PERCEPÇÃO DOS SUJEITOS	75
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	85

7 RECOMENDAÇÕES AO CRIDAC.....	89
REFERÊNCIAS	91
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA COORDENAÇÃO E SECRETARIA DA CEPS	97
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA MEMBROS DA CEPS DO CRIDAC .	99
APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA DIRETORIA DO CRIDAC.....	100
APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA COORDENAÇÃO DA CIESMT	101
APÊNDICE E – ROTEIRO DE ENTREVISTA DOCENTE DA ESPMT	102
APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	103
APÊNDICE G – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	105
ANEXO A – PORTARIA INTERNA 012/2016 INSTITUI CEPS DO CRIDAC.....	106

1 INTRODUÇÃO

As inúmeras transformações que atingem o mundo do trabalho, particularmente a partir dos anos 1990, nos trazem grandes desafios para a educação dos trabalhadores, dentre os quais destacamos: como compatibilizar uma formação que atenda às necessidades sociais e ao mesmo tempo mantenha seu compromisso com a emancipação do trabalhador?

Essas questões têm desdobramentos específicos para cada área e, neste contexto, o mundo do trabalho e suas relações colocam-se também a formação do trabalhador da área da saúde e para a saúde. No Brasil, isso nos faz pensar especificamente no Sistema Único de Saúde (SUS) e na necessidade de qualificação destes trabalhadores.

A Constituição Federal, em seu Art. 200, define que cabe ao SUS a condução das políticas e ações de formação em saúde. Este indicativo legal e a mobilização social – que o acompanhou – trouxeram vários desdobramentos para a formação de trabalhadores do SUS, dentre os quais: a adoção da educação permanente em saúde como referência conceitual e o desenho de uma política específica para orientar a realização de ações nesta área.

A concepção contida na educação permanente é a de considerar o sujeito como capaz de fazer autorreflexão e estender essa reflexão as suas relações, tornando-a dinâmica e constante. Esta capacidade reflexiva que tem como intuito transformar a realidade é algo intrínseco ao sujeito. Paschoal et al. (2007, p. 480) definem que “A educação permanente consiste no desenvolvimento pessoal que deve ser potencializado, a fim de promover, além da capacitação técnica específica dos sujeitos, a aquisição de novos conhecimentos, conceitos e atitudes”.

Foi pensando em estabelecer uma estratégia que atendesse a esta necessidade do SUS, isto é, a qualificação dos profissionais diretamente envolvidos com o trabalho em saúde, que foi estruturada e constituída em 2004 a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). À época, tal política foi apresentada como uma estratégia que responderia adequadamente à formação e à qualificação dos trabalhadores, articulada às necessidades de saúde da população e ao desenvolvimento do SUS.

A PNEPS acentua a possibilidade de promover a potencialidade de transformação que o próprio trabalhador pode adquirir a partir de seu protagonismo. Isso, sem desconsiderar o seu meio, as suas relações no mundo do trabalho e entendendo que as mudanças não dependem do trabalhador de forma isolada.

Em função de sua intencionalidade, a PNEPS deve ser orientada dentro das relações que a perpassa. Ceccim e Feuerweker (2004) desenvolvem o conceito de quadrilátero da

formação, no qual veem de modo articulado ensino-gestão-atenção-controle social. Para os autores:

A formação não pode tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos. Deve buscar desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado (CECCIM; FEUERWEKER, 2004, p. 43).

Assim, a PNEPS é constituída como uma possibilidade de promover um aprendizado significativo para o trabalhador, afastando-se da educação continuada que se baseia na ideia de transmissão de conhecimentos fragmentados.

Desde a sua instituição, a PNEPS vem sendo implementada em todos os estados da federação, sendo possível encontrar nos relatórios de gestão diversas ações que se intitulam como ações de educação permanente em saúde.

Entretanto, considerando que a sociedade se estrutura a partir de uma lógica de mercado, cada vez mais individualista, questionamos se a PNEPS não estaria sendo utilizada para a transferência unilateral, para o trabalhador da saúde, da responsabilidade de manutenção e de sucesso do SUS, ao mesmo tempo em que subestima o papel articulador e até transformador que tem esse trabalhador.

Consideramos que a PNEPS é uma das respostas às reivindicações das Conferências Nacionais de Saúde e Conferências Nacionais de Recursos Humanos em Saúde ao longo do tempo, e que está formalmente em vigência, tanto no âmbito da gestão Estadual, quanto Regional e Municipal. Atualmente, é objeto da agenda nos debates nacionais no que concerne a sua pertinência e seus resultados desde sua instituição.

A presente pesquisa buscou refletir sobre questões relacionadas à PNEPS a partir de um estudo de caso. Tomamos para análise o Centro de Reabilitação Integral Dom Aquino Corrêa (Cridac), unidade inteiramente pública, da esfera estadual, diretamente gerida pelo Governo do Estado de Mato Grosso, e que entre os anos de 2015 e 2016 instituiu uma Comissão de Educação Permanente em Saúde (CEPS).

Levando em conta ainda o direcionamento dos governos ante as políticas públicas, com cortes de recursos e a retirada da pauta de prioridades ações como a educação e qualificação dos trabalhadores, com desfinanciamento, perguntamo-nos:

- Estaríamos diante de um caso que, apesar da conjuntura de crise, tornou possível transformar o processo de trabalho e o cuidado em saúde no Cridac?

- Como tem se dado a aposta na CEPS do Cridac como um propulsor dessas mudanças?
- Em que grau a PNEPS, tal como implementada no Cridac pela CEPS, tem atendido às expectativas que se geram em torno de seu potencial de transformação no processo de trabalho da equipe e no serviço ofertado?

Este estudo também pretendeu recuperar aspectos conjunturais da relação entre governo, sociedade e trabalhador da saúde no planejamento e condução da PNEPS no Mato Grosso, bem como discutir o processo de implantação da CEPS do Cridac e sua dinâmica de funcionamento.

Nesta pesquisa, caracterizamos pontos de mobilização, facilitadores e dificuldades desse processo e quais os resultados pela percepção dos atores nele diretamente envolvidos. Refletimos também sobre o desenvolvimento das ações de educação permanente no Cridac, considerando suas aproximações tanto no que diz respeito às contribuições de teóricos da área quanto às normativas que regulamentam a PNEPS.

No que tange ao mundo acadêmico, o estudo apresenta um olhar crítico/analítico sobre uma experiência concreta. Esperamos que os resultados possam contribuir não apenas para a reflexão no espaço acadêmico, mas também que sejam relevantes para trabalhadores e gestores do SUS, pois sua articulação com o mundo do trabalho pode possibilitar que seus resultados façam parte dos debates atuais sobre o tema da EPS.

Diante do exposto, estabelecemos como objetivo geral da pesquisa discutir o desenvolvimento de ações da Comissão de Educação Permanente em Saúde do Cridac, como ferramenta de transformação do processo de trabalho, à luz dos pressupostos da PNEPS. Este se desdobra nos seguintes objetivos específicos: (i) Descrever e discutir o processo de implantação da Comissão de Educação Permanente em Saúde do CRIDAC; (ii) Caracterizar a dinâmica da estrutura e de atuação da Comissão de Educação Permanente em Saúde do CRIDAC; e (iii) identificar a percepção dos sujeitos diretamente implicados no trabalho da Comissão de Educação Permanente em Saúde do CRIDAC no que diz respeito às melhorias na qualidade da atenção e do processo de trabalho.

2 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: PRÁTICA COTIDIANA E FERRAMENTA DE TRANSFORMAÇÃO

2.1 FORMAÇÃO E CONSTRUÇÃO DE SABERES NO TRABALHO EM SAÚDE

A presença marcante das tecnologias materiais, nas formas de trabalho contemporânea, não elimina o trabalho humano, fazendo-se sempre necessárias as habilidades e saberes do indivíduo no processo de produção no trabalho. No setor de serviços e na saúde em particular, o trabalho vivo permanece importante nas várias formas de produzir o cuidado.

O processo de trabalho em saúde se faz a partir de um conjunto de diferentes saberes e de profissionais. O SUS tem, dentre suas diversas características e particularidades, um significativo número de postos de trabalhos de todos os níveis de atuação e formação.

O setor saúde é um ramo importante na economia brasileira - representa 4,3% da população ocupada no país gerando mais de 10% da massa salarial do setor formal e, em torno de 3,9 milhões de postos de trabalho (2,6 milhões vínculos formais, 690 mil sem carteira assinada e 611 mil profissionais autônomos) (IBGE, 2009). Temos de considerar ainda a massa de profissionais diplomados que é acrescida a este universo a cada ano, de acordo com os dados do Ministério da Educação e Cultura – MEC (MACHADO; OLIVEIRA; MOYSES, 2011, p. 103).

O SUS, enquanto política pública de direito e junto ao conceito ampliado de saúde, ao longo do tempo, transita na superação de identificar o trabalhador da saúde apenas como mais um recurso que deve ser gerido, para incluir este trabalhador como ator.

Um profissional de saúde quando vai atuar mobiliza ao mesmo tempo seus saberes e modos de agir, definidos em primeiro lugar pela existência de um saber geral (campo da saúde) sobre o problema que vai enfrentar, ao qual se superpõe um saber territorializado de seu campo profissional de ação, ambos sobrepostos por um território que marca a dimensão cuidadora sobre qualquer tipo de ação profissional (FEUERWERKER, 2014, p. 43).

No campo da saúde, o trabalho envolve desde a utilização das tecnologias de base material até saberes construídos fora e no trabalho, além de habilidades. Desta forma, levantam-se algumas discussões que abarcam a formação nas salas de aula tanto dos futuros profissionais da saúde quanto daqueles que já passaram pelo processo de habilitação para uma profissionalização e se encontram atuando na produção do cuidado.

O processo educativo é outro aspecto de relevância do sujeito que é ser social e, portanto, histórico: “Em sua designação mais genérica, chama-se de “educação” uma atividade social tão antiga quanto a própria instituição de uma sociedade minimamente organizada [...]” (VALLE, 2009, p. 143).

Valle (2009) acrescenta que, dentro deste conceito de educação mais genérica, pode-se referir a este processo de forma espontânea e irrefletida, pois está relacionada à necessidade de produções materiais que o ser humano precisa desenvolver para a sua subsistência, considerando assim, este conceito insuficiente.

Defende a autora que a educação em sua aspiração democrática “[...] é, pois, prática ‘deliberativa’, submetida a permanente questionamento e conduzida em relação a finalidades coletivamente instituídas e programadas” (VALLE, 2009, p. 144-145). Complementa ainda que, nesta acepção, a prática da educação é desenvolvida em um processo de intensa investigação, exame e reflexão. Assim, identifica-se esta relação direta entre processos educativos e a saúde:

A educação na saúde tem sido defendida como uma prática corriqueira e tem acompanhado o desenvolvimento do SUS, desde que este vem impondo-se por conquista popular e com o estatuto legal de reforma na organização da assistência à saúde (FRANCO, 2007, p. 428).

Como o trabalhador será formado e para quem será formado é um aspecto que expressa como a sociedade está estruturada. As discussões que permeiam as duas áreas, educação e saúde, são importantes e substanciais para compreender qual a identidade do indivíduo a ser formado, além da perspectiva que vai ser empregada no processo formativo: “Trabalho, ensino e aprendizagem misturam-se nos cenários de produção da saúde como processos de cognição e subjetivação e acontecem simultaneamente como expressão da realidade” (FRANCO, 2007, p. 429).

Quando se há o intuito de transformar através do ensino, partindo-se da relação entre teoria e prática, a própria dialética disposta entre elas, proporcionará conhecimento e transformação: “Verificamos que, paralela à linha de produção do cuidado, há uma linha de produção pedagógica na estrutura organizacional do SUS” (FRANCO, 2007, p. 429).

Na perspectiva de Paulo Freire, ao considerar o processo de ensino-aprendizagem não estrito ao espaço ou tempo escolar. Mézaros (2018, p. 47), por sua vez, citando Paracelso, diz que: “A aprendizagem é a nossa própria vida, desde a juventude até a velhice”. Por esse viés, a vivência/experiência é entendida como substancial na construção dos saberes. Entretanto, não se trata de realizar qualquer tipo de educação, mas sim, aquela comprometida da uma concepção emancipatória dos sujeitos: De acordo com Gadotti (2012, p. 2):

Na concepção emancipatória (problematizadora) todos produzem conhecimentos e todos aprendem juntos. Na concepção emancipatória respeita-se e valoriza-se a trajetória de vida dos educandos. Nessa concepção, a educação é voltada para as necessidades dos sujeitos da

educação e não submetida aos ditames do mercado, às necessidades da produção voltada para o lucro.

Gadotti (1998, p. 18 - 19), ao falar sobre o saber e suas dimensões, considera: “Além das dimensões histórica, lógica e gnosiológica do conhecimento, existe uma quarta que é a dimensão que indica o caráter social e interdisciplinar do conhecimento, ultrapassando as barreiras regionais dos diversos saberes”.

A reflexão de como o trabalhador da saúde é constituído no seu ato de produção do cuidado provoca a busca por pensá-lo não apenas como um mero recurso humano a ser regulado dentre as suas funções e tarefas.

A ideia de educação permanente tem origem difícil de datar e pode remeter até mesmo a filosófica de Platão. Contudo nos anos 1930, na França, há um movimento de sistematização a partir de Bachelard. Mas é nos anos 1960, que a educação permanente aparece com mais vigor no cenário Internacional (FURTER, 1978). Vinculada à educação de adultos, a educação permanente colocou-se como parte dos processos de adequação às ondas de reestruturação produtiva, no contexto da industrialização (FEUERWERKER, 2014).

Alguns estudiosos sobre educação permanente, como Smaha e Carloto (2011, p. 2) citam Gadotti para esclarecer que “a Educação Permanente possibilita reler constantemente a realidade, na qual somos sempre aprendizes”. Além deles, Furter (1970, p. 129) enfatiza que “A Educação Permanente fica sendo uma maneira radical de responder pedagogicamente às mudanças profundas que ocorrem em nosso mundo”. O mesmo autor apresenta que no contexto escolar a Educação Permanente “não é um apêndice, uma cúpula, mas a fonte e o fundamento de todo o sistema escolar” (FURTER, 1970, p. 136).

Nesta direção da formação, pode-se dizer que a Educação Permanente é “[...] um processo de afirmação do indivíduo através da tomada de consciência para um autodeterminismo na condução de alternativas, a fim de dominar as diferentes situações em que será levado a viver” (BÁRCIA apud SMAHA; CARLOTO, 2011, p. 6). Ainda citando Bárcia, os autores acrescentam:

Ela defende que não é auto-educação, pois que a educação requer um ambiente solicitador, ou surge de uma necessidade social para adaptação ao meio, ou para modificá-lo. Condição que justifica a necessidade de educação de maneira permanente. Neste sentido, a Educação Permanente deve ser efetivada pela autodeterminação, gerada pela finalidade de aperfeiçoamento constante e progressivo, tendo como base o meio social (BÁRCIA, apud SMAHA; CARLOTO, 2011, p. 6).

Nesta relação direta entre processo educativo e o campo da saúde, abre-se espaço para discutir as formas de condução dos processos educativos que mais atendem às necessidades de formação/qualificação deste trabalhador.

Pela perspectiva de Ceccim, utilizado como marco teórico fundamental para fomentar esse trabalho, Mancianca et al. (2004, p. 606) evidenciam que a Educação Permanente em Saúde pode ser compreendida “[...] como estratégia de reestruturação dos serviços, a partir da análise dos determinantes sociais e econômicos, mas, sobretudo, de valores e conceitos dos profissionais. Propõe transformar o profissional em sujeito, colocando-o no centro do processo ensino-aprendizagem”.

Inspirados na Educação Permanente, após debates e discussões em Conferências Nacionais de Saúde, na tentativa de apresentar uma proposta de cunho educativo, alguns pensadores formularam ideias em torno da educação permanente, voltada para a área da saúde, ou seja, a Educação Permanente em Saúde.

Educar “no” e “para o” trabalho é o pressuposto da proposta de Educação Permanente em Saúde. No SUS, os lugares de produção de cuidado são, ao mesmo tempo, cenários de produção pedagógica, pois concentram as vivências do cotidiano, o encontro criativo entre trabalhadores e usuários (FRANCO, 2007, p. 433).

Nesse sentido, a Educação Permanente em Saúde transita entre diferentes espaços de relações dos sujeitos. No seu processo de construção, propõe-se a discussão participativa, sem hierarquias, através das chamadas “rodas de conversa”, pois, acredita-se que esteja aí o principal fator de ressignificação, entendendo que através da valorização dada aos agentes que efetivam o SUS seja possível transformar o modo de fazer saúde: “A Educação Permanente em Saúde pode ser orientadora das iniciativas de desenvolvimento dos profissionais e das estratégias de transformação das práticas de saúde” (CECCIM, 2005, p. 165).

O trabalhador da saúde está essencialmente ligado à realização direta dos atos de cuidado, portanto o trabalho em saúde é intrinsecamente relacionado ao trabalho vivo. Por isso, Merhy e Franco (2005, p. 282) ressaltam: “[...] a produção em saúde se realiza, por meio do “trabalho vivo em ato”, isto é, o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado”.

Este trabalhador se apresenta como sujeito que, no seu fazer profissional, pode propor soluções a problemas e até mesmo processos de transformações de uma dada realidade, fazendo uso dos seus saberes diante do processo de produção do trabalho.

A atividade de trabalho na saúde produz enunciados durante todo o seu processo. Pela sua natureza relacional, a dinâmica do trabalho vivo em ato

traz a possibilidade de ter o mundo da saúde em transformação e, sobretudo, a implicação dos sujeitos com a atividade produtiva. Tudo isso traz, em si a potência da mudança dos trabalhadores e dos usuários. A produção pedagógica ocorre *pari passu* à produção do cuidado, sendo constitutivos da mesma os processos de cognição e formação de novas subjetividades (FRANCO, 2007, p. 436).

A partir de experiências profissionais como as de Ceccim, criou-se uma outra perspectiva de educação na saúde, que culminou com a origem de uma vertente pedagógica que, segundo Rojas (2019, p. 52), “seria capaz de atuar nos contextos e complexos desse âmbito, sem desconsiderar os problemas de saúde e seus agentes: usuário, trabalhador, gestor e educador”.

Assim, em 2004, através da Portaria GM/MS Nº 198, de 13 de fevereiro foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), orientada por compreensões sobre a relação entre trabalho e educação no SUS, que estão em sua base. Tal política estrutura diretrizes e aponta para ações vinculadas às concepções de Educação Permanente em Saúde. De acordo com Ceccim (2005, p. 161):

Faço a escolha pela designação Educação Permanente em Saúde e não apenas Educação Permanente porque, como vertente pedagógica, esta formulação ganhou o estatuto de política pública apenas na área da saúde. Este estatuto se deveu à difusão, pela Organização Pan-Americana da Saúde, da proposta de Educação Permanente do Pessoal de Saúde para alcançar o desenvolvimento dos sistemas de saúde na região com reconhecimento de que os serviços de saúde são organizações complexas em que somente a aprendizagem significativa será capaz da adesão dos trabalhadores aos processos de mudança no cotidiano.

A PNEPS em sua função e intencionalidade deve ser orientada a partir do reconhecimento de relações que a constituem, que incluem os agentes, no cotidiano e instituições, como apresentam Ceccim e Feuerweker, (2004): “[...] o conceito de quadrilátero da formação: ensino - gestão - atenção - controle social. A qualidade da formação passa a resultar da apreciação de critérios de relevância para o desenvolvimento tecnoprofissional, o ordenamento da rede de atenção e a alteridade com os usuários”. Franco (2007, p. 431-432) explica que:

A Educação Permanente em Saúde, ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas, segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, – implicando seus agentes –, às práticas organizacionais, – implicando a instituição e/ou o setor da saúde –, e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, – implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde.

Seguindo por esse viés, a PNEPS intensifica o sentimento de autonomia do sujeito, por conceber que ele é capaz de produzir conhecimento ao mesmo tempo em que realiza trabalho. Entende-se também que as práticas podem servir de objetos, os espaços são produtores de fenômenos que devem ser observados e questionados, enfrentando assim, as dificuldades impostas, de modo que elas gradualmente possam ser problematizadas e resolvidas em tempo real. A concepção é de valorização das inter-relações, de forma a educar por uma aprendizagem significativa.

2.2 EDUCAÇÃO CONTINUADA E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: PERSPECTIVAS DIVERGENTES OU COMPLEMENTARES?

Nas instituições que implementam processos de educação para trabalhadores da saúde, percebe-se, no cotidiano, uma disputa entre as ideias de EPS e educação continuada. Parte desta disputa consiste em dizer qual dos dois seria superior, ou seja, qual dentre estas teria mais capacidade de responder às necessidades tanto dos trabalhadores, quanto dos serviços de saúde.

Em uma revisão das matrizes conceituais de educação continuada e educação permanente em saúde, Cavalcanti e Guizardi, (2018) mostram que, no Brasil, as noções conceituais de ambas muitas vezes aparecem indistintas no âmbito das publicações da OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde), que na década de 70, promoveu debates sobre as ações educacionais aos trabalhadores da área da saúde, e que pontua que apenas em publicações em meados de 2002 se encontram a dualidade entre os conceitos. Assim destacam:

Este aspecto é de particular relevância no caso brasileiro pela celeuma que se criou em torno de uma pretensa primazia da educação permanente sobre a educação continuada sem que, entretanto, a diferenciação proposta possa ser verificada de fato na literatura e nas práticas cotidianas de educação na saúde (CAVALCANTI; GUIZARDI, 2018, p.100 e 101).

Podemos considerar que na prática esta disputa é um reflexo deste processo de construção e desconstrução conceitual no Brasil. Nesta dissertação, não temos a pretensão de apresentar algo definitivo sobre essa disputa, mas apresentaremos a diferença entre os dois processos.

Para Cavalcanti e Guizardi (2018), o processo histórico de construção da matriz conceitual de Educação Continuada remete a um processo de educação que possibilita momentos educacionais, mesmo que individuais, com o objetivo de sanar lacunas de

conhecimentos específicos. Nesse sentido, a educação continuada estaria ligada aos processos de capacitação.

De acordo com Davini (2002), que tem uma longa e destacada atuação na OPAS em educação permanente, as capacitações seriam ações intencionais operacionalizadas para suprir conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas na produção da atenção. A ideia de atualização de conhecimentos é central na educação continuada. No cenário das políticas de saúde, tinha-se a ideia de fortalecimento da expansão de cobertura dos serviços de saúde pela via da atenção primária.

A Conferência de Alma Ata, bem como a orientação e a proposição de se alcançar “Saúde para todos no ano 2000” foi importante para expandir, sobretudo para as periferias, o que tornava necessário as ações de qualificação mais imediatas e ligadas aos problemas mais frequentes na população, algo que o modelo hospitalocêntrico não ofereceu. Este processo educacional traria um conhecimento já estabelecido, pronto, com a intenção de resolver identificados pelo cotidiano de trabalhado na saúde. Essa proposta se fortaleceu pela crítica ao academicismo dos processos educacionais, que se mantinha afastado da realidade cotidiana.

A OPAS entra com afinco nessa área e insere o tema em seus documentos, produzindo manuais de orientação e fazendo cooperações internacionais para expandir a educação continuada e permanente. Na educação continuada, a ideia de um saber operacionalizável destaca-se e todas as profissões são consideradas, no entanto, não são vistas enquanto equipe. São exemplos a diversas atividades de ensino, pontuais, com assuntos tais como prevenção e tratamento de doenças, abordagens educativas sobre aleitamento materno, imunização. Atualmente, há a utilização de sistemas de informação e novas estratégias de trabalho incorporadas nos serviços como o Tratamento Diretamente Observado de doenças.

Cavalcanti e Guizardi (2018) informam que a matriz conceitual, a partir da qual foi delineada a educação permanente em saúde, destaca como principal componente educacional a interação dos profissionais da equipe. O conjunto de trabalhadores, de forma coletiva, deve problematizar a realidade, para poder entendê-la e construir soluções. Na educação permanente em saúde, não se despreza o conhecimento, porém, a sua aplicação deve estar contextualizada e secundarizada nesse processo coletivo de busca de soluções dos problemas.

Ceccim (2005), quando apresenta a configuração do sentido de educação permanente em saúde, retrata que muitos educadores a alinham aos princípios e/ou diretrizes de Paulo Freire, que formulou processos de aprendizagem significativos, como por exemplo, a Pedagogia do Oprimido.

Outros educadores configuram a educação permanente em saúde como um desdobramento do movimento institucionalista em educação, que foi caracterizado por René Lourau e George Lapassade. Este movimento apresenta a modificação de noção de recursos humanos, que era tratado como elemento humano nas organizações, visão proveniente da Administração e depois da Psicologia Organizacional, e que passou a propor a noção de coletivos de produção; e para os processos educativos seriam promovidos, por exemplo, a autoanálise e autogestão (CECCIM, 2005).

Ceccim (2005) complementa que a educação permanente em saúde para outros educadores seria o desdobramento de movimentos sem filiação, de mudança na formação dos profissionais. Essa mudança advinha dos resultados das construções pedagógicas na educação em serviços de saúde, na educação continuada e na educação formal de profissionais de saúde.

Desta forma, Ceccim (2005) defende que aquilo que é realmente central ao debate quanto ao entendimento à Educação Permanente em Saúde é assumir a sua porosidade, já que a realidade é mutável e mutante diante das ações que perpassam os serviços de saúde. Assim, apresenta que a EPS pode:

[...] corresponder à Educação em Serviço, quando esta coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica submetidos a um projeto de mudanças institucionais ou de mudança da orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar. Pode corresponder à Educação Continuada, quando esta pertence à construção objetiva de quadros institucionais e à investidura de carreiras por serviço em tempo e lugar específicos. Pode, também, corresponder à Educação Formal de Profissionais, quando esta se apresenta amplamente porosa às multiplicidades da realidade de vivências profissionais e coloca-se em aliança de projetos integrados entre o setor/mundo do trabalho e o setor/mundo do ensino (CECCIM, 2005, p. 162).

Para Peduzzi et al. (2009), a concepção de educação continuada é pautada na transmissão de conhecimento e na valorização da ciência como fonte para o conhecimento e complementa que ela é:

[...] fragmentada e construída de forma não articulada à gestão e ao controle social, com enfoque nas categorias profissionais e no conhecimento técnico-científico de cada área, com ênfase em cursos e treinamentos construídos com base no diagnóstico de necessidades individuais, e se coloca na perspectiva de transformação da organização em que está inserido o profissional (PEDUZZI et al. 2009, p.123).

A Educação Permanente em Saúde seria, para Peduzzi et al. (2009), fundamentada na concepção de educação como processo de transformação e aprendizagem significativa, que refletem em ações educativas que se centram:

[...] no exercício cotidiano do processo de trabalho, na valorização do trabalho como fonte de conhecimento, na valorização da articulação com a atenção à saúde, a gestão e o controle social, e no reconhecimento de que as práticas são definidas por múltiplos fatores; voltada à multiprofissionalidade e à interdisciplinaridade, com estratégias de ensino contextualizadas e participativas, e orientada para a transformação das práticas (PEDUZZI et al. 2009, p. 123).

O que os autores apresentam é a distinção conceitual entre Educação Continuada e Educação Permanente em Saúde, porém, não há uma desqualificação e substituição, muito menos a superação de uma sobre a outra. O que apontam são as diferenças na intencionalidade e a forma que se desenvolvem os processos educativos, sendo ambas aplicáveis e, sobretudo, complementares.

2.3 ANTECEDENTES DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: A QUALIFICAÇÃO DO TRABALHADOR NAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE

Governo após governo, o Brasil vem passando por processos de mudanças sociais, econômicas que repercutem de modos diversos para os trabalhadores. Em 13 de janeiro de 1937, no Art. 90, é instituída a Conferencia Nacional de Educação e a Conferencia Nacional de Saúde, que apresenta o objetivo de “facilitar ao Governo Federal o conhecimento das atividades concernentes à educação e a saúde, realizadas em todo o país, e a orientá-lo na execução dos serviços locais de educação e de saúde, bem como na concessão do auxílio e da subvenção federais” (BRASIL, 1937, Art. 90).

Na saúde, as Conferências Nacionais de Saúde e depois, mais especificamente, as Conferências Nacionais de Recursos Humanos em Saúde têm sido espaços de lutas, debates, demandas e encaminhamentos de propostas.

O Estado Novo de Vargas (1930-1945), segundo Pinheiro, Westphal e Akerman (2005, p. 449), é uma “época caracterizada por uma tendência acentuada de consolidação do poder central, que buscava a organização do serviço público uniformizado por um padrão nacional”.

É neste Estado Novo de Vargas que ocorrem as duas primeiras Conferências Nacionais de Saúde, 1941 e 1950. Estas duas primeiras conferências não apresentam temas voltados à formação dos recursos humanos.

A 1ª CNS tratou da organização sanitária estadual e municipal e questões relacionadas às campanhas sanitárias. A 2ª CNS tratou, basicamente, da questão da malária e se deteve na

discussão sobre a unificação das normas para a resolução dos problemas de saúde brasileiros (BRASIL, 1993b).

No ano de 1963 ocorreu a 3ª Conferência Nacional de Saúde no Rio de Janeiro, em um período caracterizado como desenvolvimentista (1946-1964), tendo em vista o processo de acumulação do capital, acontece um pacto entre a burguesia, classe média e os trabalhadores. Este pacto trouxe uma certa articulação entre os trabalhadores, fato que acabou gerando uma grande turbulência política.

[...] enquanto estiveram articuladas, a classe trabalhadora e os setores intelectuais da sociedade, principalmente das universidades, propuseram reformas de base para o país. Foi nesse contexto que as elites progressistas reivindicaram reformas de base imediatas, entre as quais uma Reforma Sanitária consistente e consequente (LUZ, 1991 apud SILVA, 2009, p. 25).

Esta 3ª CNS apresentou como tema de discussão a necessidade de criar um Plano Nacional de Saúde que, segundo Silva (2009), destacasse a importância de uma política de recrutamento, seleção, preparo e aproveitamento do pessoal técnico, concomitante a descentralização do ensino. A responsabilidade deste preparo e formação foi atribuída às Faculdades de Medicina e Escolas de Saúde Pública articuladas ao Ministério da Saúde, fato que culmina por ratificar a hegemonia do profissional médico.

O processo de exercício da democracia é interrompido com a Revolução de 1964, que se instalou por 20 anos período conhecido como a Ditadura Militar, porém, antagônico ao regime, ocorrem às 4ª, 5ª, 6ª e 7ª Conferências Nacionais de Saúde em que se mantêm as discussões da Reforma Sanitária.

Assim, em setembro de 1967, também na cidade do Rio de Janeiro, aconteceu a 4ª Conferência Nacional de Saúde. Entre os quatro tópicos que foram temas de debate estavam a formação e o aperfeiçoamento dos profissionais da saúde e a quem caberiam estas atribuições.

Silva (2009) destaca que foi atribuído às universidades um papel fundamental na formação dos recursos humanos em saúde, mas junto a isso, manteve-se o papel das Escolas de Saúde Pública, ligadas ao Ministério da Saúde. Essa responsabilidade, definida na 3ª CNS, visava a adequação da formação à realidade regional, sobretudo, para a implantação dos programas de saúde. Na prática, isso gerou a supressão da disciplina “Saúde Pública” dos currículos dos cursos de saúde sob a alegação de que o momento sócio-político não carecia desse conhecimento.

Face à vigência de um modelo hospitalocêntrico e curativista, observa-se como resultado “[...] profissionais formados na época estavam aptos a atuar nos mais sofisticados serviços de medicina de ponta, porém sem a mesma condição para as intervenções em saúde

pública, sendo que esta era a necessidade maior da quase totalidade da população brasileira” (GERMANO, 1985 apud SILVA, 2009, p. 25).

Com a ditadura militar consolidada, aconteceu em 1975 em Brasília a 5ª Conferência Nacional de Saúde e com Lei 6.229, de 17/07/75 é instalado o Sistema Nacional de Saúde, que recebeu atenção especial nesta Conferência. Apresentam assim como temas de discussão a Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais e a Política de Formação de Recursos Humanos na Saúde, discutida no conjunto das Exposições Especiais (BRASIL, 1993b).

O relatório final da 5ª CNS recomendou a regionalização dos serviços e a hierarquização em níveis de complexidade crescente, como processo eficaz para descentralizar a prestação de serviços básicos de saúde; racionalizar o uso da capacidade instalada e os recursos. No plano da educação, sublinhou-se a ausência do planejamento no sistema de ensino brasileiro, responsável pelo acelerado crescimento na oferta de cursos de formação profissional, em total desarticulação com as necessidades socioeconômicas do país (BRASIL, 1993b; PIERANTONI et al., 2012).

Em agosto de 1977, houve a 6ª Conferência Nacional de Saúde. Nesta, os principais temas de debate foram a Interiorização dos Serviços de Saúde e a Política Nacional de Saúde, apresentando uma certa continuidade aos debates da 5ª CNS: “[...] os efeitos e consequências da desastrosa política de saúde da ditadura militar e o fim do ‘Milagre Brasileiro’ já eram discutidos por cientistas, acadêmicos e tecnocratas progressistas [...]” (LUZ, 1991 apud SILVA, 2009, p. 26).

Pierantoni et al. (2012, p. 33) apontam que este momento “trouxe uma visão mais abrangente da área de recursos humanos, que destacou a importância da criação do Grupo Saúde Pública, uma tentativa de melhor utilização dos profissionais de saúde”. Esta visão proporcionou ampliação da equipe multiprofissional, polivalente e integrada em duas categorias profissionais: o sanitário de nível superior e o agente de saúde de saúde pública de nível médio.

Em Brasília, em 1980, acontece a 7ª Conferência Nacional de Saúde, em que se debateu principalmente a implementação e o desenvolvimento do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) no contexto da Declaração de Alma-Ata e da proposta de Saúde para todos no ano 2000 (BRASIL, 1993b). Havia neste momento a necessidade de uma definição dos Recursos Humanos na Saúde que fosse baseada nas particularidades e dificuldades regionais. Pierantoni et al. (2012) reconhecem que há uma preocupação com a preparação dos Recursos Humanos para que fossem capacitados visando à

promoção e à articulação entre os serviços e a comunidade, reflexos da importância que o enfoque da atenção primária em saúde estava ganhando.

Marcam este período os movimentos de redemocratização do país. Findado o período do regime militar, foram instituídas as eleições diretas para presidente. É neste contexto que também se faz a trajetória da Reforma Sanitária Brasileira e acontece em 1986 a 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Na 8ª CNS, foi defendida a proposta da Reforma Sanitária, que expressava “as propostas construídas ao longo de quase duas décadas pelo chamado “movimento sanitário” e que serviram de base para a nova Constituição Federal brasileira, promulgada em 1988”. (PINHEIRO; WESTPHAL; AKERMAN, 2005, p. 449). Nesta conferência, que trouxe para a saúde a luta pela sua democratização, seu eixo central era “[...] através do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) com o qual se pretendia, entre outras coisas, superar a histórica dicotomia entre saúde pública e atenção médica curativa, unificando-as sob a direção do Ministério da Saúde” (SAYD; VIEIRA JUNIOR; VELANDIA, 1998 apud SILVA 2009, p. 27).

A Reforma Sanitária Brasileira, movimento que se fortaleceu ainda durante a década de 1970, reunia trabalhadores da saúde, intelectuais e movimentos sociais e trouxe um processo de mobilização não apenas do setor saúde. Este processo histórico culminou com a criação de um sistema igualitário e universal de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), apresentado na Constituição Federal Brasileira de 1988, segundo a qual, “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (Art. 196), e trouxe junto deste processo de luta e conquista de toda uma nação, e a reflexão também da pessoa do trabalhador da saúde.

Com a criação o SUS e para a sua regulamentação e organização, foi criada a Lei nº 8.080/1990, que aborda as condições para promover, proteger e recuperar a saúde, e a Lei nº 8.142/1990, que garante a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, dentre outras providências (BRASIL, 1990).

Sobre a questão da formação, podemos dizer que as reivindicações e encaminhamentos da 8ª CNS possibilitaram a incorporação, na Constituição, do art. 200, que diz: “Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei” e continua no inciso III “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”.

Em continuidade à 8ª CNS e buscando superar o trabalhador da saúde como um mero recurso que deve ser administrado, bem como provocado pela necessidade de ampliar o entendimento e o conceito de “trabalhador da saúde”, ocorre também em 1986 a I Conferência

Nacional de Recursos Humanos para a Saúde. Essa conferência teve como tema central a Política de Recursos Humanos rumo a Reforma Sanitária. Silva (2009) registra que havia uma preocupação com as práticas institucionais ditadas por interesses eleitoreiros.

A I CNRHS trouxe uma grande reflexão quanto ao papel e a condução das instituições que formavam os futuros profissionais da saúde. Na área da saúde, o fator social deveria ser um determinante. O que estava em questão era a distorção que acontecia no campo da formação, onde os interesses do mercado prevaleciam sobre as reais necessidades da sociedade, como aponta Silva (2009, p. 28): “Na área da saúde, ao servirem aos interesses das classes dominantes, afastavam-se cada vez mais dos problemas do conjunto da população, disso resultando a disjunção teoria/prática, cujo enfoque era claramente individualista, hospitalar e privatizante”.

Como resultado desta I CNRHS, foi identificada a necessidade de uma Política Nacional de Recursos Humanos para o setor, em que o Estado teria que assumir a sua responsabilidade quanto ao processo educativo e ao mesmo tempo deveria promover a integração do ensino e serviço, ou seja, a integração da teoria com a prática. Nas palavras de Silva (2009, p. 28), esta ICNRHS:

[...] consolidou as análises até então realizadas sobre a temática e propôs uma agenda para o movimento da Reforma Sanitária no tocante à questão da constituição da força de trabalho para o setor saúde, a ser cumprida como condição para a desejada implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Após estes dois marcos históricos, isto é, a 8ª CNS e a Constituição Federal de 1988, Pinheiro, Westphal e Akerman (2005, p. 450) destacam que estes “estabelecem a direção doutrinária da política brasileira de saúde, que passam a ter uma nova institucionalidade: a de canal de participação social na gestão do SUS”.

O período do governo Collor de Mello, conforme apontam Pinheiro, Westphal e Akerman (2005, p. 453), “defendia a diminuição das responsabilidades públicas em relação à saúde, inclusive com propostas de revisão constitucional. Fez ainda, vários vetos à Lei 8.080, a maioria deles relacionados ao princípio da ‘participação da comunidade’”.

É neste contexto de crise do Governo Collor que, em 1992, acontece a 9ª Conferência Nacional de Saúde. Esta conferência teve como foco garantir a efetividade dos acordos apontados na 8ª CNS. Em suas pautas foram debatidas a regulamentação da Lei nº. 8.080/1990, que trata das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, ou seja, a implantação do SUS, com o viés da municipalização de seus serviços.

A década de 1990, no Brasil, caminha no sentido de um amplo consenso neoliberal, favorável à implementação do programa de estabilização, ajuste e reformas institucionais do Fundo Monetário Internacional e do Banco Mundial, assim como de suas diretrizes de abertura irrestrita da economia, desregulamentação comercial e financeira, desregulação do mercado de trabalho e enxugamento do Estado, com a privatização das empresas estatais e demissões em massa (LIMA, 2010, p. 279).

No que diz respeito à área de recursos humanos, Sayd et al. (1998) afirmam que nesta conferência foi consenso a necessidade de superar os tradicionais processos gerenciais amplamente adotados nas unidades de saúde. Havia a premissa de incentivar aos trabalhadores a análise crítica, considerando desde as peculiaridades das relações de trabalho, até as dimensões econômico-políticas e ideológicas. Entretanto, observou-se nesta conferência um crescimento de discussões submetidas às lógicas das corporações profissionais (SAYD et al., 1998).

A II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, que aconteceu em Brasília em 1993, teve como tema central “Desafios éticos frente às necessidades de saúde”. Pierantoni et al. (2012) identificam que naquele momento mantinham-se as questões já anteriormente presentes na primeira Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, tais como: inexistência ou insuficiência do sistema de informação em saúde; dificuldades no financiamento para execução das ações de saúde; falta de investimento para a regulação do mercado de trabalho e qualificação dos recursos humanos; a ausência de uma política de recursos humanos e plano de cargos e carreira e salário e processo de descentralização como uma apenas uma prática de transferência de responsabilidades, ou seja, nota-se uma dificuldade de superar problemas e avançar.

Vieira (2009) destaca que a falta de valorização e incentivo aos Recursos Humanos em Saúde era um fator que se refletia nas políticas públicas. Ao longo da década de 1990, a política de recursos humanos em saúde teve poucos avanços.

Costa e Lamarca (2012) trazem que o primeiro governo de Fernando Henrique Cardoso apresenta a proposta de uma reforma que reflete diretamente ao poder Executivo Federal, pois os serviços como saúde, educação, cultura e pesquisa científica não deveriam ser exclusivamente estatais, abrindo-se espaço as denominadas organizações sociais (OSS), criadas pela Lei 9.637. Assim, o governo FHC também amplia o programa de privatização das empresas públicas, que foi iniciado no governo Collor.

Com o contexto de abertura dos serviços às organizações sociais, em 1996, acontece a 10ª Conferência Nacional de Saúde, no entanto, nessa conferência se recuperou a necessidade de consolidar uma política nacional de formação de recursos humanos para a saúde. Como

aponta Silva (2009), o relatório desta 10ª CNS indicava que o Ministério da Saúde deveria elaborar, em noventa dias, uma Norma Operacional Básica de Recursos Humanos, com uma agenda de prioridades para sua implantação. Nesta NOB, constariam os princípios que regulassem a ação e relação das esferas de governo com relação aos trabalhadores do Sistema Único de Saúde.

Com o governo Lula da Silva (2003-2009), Lima (2010, p. 304) aponta que, “ao contrário das expectativas de reversão do processo de privatização e de transformação do modelo assistencial, assistiu-se à edição de novas políticas de apoio e/ou tratamento fiscal diferenciado para os produtores privados de saúde”.

A 11ª Conferência Nacional de Saúde ocorreu em 2000 e deu continuidade à discussão sobre as necessidades previamente apontadas. Aprovou-se assim a terceira versão da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS. Pierantoni et al. (2012) identificam, entre outros pontos, que além de se considerar as necessidades locais, chamam atenção para a formação de equipes multiprofissionais e para a introdução do controle popular.

Com intuito de reverter a desvalorização e a baixa priorização das questões relativas ao trabalho no SUS, em 2002, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Nesse momento, o próprio conceito de Recursos Humanos em Saúde é questionado e ampliado.

Assim, as questões priorizadas na atual agenda da área de gestão de trabalho e educação no SUS, como o plano de cargos e carreiras e salários, a desprecarização do trabalho, a mesa de negociação permanente, estratégia de educação permanente, a avaliação de desempenho e os incentivos à produtividade, merecem ser contempladas ampliando-se os enquadramentos tracionais utilizados pela área de ‘Recursos Humanos’ (VIEIRA, 2009, p. 346-347).

À SGEST caberia “mostrar caminhos para a formação de novos profissionais de saúde, aperfeiçoar o pessoal que já está no SUS e cuidar para que haja profissionais de saúde comprometidos e em quantidade suficiente em todos os pontos do País” (MS, 2005, p. 9).

Vieira, Chinelli e Lopes (2011) demonstram que a criação da SGTES significou a intenção governamental de elaborar uma política de recursos humanos em saúde, capaz de contribuir com o Plano Nacional de Saúde. Até então, as questões de formação do trabalhador da saúde, eram de atribuição das Coordenações de Políticas de Recursos Humanos e órgãos de terceiro escalão do MS.

Com a criação da SGTES, instituem-se os Polos de Educação Permanente em Saúde, na busca da integralidade da atenção à saúde, tendo por objetivo “aumentar a capacidade de realizar a formação e o desenvolvimento das equipes de saúde, dos agentes sociais envolvidos

com as políticas públicas de saúde e também dos profissionais de outros setores para fortalecer a ação intersetorial” (MS, 2005, p.18).

Neste período, houve uma grande expansão das equipes de Saúde da Família, que não foi acompanhada por capacitação e ainda se apresentava uma deficiência no processo formal de educação. Em dezembro de 2003, ocorreu a 12ª Conferência Nacional de Saúde.

Pierantoni et al. (2012, p. 40) destacam que esta conferência apresentou o “objetivo de discutir tanto os avanços quanto os desafios que se apresentavam para realização do SUS, com destaque para a área de RH e qualidade dos serviços. As discussões foram centradas em temas que formam o eixo central do SUS”.

Mais uma vez foi reiterada a responsabilidade do SUS na formação de Recursos Humanos e também a necessidade de considerar as especificidades de cada local. Sugeriu-se, então, a ampliação e implementação dos Polos de Educação Permanente em Saúde, promovidos pela SGTES.

Como resultado dos debates ocorridos ao longo do tempo, houve mudança do conceito e nomenclatura do trabalhador da saúde, que deixou de ser tratada como um mero “recurso humano”. Adotou-se a terminologia “Gestão do Trabalho”, com o argumento que se segue “[...] Os trabalhadores da saúde não são um insumo adicional que se agrega aos recursos financeiros, tecnológicos e de infraestrutura para produzir serviços: são os próprios serviços de saúde” (DOMINGUEZ, 2006, p. 8 apud PIERANTONI et al., 2012, p. 41). Em 2006, o MS e o Conselho Nacional de Saúde organizam a 3ª edição da Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, contando com a presença de representantes de gestores e usuários.

Vieira (2009) nos diz que há uma cisão administrativa da párea de recursos humanos que deve ser superada. Para isso, é necessário considerar que o que está incluído no rótulo de “recursos humanos” [...] abarca múltiplas dimensões: composição e distribuição da força de trabalho, formação, qualificação profissional, mercado de trabalho, organização do trabalho, regulação do exercício profissional, relações de trabalho, além de tradicionalmente administração de pessoal” (VIEIRA, 2009, p.343).

Nesta conferência, é culminante o entendimento de que para implementação do SUS seria imprescindível que houvesse definições de ações para a valorização de cada trabalhador de saúde e a desprecarização dos seus vínculos.

A 13ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 2007, sob a condução do ministro da saúde, José Gomes Temporão, indicou ações direcionadas para superar o modelo burocrático de gestão, a precarização do trabalho e o baixo investimento na qualificação dos

trabalhadores da saúde. São propostos nesta conferência o fortalecimento das instituições formadoras do SUS, enfoque na formação multidisciplinar e interdisciplinar e planos de cargos, carreiras e salários específicos para os servidores da saúde pública.

Nos anos de 2012 e 2015 acontecem a 14ª Conferência Nacional de Saúde, com o tema “Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social - Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro” e como eixo “Acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para o SUS” e a 15ª Conferência Nacional de Saúde com o tema “Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro”. Nos relatórios de ambas, é reforçada a importância de garantir, através de concursos públicos, a inclusão de novos trabalhadores; de fortalecer e financiar a PNEPS e ainda, de garantir que esta seja uma estratégia para qualificação e apoio aos profissionais de saúde e gestores do SUS.

Há também encaminhamentos relativos à valorização e qualificação dos trabalhadores da saúde; a solicitação de garantia de que os gestores do SUS sejam os trabalhadores de carreira, e qualificados para tal função; instituir Plano de Cargos, Carreira e Vencimentos Nacional, de maneira pactuada na mesa de negociação permanente do SUS, bem como piso nacional e; inclusão nos módulos de formação de profissionais da saúde os temas sobre o SUS; necessidade de equipes multidisciplinar; implantação da Vigilância em Saúde do Trabalhador (MS, 2012; ABRASCO, 2015).

Ao longo destes setenta e quatro anos de conferências de saúde realizadas, estas acompanharam também os processos socioeconômico e político, que o país atravessou ou vem atravessando. Estes momentos de debates e encaminhamentos contribuíram não apenas para a busca da valorização do trabalhador da saúde, bem como, para a elaboração e implantação de políticas de gestão do trabalho e da educação em saúde.

De um lado, como demonstram os relatórios, há muito ainda por percorrer para que os encaminhamentos que foram propostos e elaborados dentro do processo de gestão democrático sejam efetivados. Por outro lado, é notável que ao se pensar no SUS e na sua sustentação como política pública, o trabalhador é tomado como tema de extrema relevância.

Essas conferências demonstram ainda que, historicamente, permanecem as dificuldades para implementar estratégias que possam atender aos anseios de valorização dos trabalhadores e do trabalho o SUS.

3 POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO ESTADO DE MATO GROSSO

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO PROCESSO DE INSTITUIÇÃO FORMAL DA PNEPS

Dentre os modelos assistenciais que o SUS busca implementar, o enfoque da atenção primária em saúde e, em decorrência, a Estratégia de Saúde da Família tem tido destaque desde a década de 1990. Tal enfoque tem sido induzido pelo governo federal, através de financiamento e alcançado assim forte presença nos municípios brasileiros. A média nacional de cobertura da ESF é superior a 60% da população. Assim, apresenta-se a necessidade de organizar novas formas de desenvolvimento deste trabalhador, tornando-se importante a construção de novos perfis profissionais, não mais baseados no modelo biomédico e hospitalocêntrico.

É neste contexto que surgem os Polos de Capacitação em Saúde da Família, Educação Permanente em Saúde. Trata-se de espaços de articulação entre os gestores municipais, o gestor Estadual do SUS e a instituição superior de ensino, com o intuito de proporcionar a formação e educação permanente de recursos humanos em saúde.

Os Polos de Capacitação em Saúde da Família, Educação Permanente em Saúde apresentam objetivos de curto, médio e longo prazo, através da integração ensino-serviço. São previstos recursos financeiros alocados pelo Ministério da Saúde através de convênios/contratos. O propósito mais geral é qualificar os trabalhadores da saúde para o desenvolvimento da estratégia de saúde da família.

No Mato Grosso, em 1997, através da Escola de Saúde Pública (ESP-MT) foi instituído o Polo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família. Segundo Anjos (2009, p. 33), no MT o polo “assumiu a tarefa de articulação ensino-serviço e definiu a capacitação para as equipes de saúde da família como um dos eixos prioritários de sua atuação”.

Neste momento, destaca-se a ESP-MT que desenvolveu um importante papel, tendo se organizado para acolher a demanda de capacitação dos profissionais para atuar na ESF, atendendo todo o território do Estado.

É neste contexto que surgem os Polos de Educação Permanente em Saúde como instância interinstitucional e locorregional, através da Portaria/GM N.º 198/04, que “institui a política de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor”.

Seguindo as orientações de gestão postas pelo MS, foi necessário que se criassem em todos os estados os Polos de Educação Permanente em Saúde, tendo por objetivo “aumentar a capacidade de realizar a formação e o desenvolvimento das equipes de saúde, dos agentes sociais envolvidos com as políticas públicas de saúde e também dos profissionais de outros setores para fortalecer a ação intersetorial” (MS, 2005, p.18) e tendo como referência a integralidade na atenção à saúde.

Em Mato Grosso, o Polo de Educação Permanente em Saúde foi estabelecido através da Resolução CES nº 27, de 15/12/2003, que tinha entre suas principais competências: identificar necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde, formular políticas de educação permanente para o sistema público de saúde, estabelecer articulações e estratégias para operacionalização desta política, visando o fortalecimento da capacidade de gestão da Secretaria de Estado de Saúde (SES, 2003).

Segundo resultados da pesquisa de Anjos (2009, p. 35), o Polo de Educação Permanente em Saúde no território de Mato Grosso, “deu continuidade à discussão da necessidade de se instituir a educação permanente como um dos pilares para promover as mudanças para a consolidação do SUS” onde “se manteve em atividade como núcleo de articulação entre as esferas de gestão do SUS e as instituições de ensino, pactuando projetos no período de 2004 a 2007”.

A pesquisa demonstra ainda que na composição do Polo não havia representações dos profissionais de saúde e a execução dos projetos ficava sob a responsabilidade das instituições proponentes. Este era apenas deliberativo e não substituía as instâncias de decisão coletiva como a Comissão de Integração Bipartite e o Conselho Estadual de Saúde. Assim, para Anjos (2009), a composição do PEPSUS/MT:

[...] não contemplou integralmente a representação proposta pela Portaria/GM nº. 198/2004 (MS, 2004a), pois não contou com a representação dos trabalhadores, teve pouca participação dos estudantes e a representação dos gestores realizada pelo COSEMS, embora de forma marcante, não pode contemplar a diversidade das necessidades da força de trabalho em saúde do SUS do Estado (ANJOS, 2009, p. 52).

Com a publicação da Portaria 1.996 de 20/08/2007, que “Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde”, a condução da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde passa do Polo de Educação Permanente em Saúde, para os Colegiados de Gestão Regional (CGR).

O Pacto pela Saúde 2006 tem três componentes: “Pactos Pela Vida”, “Em Defesa do SUS” e “Pacto de Gestão”. O componente Pacto de Gestão estabelece as diretrizes para a

gestão do sistema nos aspectos da Descentralização; Regionalização; Financiamento; Planejamento; Programação Pactuada e Integrada – PPI; Regulação; Participação Social e Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (MS, 2006).

O pacto apresenta como mecanismo de Gestão Regional que, para qualificar o processo de regionalização, os gestores de saúde da Região deverão constituir um espaço permanente de pactuação e cogestão solidária e cooperativa através de um Colegiado de Gestão Regional (MS, 2006).

O Colegiado de Gestão Regional se constitui num espaço de decisão através da identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva. Com o Decreto nº 7.508 de 28/06/2011 o CGR, passam a ter a denominação de Comissão Intergestora Regional (CIR) (MS, 2006).

3.2 REGIONALIZAÇÃO DAS COMISSÕES DE INTEGRAÇÃO ENSINO E SERVIÇO EM MATO GROSSO

Após a definição da PNEPS como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de seus trabalhadores, em 2007, foi publicada a portaria Ministerial nº 1.996/2007 para estabelecer sua regulamentação. Essa portaria dispõe sobre as diretrizes para a implementação desta política, focalizando seu caráter regional.

Com o intuito de disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, garantindo o seu gerenciamento de forma democrática, é também instituída na esfera do SUS, a Comissão Intergestores em cumprimento da Portaria Nº 545 de 20/05/93 do Ministério da Saúde, que “estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93”. E que apresenta no seu item 2 que: “[...] tem como eixo a prática do planejamento integrado em cada esfera de governo e como foros de negociação e deliberação as Comissões Intergestores e os Conselhos de Saúde expletivamente, estruturando funcionalmente a articulação descrita a seguir”.

Complementa a Portaria Nº 545 de 20/05/93 do Ministério da Saúde no seu item 2.2.1., que no âmbito Estadual se dará através da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), a qual é composta paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde do estado.

Assim, com a PNEPS estabelecida e diante do caráter regional de gestão do SUS, na Portaria 1.996/2007, o MS estabelece que “A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) deverá contar com o apoio de uma Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço”. Este artigo caracteriza o papel da CIES à CIB, definindo ainda em seu Art. 10º que são atribuições da CIES, vinculada à CIB:

I - assessorar a CIB nas discussões sobre Educação Permanente em Saúde, na elaboração de uma Política Estadual de Educação Permanente em Saúde; II - estimular a cooperação e a conjugação de esforços e a compatibilização das iniciativas estaduais no campo da educação na saúde, visando à integração das propostas; e III - contribuir com o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação da implementação da Política de Formação e Desenvolvimento no âmbito do SUS e das ações e estratégias relativas à educação na saúde, constantes do Plano Estadual de Saúde (MS, Portaria 1.996/2007).

As CIES são compostas por representantes da gestão, ensino, serviço e comunidade e entre outras atribuições, auxiliam na elaboração dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) e Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde (PAMEPS). Tais planos devem apontar as necessidades de capacitação dos trabalhadores de acordo com as necessidades locais e regional, sendo desta forma uma instância intersetorial e interinstitucional permanente, que participa da formulação, condução e desenvolvimento da PNEPS.

Essas comissões vêm contribuir para fortalecer o caráter regional da organização dos serviços de saúde fomentado e priorizado pela Portaria nº 399/GM, de 2006, que apresentou o Pacto pela Saúde. Em 2011, a questão do planejamento regional e mais uma vez abordada no plano jurídico através do Decreto Nº 7508 de 28/06/2011, que reforça a importância do planejamento do SUS ser ascendente e integrado, do nível local até o federal, fazendo-se ouvir os respectivos Conselhos de Saúde. Para Paim (2009, p. 48-49):

Regionalização corresponde a um dos princípios organizativos do SUS. Representa a articulação entre os gestores estaduais e municipais na implantação de políticas, ações e serviços de saúde qualificados e descentralizados, garantindo acesso, integralidade e resolutividade na atenção à saúde da população. Significa organizar os serviços de saúde em cada região para que a população tenha acesso a todos os tipos de atendimento.

Assim, as regiões de saúde e seus respectivos municípios devem organizar a sua rede de serviços, sempre orientados pelo princípio universal de direito de acesso nesta relação de administração solidária entre os três entes federados.

O estado do Mato Grosso apresenta na estrutura da Secretaria Estadual de Saúde, dezesseis Escritórios Regionais de Saúde, com suas respectivas CIR e CIES. Nesta estrutura, denominada regiões de saúde, encontram-se municípios que estão a 30 Km de distância da capital, Cuiabá, e outros que estão a mais de 1.400Km, com estradas de chão em péssimas condições de tráfego, outro fator relevante quando se pensa em um sistema de saúde de qualidade e acesso igualitário e que reforça a necessidade da estruturação da rede de saúde regionalizada. Os Escritórios Regionais de Saúde possuem:

[...] [a] missão de viabilizar o processo de descentralização da saúde, em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde, competindo lhes: efetivar a gestão regionalizada da Política Estadual de Saúde, assessorando e monitorando os municípios no planejamento e execução das ações na área de saúde; promover as pactuações regionalizadas na área de Saúde; e coordenar os Colegiados de Gestão Regional (SES/MT, 2010).

Com a presença marcante da regionalização da saúde no Mato Grosso, os Escritórios Regionais de Saúde têm importante papel na organização, pactuação e execução dos serviços. Esses escritórios contam com o forte apoio da Escola de Saúde Pública do estado de Mato Grosso e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS-MT). Para Cunha (2014), estes foram os importantes desencadeadores de ações que efetivaram a implantação das CIES Estadual e Regionais em todo o território do Estado.

Em sua pesquisa, Cunha (2014, p.86) nos informa que no MT “quando nasceu a Comissão de Integração Ensino-Serviço já existiam 12 (doze) Comissões Regionais de Ensino Serviço nas regionais de saúde, ou seja, das 16 (dezesseis) regionais. 12 (doze) delas nasceram antes da constituição da CIES Estadual”, ou seja, o estado já contava com estruturas efetivas para a condução dos processos de regionalização, como demonstra o quadro abaixo.

Quadro 1 - Resoluções regionais de criação das CIES/MT

CIES REGIONAIS	CRIAÇÃO
Alto Tapajós/ Alta Floresta	Proposição Operacional CIB Regional Nº 003 de 10/04/2008
Baixada Cuiabana /Cuiabá	Resolução CGR Nº 001 de 05/03/2009
Baixo Araguaia/Porto Alegre do Norte	Resolução CGR Nº 008 de 27/08/2010
Baixo Araguaia/São Félix do Araguaia	Resolução CGR Nº 008 de 08/07/2009
Centro Norte/Diamantino	Resolução Nº 002 CGR de 03/12/2008
Garças Araguaia/ Barra do Garças	Proposição Operacional Nº. 011/CGR de 26/06/ 2008
Médio Araguaia /Água Boa	Proposição Operacional da CIB Regional Nº02 de 08/02/2008
Médio Norte Matogrossense/Tangará da Serra	Resolução CGR Nº 006 de 15/09/2009
Noroeste Matogrossense/ Juína	Resolução CGR Nº 002 de 27/02/2009
Norte Matogrossense/ Colíder	Resolução CGR Nº 002 de 03/12/2008

Oeste Matogrossense/ Pontes e Lacerda	Resolução CGR Nº 008 de 10/11/2009
Oeste Matogrossense Cáceres	Resolução CGR Nº 001 de 18/03/2010
Sul Matogrossense/ Rondonópolis	Resolução CGR Nº 074 de 23/07/2009
Vale do Arinos/ Juara	Proposição Operacional da CIB Regional Nº. 001 CGR de 25/02/2008
Vale do Peixoto/ Peixoto de Azevedo	Proposição Operacional Nº. 05 CGR 30/03/2008
Teles Pires/ Sinop	Resolução CGR Nº 002 de 01/09/2009
Comissão de Integração Ensino Serviço do Estado de Mato Grosso - CIES/MT-Cuiabá	Resolução CIB Nº 71 de 23/09/2009

Fonte: Cunha (2014, p. 91)

No Mato Grosso, definiu-se, coletivamente, o entendimento de que cada município deve discutir e elaborar seu Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde (PAMEPS), considerando que SUS é de responsabilidade tripartite, e que a Política de PNEPS deve ser ascendente. Assim, os Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) e Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde (PAMEPS) apresentam a definição de ações de Educação Permanente em Saúde dos municípios e da região de saúde para o exercício do ano subsequente. Devem ainda ser os norteadores do Plano de Educação Permanente em Saúde na lógica da regionalização.

Santos (2015) apresenta o relatório “Análise da Implantação da Política de Educação Permanente em Saúde para o SUS de Mato Grosso”, em que se buscou analisar a implementação da PNEPS no Estado de Mato Grosso, na perspectiva da gestão do trabalho em saúde, segundo as demandas registradas e percebidas pelos atores sociais.

Segundo o relatório de Santos (2015), analisando as 16 (dezesseis) CIES Regionais existentes no estado de Mato Grosso, no referencial composição e funcionamento no ano de 2013 e como eram elaborados seu Plano Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS), houve a identificação de 4 (quatro) CIES que mais se aproximaram dos pressupostos e diretrizes definidos na PNEPS.

Santos (2015) identifica estas 4 (quatro) CIES como executoras de ações exitosas, destaca alguns aspectos no processo de trabalho destas CIES: potência do trabalho em equipe intersetorial e multiprofissionais; poder criativo dos processos de autogestão e corresponsabilização; importância do papel e as características da liderança local/regional; inovações e derivações resultantes de reflexões e aprendizagens suscitadas nas vivências; criação de comissões ou núcleos no âmbito municipal para a condução da educação permanente em saúde; elaboração de instrumentos e estratégias de construção do plano

municipal de EPS, os projetos intersetoriais e interinstitucionais para a formação e desenvolvimento de profissionais da saúde.

Com o enfoque de trazer o trabalhador da saúde e seu processo de trabalho como uma potencialidade de resposta às demandas do SUS, o cenário formal – que permanece hoje no território – e a gestão dos SUS do estado de Mato Grosso – quanto à condução de ações de Educação Permanente em Saúde – são as instâncias colegiadas de gestão compartilhada, a CIB e CIR, e as CIES Estadual e Regionais.

3.3 COMISSÃO DE INTEGRAÇÃO ENSINO E SERVIÇO ESTADUAL

Com orientação do Ministério da Saúde, a PNEPS tem como propósito não apenas a formação, mas também a transformação de processos de trabalho, partindo da valorização do conhecimento e da experiência dos próprios trabalhadores.

Às Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), cabe a condução da política de educação permanente em saúde em seu território, devendo desenvolver o papel de câmara técnica para as instâncias de discussão e pactuação coletiva, a Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e Comissão Intergestora Regional (CIR).

Várias dificuldades são comuns nos diferentes cenários em que a PNEPS se implementa. O mesmo ocorre com os elementos que contribuem para que ela se desenvolva. Assim, é relevante que existam aspectos particulares de cada realidade.

Há mais de quinze anos dedicando nossa trajetória profissional dentro do SUS, e nos últimos anos acompanhando a PNEPS em Mato Grosso, compondo a equipe de trabalho da CIES Estadual, ora como membro, ora como componente da sua coordenação compartilhada, ora na secretaria executiva. Essa experiência permitiu observar e também participar de uma certa forma, no histórico da implementação desta política no estado, que apresenta pontos que merecem destaque.

Considerando que o próprio SUS é de responsabilidade tripartite: Município, Estado e União, e que a Política de Educação Permanente em Saúde deve ser ascendente, do município, para a região de saúde, ampliando depois ao Estado, como reforça o Decreto Nº 7508 de 28/06/2011. Em seu extenso território, Mato Grosso, com seus 16 (dezesseis) Escritórios Regionais de Saúde, e suas respectivas CIR e CIES, definem em colegiado, que cada município deve também discutir e elaborar seu Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde (PAMEPS),

Nas CIES que conseguiram ascender, são notórias algumas atividades relevantes, como manter os espaços de discussões permanente com a realização das reuniões ordinárias e até mesmo a realização de Mostras de Saúde Regional e apresentação de experiências exitosas em Mostras Nacionais de Saúde Pública, mesmo considerando que o último repasse financeiro pelo Ministério da Saúde à CIES foi no ano de 2011.

No decorrer dessa implementação da PNEPS, há vários registros, documentos e experiências que podem ser objetos de estudo, para avaliação da Educação Permanente em Saúde, como uma estratégia de atendimento às demandas do SUS.

No papel de condutor e fomentador, a CIES Estadual buscou se apresentar para além de um espaço de diálogo da PNEPS em Mato Grosso, buscou promover com seus pares a construção e pactuação entre os atores e usuários da saúde em favor do usuário do SUS.

No ano de 2017, foi realizado pela CIES Estadual um diagnóstico situacional das CIES regionais do Estado de MT, para nortear o planejamento e as ações do fórum permanente em saúde que se realizou no mesmo ano.

Questionados como os municípios estariam organizando as ações de Educação Permanente em Saúde: 1% informou que existem formas legais de parcerias entre o município e instituições de ensino (termo de cooperação técnica, convênio, COAPES); 2% relataram existir em sua regional regulamentações (normas/portarias) que disciplinam processos de integração ensino e serviço (estágio, preceptorial, residência, e outros) no município; 17% participam das ações que são fomentadas pela CIES Regional; 32% elaboraram um plano de ação de Educação Permanente em Saúde, para orientar as ações de Educação Permanente em Saúde no município; 48% instituíram um setor/núcleo/comissão que é responsável pelas ações de EPS no município (CIES/MT, 2017).

O diagnóstico apresenta também o período de última pactuação do PAREPS em CIR, sendo que: 7% pactuaram entre os anos de 2013/2014; 8% no período 2016/2017; 31% no período 2015/2016; 31% no período 2016/2017; e 23% no período 2013/2014 (CIES/MT, 2017).

Com relação à realização das reuniões das CIES regionais, 85% relataram que estão realizando as reuniões. Quanto à periodicidade das reuniões: 9% relataram tratar os temas em reunião da CIR; 18% suas reuniões são trimestrais; 18% sempre que necessária ou quando há demanda realizam reuniões; 55% suas reuniões são mensais (CIES/MT, 2017).

Estes dados demonstram que mesmo com algumas fragilidades e dificuldades, como a falta de incentivo financeiro e desvalorização da educação a nível nacional, no estado do Mato Grosso, no que concerne às ações que permeiam a EPS, de alguma forma, mantém-se o

espaço de diálogo e pactuação em suas regiões de saúde. Alguns mais atuantes, outros não, porém, é preservada o funcionamento e encontros nestas instâncias, que tem em sua essência a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Neste contexto, a CIES Estadual, ainda hoje, também mantém este espaço. Sua estrutura física é localizada na ESP/MT, com a cedência de sala, equipamentos e trabalhadores para a viabilização do planejamento e ações que deliberam em colegiado. Essa Organização foi definida e pactuada na CIB e formalizada na Resolução CIB/MT nº. 072 de 23/07/2009.

A CIES Estadual apresenta em sua composição membros, titular e suplente, das 16 (dezesseis) CIES Regionais, atende ao quadrilátero da formação. Apresenta dentre seus 51 membros: 59% são de trabalhadores; 31% de instituições formadoras; 6% da gestão; e 4% dos usuários (CIES ESTADUAL, 2018).

Desde sua constituição, a CIES Estadual, ao longo de sua atuação, apresenta alguns resultados exitosos ou positivos, como pode se destacar, a premiação da CIES Estadual pela forma democrática e coletiva de construção do “Manual para elaboração do plano de ação regional para educação permanente em saúde – PAREPS”, na Mostra Brasil: Aqui tem SUS do ano de 2013, como melhor experiência exitosa do Centro Oeste.

Em município de pequeno porte, longe das maiores referências em serviços de saúde, envolvidos pela EPS, desenvolveram ações que refletiram e mobilizaram vários atores e que tiveram seu valor vislumbrando nos indicadores de saúde, foi o caso, da experiência exitosa socializada na Mostra aqui tem SUS, com o tema: “Sala de situação um instrumento facilitador para implantação de gestão compartilhada em cidades de pequeno porte”, sendo apresentada no Congresso do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) em agosto de 2015, pelo enfermeiro, Domingos Sávio Rodrigues Carvalho, técnico efetivo do município de Araguaiana-MT e membro da CIES Regional de Garças Araguaia.

A partir dessas experiências, vivências e de diversas outras que não estão aqui registradas, nasceu o interesse em discutir o processo de mobilização e articulação da constituição da Comissão de Educação Permanente em Saúde do Cridac.

4 ASPECTOS METODOLÓGICOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, cuja abordagem de acordo com Minayo (2009), pode oportunizar ao pesquisador que investiga temas do campo social entrar em contato com os significados que os sujeitos atribuem as suas ações e construções. Conforme essa autora:

Todos os seres humanos, em geral, assim como grupos e sociedades específicas, dão significados as suas ações e construções, são capazes de explicitar as intenções de seus atos e projetam e planejam seu futuro dentro de um nível de racionalidade sempre presente nas ações humanas (MINAYO, 2009, p.13).

Além disso, Minayo (2009) afirma que a pesquisa social é prioritariamente qualitativa, pois a compreensão da realidade social e dos objetos de estudo que definimos a partir de nossas preocupações e interesses sobre essa realidade, requerem uma compreensão que a pesquisa qualitativa pode proporcionar. Ela chama atenção para o fato de que não existe ciência neutra, mas nas ciências sociais é ainda mais relevante considerarmos que nossos estudos são atravessados por nossa visão de mundo e visão sobre o conhecimento, que são historicamente construídos.

Para alcance dos objetivos propostos, foi adotado o formato de estudo de caso, que foi realizado no Centro de Reabilitação Integral Dom Aquino Corrêa (Cridac), unidade inteiramente pública, estadual, diretamente gerida pelo governo do estado de Mato Grosso, e que, entre os anos de 2015 e 2016, instituiu uma Comissão de Educação Permanente em Saúde (CEPS). Minayo (2009, p. 164) nos informa que:

Os estudos de caso evidenciam ligações causais entre intervenções e situações da vida real; o contexto em que uma ação ou intervenção ocorreu ou ocorre; o rumo de um processo em curso e maneiras de interpretá-lo; o sentido e a relevância de algumas situações-chave nos resultados de uma intervenção.

Como técnicas de investigação, aplicou-se: a pesquisa bibliográfica; pesquisa documental e entrevistas. Para Cruz Neto (2009, p. 53), “[...] a pesquisa bibliográfica coloca frente a frente os desejos do pesquisador e os autores envolvidos em seu horizonte de interesse”. Gil (1999, p. 50) apresenta que “A pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos” e acrescenta que a principal vantagem deste tipo de pesquisa “[...] reside no fato de permitir ao

investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente”.

Já a pesquisa documental, para Gil (1999, p. 51), difere quanto à natureza das fontes:

Enquanto a pesquisa bibliográfica se utiliza fundamentalmente das contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto, a pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa.

Para Pondé, Mendonça e Caroso (2009), as narrativas obtidas por meio de entrevistas são materiais privilegiados da pesquisa qualitativa. Esses autores destacam ainda que a narrativa obtida deve ser reconhecida como “ponto de partida” de uma reflexão.

Começar com a versão da realidade enunciada pelos sujeitos da pesquisa não significa que esses dados serão tomados como a própria realidade. Toda narrativa traz em seu bojo contradições, espaços em branco e silêncios que devem ser preenchidos pelo pesquisador a fim de compreender o que subjaz ao que foi dito. Para alcançar interpretação aprofundada, cada narrativa/entrevista deve ser lida em conexão com as narrativas/entrevistas dos demais sujeitos da pesquisa e com o contexto cultural e histórico mais amplo (PONDÉ; MENDOÇA; CAROSO, 2009, p. 132-133).

A entrevista enquanto uma técnica do trabalho “não significa uma conversa despreziosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta de fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada” (CRUZ NETO, 2002, p. 58).

Através da entrevista, pode-se obter dados objetivos e subjetivos, desta forma:

As entrevistas podem ser estruturadas e não estruturadas, correspondendo ao fato de serem mais ou menos dirigidas. Assim, torna-se possível trabalhar com a entrevista aberta ou não-estruturada, onde o informante aborda livremente o tema proposto; bem como as estruturadas que pressupõem perguntas previamente formuladas. Há formas, no entanto, que articulam essas duas modalidades, caracterizando-se como entrevistas semi-estruturadas (CRUZ NETO, 2002 p. 58).

Para a produção do material empírico, aplicou-se um roteiro fazendo uso de entrevistas semiestruturadas. Nesse caso, o instrumento de pesquisa apresentou perguntas abertas, que pretendeu propiciar aos entrevistados a oportunidade de discorrer sobre o assunto proposto com maior liberdade.

Concluindo, pode-se dizer que o tema da pesquisa foi desenvolvido sob as ações de educação permanente em saúde em um contexto específico e, em torno desse tema, definimos um conjunto de interesses que deram origem aos objetivos específicos, com base nos quais formulamos algumas perguntas de pesquisa.

Para tornar mais claro nosso pensamento, optamos por descrever a metodologia que foi empregada, tendo em vista o detalhamento de cada um dos objetivos específicos definidos. Relembrando o que Minayo (2009) destaca como intento da pesquisa qualitativa:

[...] compreensão da lógica interna de grupos, instituições e atores quanto: (a) valores culturais e representações sobre sua história e temas específicos; (b) relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais; (c) processos históricos, sociais e de implementação de políticas públicas e sociais (MINAYO, 2009, p. 23).

Esse entendimento sobre a pesquisa qualitativa e os questionamentos da nossa experiência profissional trouxeram apoio e motivação, para colocar em discussão nessa dissertação, a Comissão de Educação Permanente em Saúde do Cridac.

4.2 PROCEDIMENTOS DE INVESTIGAÇÃO

Retomando os objetivos e apontando aspectos metodológicos:

4.2.1 Descrever e discutir o processo de implantação da Comissão de Educação Permanente em Saúde do CRIDAC.

Com esse objetivo, enfocou-se responder a seguinte questão: O que impulsionou a criação desta comissão e como ela foi instituída?

Buscou-se caracterizar o processo de instituição da comissão e, nesse sentido, identificar os sujeitos envolvidos, as principais motivações institucionais e pessoais que contribuíram para a sua criação e as mobilizações geradas em torno da criação da comissão. Foi nosso interesse ainda conhecer as dificuldades enfrentadas nesse processo.

Como pano de fundo desse processo, identificamos dois contextos que foram mapeados no estudo: o nível Federal de formulação da PNEPS e o estímulo para a sua adoção no nível local (Estado do Mato Grosso), ou seja, abordar a PNEPS no contexto nacional e a PNEPS no estado de Mato Grosso, bem como o processo histórico anterior.

Implicar e recompor a história da instituição da Comissão de Educação Permanente em Saúde no Cridac.

Procedimentos do estudo

a) Caracterização do contexto: Revisão bibliográfica. Essa revisão concebe a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como parte de um movimento anterior, de ações com propósito de qualificar a força de trabalho em saúde e posteriormente como uma circunstância específica de proposta no âmbito do SUS. Caracterizar a dinâmica de criação de estruturas, tais como Polos de Educação Permanente em Saúde e Comissão de Integração Ensino e Serviço (CIES), por exemplo, e da própria PNEPS, tendo em vista a regionalização em saúde e suas repercussões para o planejamento da saúde no Estado de Mato Grosso.

b) Caracterização do processo de instituição da comissão. Pretendeu-se identificar os sujeitos envolvidos, as principais motivações institucionais e pessoais que contribuíram para a sua criação e as mobilizações, bem como, dificuldades que ocorreram nesse processo.

- Identificação dos sujeitos envolvidos no processo de implantação da comissão. Inicialmente foram reconhecidos os sujeitos cuja participação foi recuperada neste estudo: a direção do Cridac, na figura de sua diretora; a responsável pelo setor de educação em saúde do Cridac; Coordenadores e membros da CIES/MT; a Escola de Saúde Pública/ MT, na figura de docentes que compõe a quadro da Escola.
- Realização de entrevistas semiestruturadas na perspectiva de captação da compreensão desses sujeitos sobre: i) a ideia de instituir uma comissão de EPS e das motivações que estimularam esta proposta naquele momento; ii) o processo de implantação – reuniões prévias, negociações/articulações; iii) sua própria participação (pessoal e institucional); iv) os principais fatores facilitadores e dificultadores do processo de implantação da comissão.
- Recuperação de documentos a serem analisados para caracterização do processo de implantação da comissão de EPS, com destaque para a portaria que institui a comissão e os registros de reuniões.

4.2.2 Caracterizar a dinâmica da estrutura e de atuação da Comissão de Educação Permanente em Saúde do Cridac

Com esse objetivo, visou-se responder às seguintes questões: Qual a estrutura que dá suporte ao funcionamento da comissão? Qual o desenho e a dinâmica geral de seu funcionamento? Como é o funcionamento regular da comissão?

Através de entrevistas com a coordenadora e secretária executiva da comissão, estabelecemos a caracterização da dinâmica geral de funcionamento da comissão, atentando para os seguintes aspectos:

Estrutura: Como se localiza, institucionalmente, a comissão? Está incluído em organograma/possui regimento próprio? A comissão aparece no regimento/estatuto do Cridac? Como? Há cargo de coordenação? Existem outros cargos/postos na comissão? Possui um local fixo de funcionamento? Existem ou não problemas relacionados à falta de um local específico?

Dinâmica: Quem são seus componentes? Quem convoca/indica? Quem efetivamente comparece nas reuniões/ações e participam? Onde ocorrem as reuniões? Qual a forma de divulgação e agendamento das ações? Como as pautas são compostas? Como se dá a organização das discussões presentes na pauta (tipos de subsídios para as discussões)? Existe algum financiamento para execução das ações?

Funcionamento: Identificar o processo para definir e priorizar as ações, ou seja, quais caminhos pelos quais as ações foram selecionadas para compor o Plano de Ações. Comparativo por meio das entrevistas estruturadas se as ações que foram executadas, estão dentro das que foram planejadas.

4.2.3 Refletir sobre a relação entre as ações desenvolvidas pela Comissão de Educação Permanente em Saúde do Cridac, o alcance de melhorias na qualidade da atenção e no processo de trabalho

Com esse objetivo, teve-se o intuito de responder à seguinte questão: As ações da comissão produzem efeitos sobre o processo de trabalho e sobre a atenção?

A partir das entrevistas, captamos como os sujeitos diretamente envolvidos com o trabalho da comissão de EPS percebem a relação entre as ações da comissão e o alcance de melhorias na qualidade da atenção e no processo de trabalho.

4.3 LOCUS DA PESQUISA

Cruz Neto (2002, p. 54) aponta que “Partindo da construção teórica do objeto de estudo, o campo torna-se um palco de manifestações de intersubjetividades e interações entre pesquisador e grupos estudados, propiciando a criação de novos conhecimentos”. Nesse estudo, definimos como campo de investigação o Cridac.

No estado de Mato Grosso, existem as chamadas unidades desconcentradas da SESMT, que são unidades de nível secundário que executam serviços de saúde. Estas unidades estão presentes tanto na cidade de Cuiabá, capital de Mato Grosso, como distribuídos pelo estado, dentro deste universo, está o Centro de Reabilitação Integral Dom Aquino Corrêa (Cridac).

O Cridac foi criado em 1976 pela Primeira Dama do Estado, Sra. Maria Ligia B. Garcia, sendo instituído como Fundação em 22 de dezembro de 1980 pela Lei 4.276 e em 13 de julho de 2004, através da Lei Complementar 182, retorna ao status de unidade desconcentrada da Secretaria de Estado de Saúde (SES/MT, 2004).

Através da Portaria nº 563 de 21 de maio de 2013, o Cridac foi habilitado pelo Ministério da Saúde como Centro Especializado em Reabilitação - CER III (Física, Auditiva e Intelectual). É importante dizer que além das ações de cuidado em saúde, a unidade contém uma oficina que realiza confecção, adaptação e consertos de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (SES/MT, 2004).

O Cridac é um serviço que apresenta em sua estrutura aspectos que envolvem vários eixos: estrutura física, protocolos de trabalhos e uma composição multiprofissional da equipe de profissionais, abrangendo trabalhadores de nível médio superior com diferentes formações e perfil profissional. Nesse sentido, o desenvolvimento de ações da PNEPS pode contribuir para a melhor organização e qualificação do processo de trabalho nesta unidade.

Valente (2017) nos informa que o Cridac conta com 170 servidores, distribuídos em 23 categorias profissionais. Antes de implantada a comissão de educação permanente em saúde, a unidade contava com um setor responsável por ações de educação em saúde dos profissionais, organizadas a partir da lógica de educação continuada.

Foi a partir da elaboração de um projeto de intervenção, que contou com o apoio da Direção da unidade, feito em 2017 por Valente, que se apresentou a proposta de implantação da Comissão de Educação Permanente em Saúde do Cridac, que desenvolve ações impulsionadas pela lógica da educação permanente em saúde.

4.4 SUJEITOS DA PESQUISA

A criação e o desenvolvimento da Comissão de Educação Permanente em Saúde do Cridac ocorreram a partir do envolvimento de diversos profissionais internos e externos da unidade.

Assumimos como critérios para a seleção de sujeitos entrevistados aqueles que identificamos como relevantes para a discussão quanto ao processo que desencadeou a necessidade de haver, na unidade, um espaço formal para o planejamento de ações de Educação Permanente em Saúde, bem como o modo como se estabeleceu a mobilização/articulação para sua estruturação. É relevante para esta pesquisa mapear como é o funcionamento e a percepção destes trabalhadores quanto aos resultados alcançados devido à implantação da Comissão.

O universo de sujeitos da pesquisa foi composto pelos seguintes espaços institucionais, totalizando 9 entrevistas, com 12 sujeitos entrevistados, como segue:

Quadro 2 - Os sujeitos da pesquisa e inserção institucional

Sujeitos da pesquisa segundo Inserção institucional	Número de entrevistados	Comentário
- Coordenação da CEPS do Cridac; - Secretaria Executiva da CEPS do Cridac.	3	Trata-se de uma coordenação compartilhada por duas pessoas. A entrevista destes foi realizada em conjunto.
- Membros da composição da CEPS do Cridac.	6	A composição da CEPS do Cridac, apresenta 18 membros, entre suplentes e titulares. Nossa intenção foi entrevistar um representante de cada setor/atores, preferencialmente os titulares. Foram efetivadas 5 entrevistadas, considerando que um setor a trabalhadora que compõe a CEPS estava de licença, e não havia a sua suplência. As entrevistas destes foram realizadas individualmente.
Diretoria do CRIDAC	1	A diretoria é desempenhada pela mesma pessoa desde a criação da comissão. Realizou-se a entrevista desta individualmente.
Coordenação da CIES/MT.	2	Trata-se de uma coordenação compartilhada por três pessoas, no entanto, 1 coordenador esteve ausente no período investigado. Realizada a entrevista dos 2 coordenadores em conjunto.
Escola de Saúde Pública do Estado do Mato Grosso	1	Definimos aqui como informante chave a docente que orientou o projeto de intervenção que resultou na proposição do CEPS do Cridac. Realizada a entrevista desta individualmente.

4.5 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Após aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com seres humanos, com parecer favorável nº. 2.530.874, conforme preceitos éticos contidos na Resolução CNS nº196, iniciou-se a pesquisa através de levantamento documental e

posteriormente através de entrevistas, que contaram com um roteiro de questões abertas. Os dados foram coletados pela pesquisadora no espaço físico do Cridac.

A entrada da pesquisadora em campo ocorreu após a apresentação, à direção do Cridac, de um documento esclarecendo a pesquisa. Nesta oportunidade, foi solicitado agendamento das entrevistas. Por haver uma proximidade da pesquisadora com alguns atores, antes da realização das entrevistas, houve a participação da mesma em uma reunião da CEPS.

Nesta reunião, que contou com a presença de diversos membros e parceiros da CEPS, foram esclarecidas as características da pesquisa, especificamente o foco na experiência que culminou com a instituição da CEPS. Foi perceptível e explicitada pelos membros da comissão a satisfação em ver a CEPS ser assumida como objeto de pesquisa. Já naquele momento, alguns integrantes se colocaram imediatamente à disposição para o agendamento da entrevista. Para Alves e Silva (1992), a relação do entrevistador com os sujeitos de pesquisa, bem como: apresenta que:

[...] atitudes de aproximação, respeito e empatia trazidas pelo pesquisador, virá a disponibilidade dos sujeitos e o seu envolvimento com a tarefa de informantes (o que amplia a possibilidade de validade dos dados obtidos), fazendo dela um momento de reflexão, retomada de fatos, valores e ideias do passado (quando este é o caso) e a gratificação com sua transmissão ao entrevistador (ALVES; SILVA, 1992, p. 4).

Pela natureza da pesquisa os dados foram transcritos e analisados e durante seu levantamento forma produzidos relatórios informal e narrativo.

A pesquisa documental, o levantamento de registros e das atividades de campo foram direcionados para coletar dados que possibilitou entender o processo de criação da comissão e analisar o grau de compatibilidade entre os pressupostos da PNEPS e várias dimensões que compõem as ações CEPS do Cridac. Segundo Alves e Silva (1992, p. 5):

O momento de sistematização é pois um movimento constante, em várias direções: das questões para a realidade, desta para a abordagem conceitual, da literatura para os dados, se repetindo e entrecruzando até que a análise atinja pontos de "desenho significativo de um quadro", multifacetado sim, mas passível de visões compreensíveis.

Nesse sentido, nossa análise buscou trazer reflexões sobre a realidade da implementação dessa política, a PNEPS, discutindo dificuldades e avanços em um contexto concreto do Sistema Único de Saúde no Mato Grosso.

5 POR DENTRO DA COMISSÃO DE INTEGRAÇÃO ENSINO E SERVIÇO DO CRIDAC

5.1 ENTRE A DESMOTIVAÇÃO E O DESEJO DE MUDANÇA: A MOBILIZAÇÃO DOS TRABALHADORES

Um ponto a ser destacado a partir do que foi captado nas entrevistas, é que a criação da comissão de educação permanente em saúde (CEPS) do Cridac traz elementos que são, em sua história, ao mesmo tempo positivos e negativos, ou seja, funcionam como estímulo ou obstáculo.

É o caso da necessidade de recriar e recuperar o lugar das atividades de educação no serviço. De acordo com as entrevistas, o fato da unidade já ter um histórico de atividades educativas era um facilitador.

Era um setor que já teve seus vários tempos [...] teve um tempo áureo com recursos financeiros para executar diversas capacitações, teve gente de fora, pode-se fazer grandes eventos (Entrevistada A).

Eu não posso renegar o que já existia. Teve seu valor dentro desse contexto histórico e veio se transformando até chegar no que a gente é hoje. A gente só conseguiu chegar ao que é hoje porque teve todo um percurso, uma trajetória de educação permanente em saúde, continuada, seja o nome que se dê para esse processo, ele existia aqui dentro (Entrevistada B).

Ao mesmo tempo, era necessário superar um descrédito, trazido, sobretudo, pela interrupção dessas atividades. O desânimo era grande e presente há tanto tempo, que os profissionais se esqueceram do seu próprio *fazer profissional*, suas competências e suas habilidades que vão além do acesso do recurso financeiro.

Eles [os trabalhadores da unidade] estavam muito desanimados, achando que era mais uma iniciativa que não ia dar em nada, ou então [pensavam] *eu vou trabalhar mais agora* [...] Eles não conseguiam perceber, em um primeiro momento, que a mudança é a prática. E que isso não dependia financeiramente (Entrevistada J).

Era um setor [de educação em saúde] que já teve seus vários tempos e passou por um momento mais fragilizado, com pouca credibilidade dos servidores e isso eu falo pelos relatos que ouvi das pessoas (Entrevistada A).

Cabe ao gestor em um de seus papéis direcionar a sua equipe quanto as suas ações a serem priorizadas e executadas. Campos e Campos (2009) apresentam a relação entre gestão e política, considerando que os termos gestão e administração fazem referências ao ato de governar as pessoas, organizações instituições. O fato de uma servidora efetiva assumir este

papel e atuar na unidade há muitos anos foi um disparador na provocação de encontrar outras formas no fazer cotidiano do trabalho de todos.

Quando vim para a gestão, com o perfil de servidor e de técnico, comecei a entender que o processo tinha alguma coisa errada. Precisa descobrir qual era esse processo. [...] Sabe aquele conflito: você faz terapia e você se vê no espelho. Então assim, eu pessoa me via defrontada com a gestora. *Você agora como gestora precisa fazer alguma coisa. Incentiva todo mundo.* Nem que seja em um trabalho de formiga (Entrevista D).

O que facilitou foi terem pessoas interessadas em iniciaram um trabalho dentro da instituição. Ter uma validação da chefia imediata, que a gente chama de gestor da unidade. O gestor da unidade entendeu a importância e deu autonomia para as técnicas trabalharem (Entrevista J).

Ela, enquanto responsável técnica pelo setor, conseguiu um espaço para levar para dentro das reuniões as demandas e as ações que o setor estava desenvolvendo. Isso também foi um ganho. É o ponto positivo. A gestão é participativa nesse sentido, ela dá o aval, ela ouve, ela respeita. (...) Naquele momento, o facilitador principal foi o apoio da equipe gestora do Cridac. Tinha uma vontade da gestão, também que isso se institucionalizasse. Tinha um olhar que isso seria importante (Entrevista B).

Existia uma conjuntura de questões favoráveis. A direção da instituição queria essa comissão, porque acredita que iria haver mudança (Entrevista M).

Essa necessidade de dar um novo sentido a um setor que já existia na unidade, mas que estava pouco ativo, funcionou como disparador de novas ações da gestão. Para Feuerwerker (2014), um trabalhador ou ainda uma instituição se envolve em um movimento de mudança a partir de um forte incomodo trazido por insatisfações quanto ao próprio fazer, ou mesmo o que está previsto para ser realizado.

A EPS e, portanto, a CEPS do Cridac teriam não apenas o propósito, mas também a necessidade de promover um olhar para o dia a dia do trabalho, buscando entender a produção de sentidos dos diferentes sujeitos. Isto seria uma necessidade, como nos diz Feuerwerker (2014, p.104). “tornar o espaço da gestão do trabalho, do sentido do seu fazer, um ato coletivo e implicado, a serviço da produção de mais vida individual e coletiva”.

No Cridac, formou-se uma nova conjuntura quando uma gestora assumiu a direção da unidade e definiu recuperar as atividades de educação. Em função disso, convidou para retornar à unidade uma profissional que acumulava participação na CIES estadual e cursava uma formação na área de gestão do trabalho e educação em saúde.

Eu sou servidora do Estado, mas no início de 2016 recebi o convite para voltar ao CRIDAC. Eu estava lotada em outra unidade. Nesse convite tive uma distribuição, um pedido específico. Tentar formatar as ações de

educação permanente dentro da instituição. Então eu vim com esse olhar (Entrevistada A).

O curso de especialização trazia a necessidade de realizar um projeto de intervenção. Para Feuerwerker (2014), ao adulto pedagogicamente, uma informação ou experiência somente apresenta sentido quando esta dialoga com toda a acumulação anterior que o trabalhador apresenta. “Partir dos incômodos, dialogar com o acumulado e produzir sentido: essas são as chaves para a aprendizagem significativa” (FEUERWERKER, 2014, p. 97). De acordo com a orientadora desse projeto de intervenção, a aluna era muito proativa e houve uma conjunção de propósitos, da aluna e da instituição em torno da educação permanente:

O mérito maior é dela. Ela conseguiu caminhar de forma individual nesse processo. Durante o processo de orientação do projeto de intervenção, ela já fazia implantação de ações, para efetivação da Comissão de Educação Permanente, e foi construindo. Essa motivação era dela, e a instituição [Cridac] nesse primeiro momento, também estava dando todo o suporte para acontecer a implantação desse novo setor (Entrevista M).

A ideia da comissão surgiu no decorrer de uma reflexão, um movimento reflexivo mesmo durante o processo de especialização. As ações tinham que ter uma abrangência maior, para serem planejadas por uma representatividade maior, para além da gestão (Entrevistada A).

O desejo de superar a falta de motivação e o envolvimento de alguns trabalhadores deram espaço para gerar um sentimento de pertencimento ao processo de mudança. O desejo de encontrar novas alternativas trouxe um novo olhar. Essa inquietação, incômodo, é um fator que não apenas uni as pessoas que passam pelo mesmo processo, mas é um disparador para identificar e construir novos processos.

[...] a condição indispensável para que um trabalhador ou organização decida sobre mudanças ou incorporar novos elementos na sua prática e a seus conceitos é o incômodo, a percepção de que a maneira vigente de fazer ou pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do seu trabalho. Esse incômodo ou percepção de insuficiência tem que ser intenso, vivido e percebido. Não se produz a partir do discurso ou de análises externas. A vivência e a reflexão sobre as práticas são as que podem produzir incômodos e a disposição para se produzir alternativas de práticas e conceitos, para enfrentar os desafios das transformações (FEUERWERKER, 2014, p. 96-97).

Esse incômodo, presente entre os trabalhadores do Cridac, se reflete muito fortemente em desejo de mudanças de uma grande parte dos trabalhadores, vislumbrando novas alternativas para o trabalho na unidade que apontava para um:

[...] processo de reestruturação que todo mundo sonhava. Eu falo todo mundo, todos os servidores. Hoje nós somos em 120 servidores, já teve uma época que chegamos a ser quase 300 e dos últimos seis, cinco anos era unânime a palavra: precisamos mudar (Entrevistada D).

Uma esperança de mudança, de sair daquele processo que a gente estava. De projetar uma visão nova nas coisas, ela trouxe esse olhar diferente para a gente [...] O trabalhador acreditou nessa mudança, nesta proposta de mudança e ele vem fazer parte desse processo [...] Nosso grande ganho nessa caminhada foi a reconquista do trabalhador (Entrevistada B).

A existência de conhecimento teórico-científico sobre o tema da educação permanente em saúde teve uma importante influência nas ações dos diversos sujeitos. Kuenzer (2002, p. 12), em um texto que trata da construção de conhecimento, traz o pensamento marxista sobre a relação entre a prática do sujeito e a teoria “o homem só conhece aquilo que é objeto de sua atividade, e conhece porque atua praticamente. A práxis, portanto, é compreendida como atividade material, transformadora e orientada para a consecução de finalidades”.

O conhecimento adquirido é destacado nas entrevistas como algo que impulsionou a criação da CEPS do Cridac e também a sua sustentação. No momento inicial de criação, o projeto esteve articulado a um trabalho de conclusão de curso, depois foi criando um formato institucional:

A implantação da CEPS no Cridac foi resultado de um projeto de intervenção de um curso de Especialização de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, daqui da ESP (Entrevistada M).

A leitura começou a me despertar, e o restante da equipe gestora também estava meio que com o ‘bichinho do comichão’, tem uma coisa que a gente precisa descobrir de diferente. E foi aí que a gente começou a ter essa ideia (Entrevistada D).

A pesquisa demonstra que a instituição da CEPS do Cridac foi um processo cujo início ocorreu de uma forma mais individual e foi se desdobrando e envolvendo outros trabalhadores. Havia um histórico de ações educativas junto aos trabalhadores e para resgatar esse setor que poderia contribuir com a melhoria dos processos de trabalho, foi importante identificar as possíveis parcerias que estavam dentro da unidade.

Foi um processo delicado. Muitas vezes a forma de abordagem, não saber o que já tinha sido construído. Ela [uma colega na unidade] foi uma grande facilitadora desse processo _ de mediar e de entender _, porque entrar em uma nova instituição sem entender o funcionamento... até isso era uma das coisas que eu, particularmente como servidora, ficava com a pulguinha atrás da orelha (Entrevistada A).

O quanto é importante ter um ponto disseminador, que foram elas [as responsáveis em reativar o setor de educação no Cridac]. Talvez, se elas não tivessem tido essa motivação inicial, não iria sair do papel de fato, ia ficar por isso mesmo (Entrevista L).

Nesse período na verdade, eu passava as coisas que era desconhecida por ela. Ela estava retornando, ela ficou muito pouco tempo aqui, não conhecia

as pessoas e os setores. Então nesse momento eu estava muito mais próximo dela. [...] Ela começou a fazer a reconstrução desse setor (Entrevista B).

Como pontos de apoio nesse processo de construção e formalização da CEP, foram sendo estabelecidas parcerias internas e parcerias externas, como se destaca entre estas, uma que tinha a experiência na execução de ações dentro da lógica da Educação Permanente em Saúde, e outra que é referência dentro do Estado na formação dos trabalhadores da área da saúde:

Por ser uma comissão nova, era uma comissão assim: estou aqui de coração aberto, eu quero contribuir, mas qual é o meu papel? Até onde eu posso? Como eu contribuo? Como é que a gente se articula. Por participarmos da Comissão de Integração Ensino e Serviço [CIES/MT], eles foram grandes parceiros, no sentido de nos ajudar a regulamentar e definir os papéis das pessoas que estavam integrando essa comissão (Entrevistada A).

A gente conseguiu motivar, dar o pontapé inicial, até porque santo de casa não faz milagre. Sempre estavam [as profissionais que ficaram responsáveis pela reestruturação do setor de educação] a frente, mas ficava faltando o envolvimento da CIES estadual [o que ocorreu com a participação de duas pessoas da CIES] (Entrevistada L).

A gente hoje tem uma cooperação técnica assinada [com a Escola de Saúde Pública de MT] para nos auxiliar nos projetos pedagógicos, pensar as ações e também como viabilizar os processos educativos em termo de facilitação de processos e tudo mais na execução (Entrevistada A).

Como mecanismo de gestão, Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 59) discutem a noção de gestão colegiada, “para a educação em serviço, faz com que todos sejam convidados a participar de uma operação conjunta em que usufruem do protagonismo e da produção coletiva. Sai a arquitetura do organograma para entrar a dinâmica da roda”.

Desta forma, de uma intenção individualizada, passa-se para um projeto do coletivo que mobilizou diversos trabalhadores de quase todos os setores da unidade. Embora existam algumas pessoas de referência, não há personalismo.

A grande massa que são os trabalhadores, que entenderam, compreenderam que era importante que eles estivessem a frente desse processo [de mudanças]. Via que com a comissão seria mais fácil. Porque seria a voz do coletivo ali, com força e não a voz do individual. Eu acho que isso pesou: a comissão no sentido da coletividade, se fazendo presente de uma forma mais participativa. [...] Não era mais um setor, não era aquela pessoa que estava dentro do setor, que iria fazer as coisas. Não era ela sozinha que iria planejar e ficar com as responsabilidades de dar certo ou não dar certo. Acho que estes foram os grandes ganhos da instituição. Todos nos nós sentimos responsáveis, em planejar e executar estas ações (Entrevistada B).

Como a gente sabe, a Educação Permanente é um processo coletivo, participativo e democrático. Se pensou em um projeto de intervenção justamente na criação de uma comissão, que é lógico que teria que fazer uma

mobilização dos trabalhadores, para eles [trabalhadores] entenderem. Muitas pessoas fazem ações de educação permanente no seu dia a dia, na sua rotina de trabalho, mas muitas vezes não tem a clareza de que isso é uma ação de EPS (Entrevistada A).

Nós fomos convidados a participar da reunião para começar a comissão. Eu fui, me interessei e fiquei. Todos os setores são convidados, sempre são. Todas as reuniões da comissão, independente de ter uma comissão, é aberta a todos os servidores (Entrevistada I).

Pela competência dela [a trabalhadora que trouxe a proposta da CEPS], se não isso não tinha acontecido. Ela foi ousada nesse sentido. *Vamos trilhar este caminho*. Ela mostrou uma luz no fim do túnel e todo mundo acreditou (Entrevista E).

É interessante destacar o perfil da pessoa que está nela [a trabalhadora que ficou responsável de reativar o setor de educação]. Se não fosse estes atores, talvez a conversa interna não estivesse acontecendo com tanta facilidade. Estes atores entenderam o papel e a importância de sensibilizar o outro. Também é mérito individual de quem se colocou neste desafio. São pessoas que ficam na sala estudando e ajudando a gente. Pessoas, que também tem a facilidade do diálogo, do contato. Foi o somatório, mas não foi fácil (Entrevista D).

Entretanto para chegar a esse ponto de difundir a ideia da comissão e incluir um número significativo de trabalhadores, grandes obstáculos tiveram que ser enfrentados. Em algumas entrevistas, o termo “sucateado” é usado ao referir-se ao Cridac e, em outras, fica claro esta mesma percepção. É fato que a estrutura física é precária, apresentando aparente descuido, falta de reparos e manutenção.

O Cridac está sem reforma, sem pintura há no mínimo sete anos. Caiu ali: fecha e interdita. A gente está nesse processo de desconstrução. As pessoas estavam desacreditadas (Entrevistada B).

Outra coisa que acredito que motivou, foi perceber que era possível fazer um trabalho diferente lá dentro [Cridac], mesmo a unidade estando sucateada (Entrevistada J).

Todas as instituições estão muito sucateadas e aí, baixa um pouco a qualidade do atendimento. Então eu estava desacreditada, nesse sentido. Mas quando entrei na comissão, eu comecei a perceber que ações simples e básicas podem fazer uma mudança sim! Na perspectiva de melhorar a qualidade de atendimento (Entrevistada H).

Para os profissionais é difícil eles acreditarem. Até mesmo por conta de tudo que está acontecendo no momento, mas de forma lenta, acredito que tem como fazer, usando aquilo que a gente tem. O pessoal estava assim, muito desacreditado (Entrevistada G).

As condições de trabalho atuais do estado, na área de Saúde Pública. Eles [Cridac] têm dificuldades de estrutura; eles têm dificuldades de logística; eles têm dificuldade de material para trabalho; de equipamento. [...] Eles estão trabalhando de uma forma bem precária (Entrevistada M).

Essa realidade é vivida em todas as unidades de saúde, até mesmo no contexto nacional: falta de incentivos financeiros; projetos de contingenciamento das ações, tanto de assistência, quanto de qualificação. A mensagem é trabalhar com o mínimo, em todos os sentidos. De um lado, há uma cobrança grande para apresentar resultados; mas por outro lado, não é oferecida estrutura física compatível, inclusive os insumos para as ações cotidianas.

Gohn (2006, p. 28) nos traz o conceito de educação não formal como sendo aquela “que se aprende “no mundo da vida”, via os processos de compartilhamento de experiências, principalmente em espaços e ações coletivos cotidianos”. De um modo geral, esta autora nos apresenta as diversas possibilidades de construção de cidadania através da educação não formal. Na nossa investigação, vimos que tem sido construído através de um processo não formal, um sentido não construtivo e sim de desvalorização do trabalhador e dos espaços de trabalho. Cria-se, assim, uma consciência de que nenhuma ação de mudança vale a pena, que nada será resolvido. Uma consciência coletiva de desmotivação. Esse, sem dúvida, foi um importante obstáculo na mobilização dos trabalhadores.

Uma das primeiras estratégias de mobilização foi a sensibilização individual dos trabalhadores, que apresentam diversas formações na área da saúde e que acumulam anos de experiências profissional, inclusive no Cridac. A estratégia foi fazer um “corpo a corpo” apresentando a proposta da comissão. A intenção era despertar entre os trabalhadores o interesse em sair de uma atitude muito individual para uma ação que se fortaleceria no coletivo.

O setor já tinha, mas quando ela [a trabalhadora que ficou responsável em reformular o setor de educação] veio para cá, ela que me chamou. Eu comecei a participar mais de todas as reuniões. Era para o pessoal do setor e também para os servidores, aí eu também comecei a gostar mais, e querer participar mais (Entrevistada E).

Me convidaram para participar da comissão, eu percebendo a situação que se encontrava o setor, desmotivado eu resolvi participar e colaborar da melhor maneira que eu posso, o conhecimento que eu tenho (Entrevistada G).

Eu vou ser bem realista, várias vezes fui chamada, convidada, quando estava iniciando. Solicitando que eu pudesse contribuir com alguma coisa, mas eu fui muito resistente no começo, porque eu não acreditava que existisse alguma perspectiva de melhora. Mas no momento que eu comecei a perceber que as coisas, a partir da Educação Permanente, ia melhorar a nossa qualidade de trabalho, conseqüentemente a nossa qualidade do que a gente está oferecendo ao usuário, eu me permiti [participar] (Entrevistada H).

Com a intenção da criação de uma comissão, os trabalhadores que tinham essa tarefa, levantam uma primeira questão: Como fazer para mobilizar os diversos setores e trabalhadores do Cridac?

Reconheceram inicialmente que havia a necessidade de envolver os demais colegas, para que aderissem ao novo formato de trabalho, porém, neste momento, o movimento de mobilização é focado no corpo gestor da unidade, através de encontros e diálogos de apresentação das intenções.

Ceccim e Feuerwerker, (2004) consideram que é um desafio grande deixar o que está estabelecido entre as relações que se apresentam em forma de pirâmide, que vão além de um formato, pois representa a imagem/concepção de um sistema e sua forma e condução hierarquizada. Portanto, trazer a “roda” nas relações e apresentar poder de forma verticalizado representa romper com uma imagem de poder e subordinação.

Assim destacam “Com essa nova imagem, esperamos nova aprendizagem sobre o Estado brasileiro, sobre a capacidade da interinstitucionalidade e sobre a potência da intersectorialidade” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 55). Desta forma, é iniciada a mobilização junto ao corpo gestor.

A primeira questão foi: Como é que a gente vai mobilizar os trabalhadores? De uma forma que dentro das diversas equipes do CRIDAC, cada equipe tivesse o seu representante, ou seus representantes para poder dar voz [ao trabalhador]. Para se pensar em algo institucional, que desse mais corpo, então essa foi a primeira etapa. [...]A gente entende que educação permanente ela é uma articulação de diversos atores. Como a gente queria ter uma comissão com a representatividade dos trabalhadores e dar este protagonismo. [...] a primeira coisa que a gente precisava fazer era mobilizar os gestores sobre a importância desse processo, desse movimento (Entrevistada A).

Eu fui com cada gerente, me aproximei de cada gerente, a gente fez algumas perguntas. Perguntou se eles conheciam da clientela, a gente perguntou algumas questões relacionadas ao processo de trabalho, perguntou se eles sentiam da necessidade de alguma capacitação e os principais problemas que os setores enfrentava. A gente deixou aberto (Entrevistada A).

A mesma abordagem é realizada com os trabalhadores de cada setor. Antes de propor uma ação previamente definida por um terceiro, apresenta-se a possibilidade de ouvir o trabalhador em suas necessidades e anseios.

É realizada uma análise situacional com o olhar dos trabalhadores dos diversos setores da unidade. Pode-se considerar que o ser humano, o trabalhador com a necessidade de se fazer ouvir, de ser considerado, neste momento não impõe barreiras temáticas. Quando se abre espaços para a fala e havendo a necessidades de serem ouvidos, diversos temas são levantados.

Na década de 1980, Carlos Matus sistematizou a proposta do Planejamento Estratégico Situacional. Segundo Kleba, Krauser e Vendruscolo (2011, p.187), sua defesa é de que

“dirigentes que planejam são parte da realidade planejada, coexistindo com outros atores que também planejam nessa mesma realidade, o que requer diálogo e interação”. Assim, Matus apresenta 4 momentos do planejamento estratégico, sendo os mesmos: momento explicativo; momento normativo; momento estratégico e; momento tático-operacional.

Kleba, Krauser e Vendruscolo (2011), discorrendo cada momento, trazem que no primeiro explicativo se propõe as estratégias que poderão auxiliar na identificação, descrição e explicação dos problemas. No momento normativo, propõe-se a definição de objetivos e resultados que deseja alcançar. Ao terceiro momento estratégico, aborda-se a ponderação de se identificar os recursos econômicos, administrativos e políticos, disponível ou que se fazem necessários, para projetar as ações revisando os nós críticos já identificados. No último momento, tático-operacional, programam-se as ações das propostas, neste momento, é essencial que se reveja os objetivos, para se definir estratégias e parâmetros de acompanhamento e avaliação de todo o processo.

A CEPS não orienta suas ações dentro da lógica do planejamento estratégico, no entanto, percebe-se que há um levantamento situacional, que é um dos momentos que o compõe.

Anteriormente a este processo, de propor a comissão, houve um movimento da gente, pelos menos para mim foi importante, de se aproximar das equipes, fazendo uma análise situacional. O que era o fazer de cada equipe? Deles trazerem quais eram os problemas. Um momento muito de pensar ainda no problema e não na solução. Mas de tentar entender o que estava sendo enfrentado. Daqueles problemas que foram elencados, tentar distinguir o que é uma necessidade educacional, e que o setor de Educação Permanente poderia ter governabilidade para propor ações e daqueles que fugiam do setor de Educação Permanente. Porque na hora que você faz uma análise situacional, vem de tudo, situações que fogem do processo de formação, como condições estrutural, falta de recursos humanos... (Entrevistada A).

Realizados os primeiros encontros e já com alguma aproximação estabelecida entre trabalhadores e gestores, há um direcionamento na apresentação conceitual e de possibilidades de reorganização de algumas ações dentro da unidade, orientados pela Educação Permanente em Saúde.

Nessa análise situacional a gente pontuou também para os servidores qual é o papel da educação permanente em saúde. Foi uma aproximação para entender as necessidades e para mostrar também qual a função [da educação permanente em saúde], como a gente poderia se aproximar e tentar [juntos] (Entrevistada A).

Como resultado da análise situacional construída com a participação de trabalhadores e gestores, alguns pontos são identificados para além das questões educacionais, como a falta

de comunicação entre gestão e trabalhadores e a falta de visibilidades das ações que são executadas por diversos trabalhadores e setores. Estes, de forma imediata, foram apontados como umas das dificuldades no campo do trabalho.

A gente percebeu que não existia uma comunicação. E ainda é preciso se trabalhar isso, ser mais eficaz. Faltava um entendimento da equipe gestora com suas equipes. A equipe entre seus componentes, inter-equipes. Então foi feita uma apresentação para gestão do Cridac: direção; coordenadoria técnica de todas as gerências, apresentando o que foi levantado por todos os trabalhadores [na análise situacional] (Entrevistada A).

A gente tem algumas ações que ficam isoladas, que não ganham visibilidade. São feitas aqui e mesmo que singelas, simples, são eficazes (Entrevistada A).

O desenvolvimento de um processo de educação permanente em saúde requer uma mudança do trabalhador da posição de um mero recurso humano, para protagonista, que reflete sobre sua ação e propõe fazeres. Macedo, Cavalcanti e Medeiros (2014, p.383), que publicaram um estudo de revisão sobre EPS, apontam a compreensão de que “Os profissionais são considerados atores reflexivos com capacidade de propor soluções e inovações na assistência e gestão da saúde”.

Por meio da análise situacional, foi estabelecida uma dinâmica em que os trabalhadores são ouvidos. Essa escuta permitiu indicar ações que poderiam auxiliar na superação de problemas de comunicação e também, tornar visíveis ações que os próprios trabalhadores reconheciam como eficazes e que poderiam responder de alguma forma às dificuldades que identificaram como sendo de todos.

É apresentado um relatório quanto aos resultados da análise situacional, para que todos conhecessem a realidade de cada setor e tentassem pensar sobre as questões apontadas conjuntamente.

A valorização da informação sobre os setores foi algo que se destacou. Houve, inclusive, a proposta de criação de um boletim, o que de fato ocorreu. A intenção era que todos conhecessem os projetos e atividades que estavam sendo desenvolvidos no Cridac. O boletim seria instrumento de informação e interação, pois para sua formulação os respectivos trabalhadores dos setores deveriam levantar e divulgar informações. Essa foi uma estratégia pensada pelos trabalhadores e acatada pela gestão.

Com a ideia de se criar uma comissão, foi feita uma apresentação [ao corpo gestor] de como que foi essa avaliação nas equipes. [...] Porque não fazer de repente um boletim informativo? Essa foi uma primeira ação, anterior até à comissão, na verdade foi uma ação paralelamente. Então a gente pensou em um boletim informativo, para melhorar a comunicação e dar visibilidade para as ações que acontecem aqui dentro, tanto para os trabalhadores, quanto para os usuários e ficar uma coisa história [um registro das ações]. Os

projetos que estavam sendo executados, as atividades de servidores que participou, ou que fazem estudos. A gente tem trabalhadores altamente competentes, que desenvolvem atividades importantíssimas na área da saúde pública e muitas vezes isso ficava meio que cada um na sua caixinha. Foi uma forma de contagiar os outros neste movimento. Dar importância e valorizar o trabalho (Entrevistada A).

Os próprios colegas aqui dentro desconheciam o que o outro setor fazia. Isso veio valorizar o servidor, veio dar um gás em todo mundo. Porque já faziam e não eram reconhecidos (Entrevistada B).

O Cridac passa por mudança na sua direção geral, portanto, por um momento de adaptação. Dias depois é agendada por essa nova direção uma reunião. A pauta principal é a intervenção ou apoio de uma organização de fora, do Escritório das Nações Unidas de Serviços para Projetos que estaria apresentando “caminhos” e possibilidades de melhorias diversas à unidade. Esse auxílio externo fazia parte da política do governo do estado de Mato Grosso e a conclusão, como vemos nas falas, é de que a proposta construída internamente, embora mais simples, persistiu e deu mais resultados.

Tendo a equipe do setor da Educação Permanente em Saúde do Cridac conquistado abertura de diálogo com alguns de seus trabalhadores e gestores, foi solicitado, nessa mesma reunião, um momento de fala para a apresentação da proposta de criação de um espaço em que o trabalhador seria o protagonista de suas ações.

Só que nesse momento foi ousado por que era um momento muito delicado, inclusive o teor da reunião no dia. Era uma reunião de muita mudança administrativa, de pessoas que provavelmente estariam vindo aqui dentro para olhar os processos de trabalho e fazer um diagnóstico. O pessoal da UNOPS [...], era um momento de tensão. [...]uma organização da ONU, que foi contratado pelo estado. Tem um contrato firmado e estaria vindo para melhorar alguns processos de trabalho com relação às unidades de saúde. (Entrevistada A)

A gestão estava em um movimento de aproximação, por um processo de transição. Então teve essa reunião da gestão, eu quanto responsável técnica da educação permanente pedi para que a gente tivesse uns 15 a 20 minutos de fala. Nesses minutos fiz a apresentação da análise situacional como uma devolutiva para a gestão e também para os trabalhadores. Nessa devolutiva, eu fiz o convite da criação de uma comissão. Pontuei a importância da gente, enquanto trabalhador da saúde se mobilizar e que isso seria importante (Entrevistada A).

A UNOPS veio para apontar qual que era o seu objetivo na instituição. Falaram que eles viriam dentro de um ou dois meses. Vieram em alguns momentos e em alguns setores e não vieram mais. Então criou-se uma expectativa junto aos servidores, essa expectativa depois ela não aconteceu. Ninguém deu mais nenhuma devolutiva. Por isso que eu falo, foi ousado porque a nossa proposta era mais singela e ela aconteceu e continua acontecendo. A gente aproveitou este momento, que eles [trabalhadores] já estavam mobilizados para estar lá por um outro interesse, para fazer esta

proposta. Acho que isso foi algo importante. A gente aproveitou uma oportunidade em que a maioria esteve presente (Entrevistada A).

As pessoas estavam desacreditadas, com essa proposta da UNOPS. Todo mundo foi curioso para saber o que era essa proposta. Se realmente iria ter alguma mudança e aí veio ela [a trabalhadora que ficou responsável em reformular o setor de educação] também. Ela já estava fazendo este movimento interno. Ela já estava indo nos setores, conversando com os trabalhadores (Entrevistada B).

Destaca-se nas entrevistas que a conjuntura vivida pelas unidades de saúde no Estado, inclusive o Cridac, gerava descrédito e desmotivação. Por isso, fazer uma proposta de trabalho e de mudança neste ambiente de desmotivação foi visto como algo ousado. Havia a compreensão de que ao apropriar-se do processo de trabalho, os próprios trabalhadores teriam mais chances de alcançarem uma realização pessoal no trabalho, o que o tornaria “mais leve”, como nos diz uma das entrevistadas.

Hoje vou te falar, é engraçado quando a gente fala. Olhando para trás... e vendo aquela reunião como foi e como que a gente está hoje. Foi muito ousado. Foi muito ousado! [...] Na verdade eles entenderam que se eles conseguissem se apropriar disso, se empoderar dessa possibilidade de fazer parte, de melhorar o seu processo de trabalho, esse trabalho também fica mais leve (Entrevistada A).

A ousadia foi tão grande, pois ter todo um processo de descrédito e de desconstrução, que não era só aqui. Era o Estado inteiro, em todas as unidades do Estado. As pessoas estavam fragilizadas, as pessoas estavam não querendo mais que se comprometer com nada (Entrevista B).

Outra questão foi a importância de haver uma dinâmica de planejamento das ações neste processo de mobilização. Em um primeiro momento, ocorreu um levantamento de problemas para, em seguida, vislumbrarem as possibilidades de encaminhamentos com vistas à diminuição dos problemas. Nada estava formatado, porém, havia uma organização para oportunizar a construção coletiva.

Assim, é identificado um cuidado para que não houvesse apenas mais uma ação, uma reunião sem resoluções ou encaminhamento, caso contrário, poderia provocar ainda mais desmotivação nos trabalhadores.

A gestão estava presente nesta reunião que foi feita nos dois períodos [matutino e vespertino] para contemplar mais trabalhadores. Dessa primeira apresentação a gente já deixou uma data para as pessoas que deram seus nomes, para participar de uma reunião para a gente explicar melhor a proposta da comissão. Passamos uma listinha para colocarem os nomes (Entrevistada A).

A realização de encontros formais para a efetivação da CEPS foi um dos efeitos da mobilização que vinha acontecendo e que não foi interrompida. Uniu-se a oportunidade de

expor à maioria dos trabalhadores a constituição de um espaço de escuta e dando-lhes protagonismo.

A gente ainda meio sem saber o que seria. O que essa comissão iria fazer, qual que era o papel dela. Mas todo mundo foi um pouquinho de coração aberto. Para tentar ouvir (Entrevistada B).

A gente deixou uma data para as pessoas que deram seus nomes, para participar de uma reunião, para a gente explicar melhor a proposta da comissão. Para nossa surpresa foi muita gente interessada em entender, qual era a proposta. Isso foi mais ou menos uma semana depois da reunião [com a gestão e todos os trabalhadores]. [...] Também, ao longo da semana, a gente voltou de novo fazendo corpo a corpo com as pessoas, dizendo: Vocês lembrem que deram os nomes? Compareçam na reunião. A gente sempre fez isso [o corpo a corpo] (Entrevistada A).

5.2 ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO: O TRABALHO NA COLETIVIDADE

O processo de sua formalização institucional teve início em uma reunião com os trabalhadores, que apostavam a possibilidade de formularem e construírem, em conjunto, ações que poderia repercutir positivamente no trabalho. Foi dialogada e definida a forma de representação e os trabalhadores que fariam parte da comissão.

A gente precisava ter uma representatividade. Nesse momento, a gente decidiu como que faria essa divisão preliminar institucional. A gente tem representantes da equipe gestora, para estar lá enquanto gestora apontando a necessidade de educação permanente e tudo mais. Todos os gestores que são cargos de gestores, eles têm cadeiras de gestor, com um suplente. [...] A gente pensou para cada gerência que tinha, quais são os trabalhadores daquela gerência que fariam parte. [...] A gente pensou na representatividade dos trabalhadores por equipes. [...] Da parte administrativa a gente tem os representantes também. A gente tem representantes das equipes de reabilitação do CRIDAC e das equipes administrativas (Entrevistada A).

Aquela tríplice aliança: trabalhador, usuário e gestor (Entrevistada B).

A própria EPS ajudou a gente a estruturar fluxos; diretrizes; e os processos de trabalho, que são constantemente revistos e alterados, de acordo com as nossas demandas. A representatividade também foi, mais ou menos, nesse movimento. [...] Foi unânime a gente entender que a gente faria a representatividade pelos setores, de acordo com os processos de trabalhos (Entrevista D).

Essa comissão foi montada, a partir de cada setor. Cada setor se não me engano, tem um ou dois representantes, sendo que um é o titular e o outro o suplente (Entrevista H).

Atualmente, a CEPS é composta basicamente por trabalhadores e corpo gestor (Vide Apêndice A). De acordo com os relatos, os diálogos entre gestão e trabalhador, no que tange

ao desenho de ações na comissão, têm se dado atendendo uniformemente as necessidades da gestão e dos trabalhadores.

Em pesquisa quanto à condução da EPS um dos pontos levantado por Feuerwerker (2014), foi ter a EPS como uma provocadora de encontros, confrontos e negociações entre os atores, ou seja, ser esta uma estratégia para regular as relações entre multiplicidade de interesses e projetos, no cotidiano no mundo do trabalho.

A gente tem isso bem distribuído, dentro de um papel. A gente sabe que a nossa finalidade, da nossa comissão é chegar nesse ponto, de ter a participação da gestão, servidores e usuários. Como a gente vinha de um processo de reestruturação total da unidade, a gente foi pensando isso a cada processo de reavaliação interno (Entrevistada D).

No que concerne à participação dos usuários, ainda se efetivou. No entanto, nas entrevistas é destacada a necessidade e a importância dessa representação que se apresentam como um grande desafio. Há uma interpretação, questionável, de que o usuário está presente de forma indireta, pois os trabalhadores estão no serviço e na própria CEPS por causa dos usuários.

Retomando o quadrilátero que se propõe na PNEPS, que é constituída por: gestão, trabalhador, ensino e usuário, Feuerwerker (2014) enfatiza que na produção do cuidado, os atores se reúnem, se encontram e colocam em “roda” seus interesses e se organizam coletivamente para produzir atos de saúde, portanto, instituir este momento não independe do coletivo que nele atua, e complementa que, “os projetos de cada qual, as referências que orientam as proposições e os encontros mudam a cara dos acordos e dos agires, inclusive dos usuários, que também têm uma expectativa de uso em relação às unidades de saúde” (FEUERWERKER, 2014, p. 101).

Colocando em destaque a importância da participação do usuário, Ceccim e Feuerwerker (2004) ressaltam que o componente serviço não se deve restringir às práticas de atenção ou a domínios de habilidade em fisiopatologia, eles complementam que estes serviços recaem “sobre a alteridade com os usuários das ações e serviços de saúde e a produção de sentidos nos atos de cuidar, tratar e acompanhar, sejam problemas de saúde, seja a promoção de melhor qualidade de vida” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 46 e 47).

Ainda um grande desafio, e que não temos a representatividade dos usuários nesta comissão. Eles não têm ainda noção do seu papel, eu acho que esse é nosso principal desafio (Entrevista A).

A gente não tem a participação direta do nosso usuário. Porque que a gente fala direta, porque indireta tem. Porque todas as nossas buscas, nossos diálogos, as nossas propostas que a gente tem de ações e de intervenções, ele

é realmente vinculado ao nosso usuário, porque a gente existe por causa do nosso usuário. Tudo que a gente propõe à priori, parece do interesse daquele setor, daqueles atores que vem com aquelas propostas, mas eles tem aquela proposta, porque ele tem a aquele usuário que está ali por trás, que ele está atendendo. De alguma forma mesmo que muito de indireta ele participa [usuário], porque eles trazem a demanda profissional, ele discute com o seu par, e ela que vai para essa discussão maior. Mas diretamente não temos essa participação dele como membro da comissão, mas é o nosso desafio (Entrevistada D).

A ideia de um quadrilátero na PNEPS contemplaria a interação também com instituição de ensino:

A imagem do quadrilátero da formação para a área da saúde – ensino/gestão setorial / práticas de atenção / controle social - propõe construir e organizar uma educação responsável por processos interativos e de ação na realidade para operar mudanças (desejo de futuro), mobilizar caminhos (negociar e pactuar processos), convocar protagonismos (pedagogia in acto) e detectar a paisagem interativa e móvel de indivíduos, coletivos e instituições, como cenário de conhecimentos e invenções (cartografia permanente). No quadrilátero estão aspectos éticos, estéticos, tecnológicos e organizacionais, operando em correspondência, agenciando atos permanentemente reavaliados e contextualizados (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 59).

A pesquisa demonstra que a CEPS não conta com representação do setor de ensino. Contudo, essa interação se dá a partir de uma cooperação técnica, como é o caso da ESP/MT, e de uma certa forma, provocou a aproximação que teria a proposta de definir ações educativas contextualizadas e submetida a uma dada realidade que atendam aos seus atores.

A gente tem hoje, uma cooperação técnica assinada com a escola de saúde pública, para nos auxiliar nos projetos pedagógicos, pensar as ações e também como viabilizar os processos educativos em termo de facilitação de processos e tudo mais na execução (Entrevistada B).

Não, ele se intensificou [a aproximação à ESP/MT] e não no primeiro momento uma iniciativa institucional, foi mesmo uma iniciativa tanto de alguns servidores da escola e servidores do Cridac, não foi uma postura institucional. Depois que esse trabalho do Cridac começou a ser percebido, houve um movimento da Escola de tentar replicar esse trabalho em outras unidades, mas não foi algo que partiu da instituição, foi uma iniciativa de servidores (Entrevistada M).

Desde a sua composição, a CEPS registra em suas ações, na construção do regimento, na escolha da coordenação, a definição de pautas de forma democrática. A escolha dos trabalhadores que representariam os setores na comissão é definida pela própria equipe, em uma decisão coletiva de cada setor.

Nas reuniões a gente sempre pede para que as pessoas que estão ali, que conversem na sua equipe. Principalmente nas primeiras “*Conversem, voltem para as suas equipes*”. Naquele momento de dispersão, voltem para as suas equipes, conversem para poder fazer a indicação de um nome. Aí a gente

articula. Então a comissão ela tem ajudado muito nisso, a gente tem um alcance maior (Entrevista A).

É articulação interna. É entre eles mesmos. Ninguém interfere [na indicação dos trabalhadores que representa o setor na comissão] (Entrevista B).

No mesmo movimento que a gente discutiu para construir o regimento a gente discutiu a composição, a representatividade e a coordenação desse movimento (Entrevistada D).

A CEPS do Cridac foi formalmente reconhecida na instituição através de uma portaria interna e houve também a preocupação de sistematizar sua normatização e funcionamento, por meio de um regimento interno, planos de ação que se desdobram em ações para o plano de trabalho anual.

Temos uma portaria interna, que já foi tramita para o gabinete do secretário adjunto à época. Nossa comissão foi criada em dezembro de 2016, com o conhecimento do gabinete, tudo homologado. [...] Temos regimento interno. Temos contrato de trabalho. Nós temos plano de ação da comissão. Temos inclusive, medidas e tarefas estabelecidas para este plano de ação do nosso PTA [Plano de Trabalho Anual] (Entrevista D).

A gente expos em uma reunião ordinária da comissão a necessidade de se criar um regimento interno. Voluntariamente algumas pessoas se dispuseram a compor um grupo para escrever o regimento. Baseado em outros regimentos de comissões, até mesmo da CIES/MT, e outros mais. A gente fez baseado na nossa realidade. Então escrevemos nosso regimento e levamos novamente para reunião ordinária da comissão, para que ele fosse aprovado. Ele foi lido na íntegra. Cada ponto foi discutido, transferido, esclarecido, transformado e mudado se necessário. Até que a gente pudesse fazer a versão final para ser validada. Então ele foi validado via comissão (Entrevistada A).

No serviço público, é legítima a premissa de que o trabalhador ingresse na instituição por via de uma seleção, que é o concurso público, porém, em alguns casos, existe a possibilidade de haver a contratação, conforme define o Art. 37, inciso II da Constituição Federal de 1988, “a investidura em cargo ou emprego público depende de aprovação prévia em concurso público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade do cargo ou emprego, na forma prevista em lei, ressalvadas as nomeações para cargo em comissão declarado em lei de livre nomeação e exoneração”.

Os integrantes da CEPS são trabalhadores efetivos e nenhum deles recebe complementação salarial, nem mesmo quem exerce função de coordenar. Esta característica no serviço público é um ponto positivo, pois é através do concurso público que se organiza de forma democrática e transparente as vagas e quem irá trabalhar nela, evitando os ditos populares “cabides de empregos”.

Dentre as diversas vantagens de ser um servidor público concursado, pode-se destacar a garantia da estabilidade trabalhista, assim como a remuneração que é acompanhada por seus respectivos sindicatos, a possibilidade de ascensão e de crescimento profissional, através de plano de cargos e carreiras e o incentivo à qualificação.

No entanto, no estado de Mato Grosso, o último concurso público para a saúde no nível estadual, ocorreu no ano de 2000. Desde então, o número de servidores efetivos tem diminuindo a cada ano, devido a aposentadorias e afastamentos por motivos diversos, e este quantitativo não é reconstituído, pela via do concurso público.

Para entidades sindicais que representam os trabalhadores que atuam no SUS, trabalho precário está caracterizado não apenas como ausência de direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, mas também como ausência de concurso público ou processo seletivo público para cargo permanente ou emprego público no SUS. (PIRES, 2008, p. 319).

Existe um RT [responsável técnico] pelas ações de EPS. Todos [os membros da CEPS] são servidores efetivos. Não há cargo com remuneração específica (Entrevistada A)

São os nossos servidores, representantes dos servidores. [...] E a gente precisa sim, de uma RT, que seria nossa porta voz. Isso é estipulado documentalmente aqui, pela portaria: quem são os mesmos, a sua composição e a designação da RT. [...] É uma servidora concursada. [...] Ela não tem remuneração [pela função de coordenação]. (Entrevista D)

De um lado, a redução gradativa de servidores pode causar o acúmulo de funções e, por outro lado, a não remuneração do cargo de coordenação pode ser um fator de desestímulo, pois não podemos negar que uma das formas de valorização e reconhecimento é a recompensa financeira.

Embora a comissão ela tenha representatividade das equipes, a gente tem ainda aquelas pessoas que estão dentro das equipes e que geralmente são as mesmas pessoas que participam de outros movimentos, não só da educação. São pessoas mais proativas. A gente precisaria tentar mobilizar outros trabalhadores (Entrevista A)

A coordenação é compartilhada por dois trabalhadores e conta com o apoio administrativo de uma secretária executiva. Esses trabalhadores foram escolhidos de forma democrática, de acordo com as informações que constam na portaria da criação da CEPS do Cridac (Apêndice A) e pelo que foi relatado;

No consenso [definição da coordenação e secretaria executiva] nas reuniões ordinárias da comissão. E para representatividade também. (Entrevistada A)

Quanto à estrutura física para o funcionamento da CEPS, há um espaço físico específico. O setor de educação, que foi se transformando no setor de educação permanente em saúde, contando com trabalhadores que atuam de forma integral e outros que foram cedidos dos setores que destinam parte de sua carga horária de trabalho para o desenvolvendo de ações da comissão. Isso reforça também o reconhecimento e a identidade da CEPS.

Elas são muito organizadas [a CEPS], é um grupo muito coeso, muito bom, tanto que eu entreguei duas funcionárias de “mãos beijadas”. A fisioterapeuta de meu setor, saio do atendimento alguns dias para ficar lá. A Assistente Social, que é um apoio no meu setor, está à disposição o tempo todo. Essa ligação [com a CEPS] está aumentando. (Entrevistada I)

É nesse espaço que fica a coordenação, que é compartilhada por duas trabalhadoras, sendo uma delas com dedicação exclusiva e secretária executiva da CEPS. Destaca-se o apoio da gestão em ceder espaço físico e trabalhadores, em um contexto de muita dificuldade estrutural da unidade, assim, como de trabalhadores.

Eu vim para um setor e a princípio eu estava sozinha [hoje uma das coordenadoras da CEPS]. Depois com o apoio de uma colega, mas ela acabou migrando para um outro setor, porém também é coordenadora hoje. O que aconteceu foi que a agregamos pessoas ao setor. Hoje em dia a gente tem, uma técnica de nível superior, que é assistente social, compondo a equipe, a gente tem o secretário executivo da comissão, mas que compõe o setor. (Entrevista A)

A estrutura que foi disponibilizada é restrita e para as ações ou reuniões que tenham mais sujeitos envolvidos, por isso há necessidade constante de planejamento e busca de local adequado. Este fator gera uma certa “disputa” por espaço na unidade. Entretanto, nas entrevistas, isso não fica explícito como um empecilho para as atividades. Ainda assim é inegável que o sucateamento da unidade atrapalha o trabalho em geral, inclusive o da comissão.

Antes a gente até tinha esse espaço [para reuniões com número mais de pessoas], agora está interditado. [...] A gente tem um setor de Educação Permanente em Saúde e quando a gente tem que fazer as reuniões da comissão, se vê qual o espaço que abarca o maior número de pessoas. (Entrevista A)

Outro fator que aparece nas entrevistas é que embora essa comissão seja reconhecida formalmente dentro da unidade, esse reconhecimento formal não ultrapassa as paredes da unidade. Isso pode gerar uma preocupação na continuidade da comissão, sendo esta uma “ação” que consta no plano de ação anual da unidade. Corre-se o risco de no ano seguinte não ser parte das ações definidas como prioritárias.

No organograma da SES a parte do CRIDAC, não tem nada disso [CEPS] (Entrevistada A).

Ela [CEPS] aparece como uma ação da Coordenadoria técnica. Uma das ações da Coordenadoria Técnica (Entrevistada B).

Apesar de não estar no organograma da SES/MT e estar amparada apenas por uma portaria interna, existe uma divulgação das ações executadas ou em execução da CEPS. Em seu pouco tempo de atuação, a CEPS conquistou visibilidade. Alguns entrevistados relatam que há um reflexo de reconhecimento do desempenho da comissão por outras unidades de saúde da SES de MT, bem como, pela gestão e colegas da unidade.

Existe um reconhecimento. Inclusive a gente já foi em reunião de CIB, para falar sobre a comissão. Outras unidades têm vindo nos procurar, até por intermédio da escola de saúde pública, que a gente hoje tem uma cooperação técnica. Essa parceria com a escola é importante, então isso traz um reconhecimento da comissão (Entrevistada B).

Ela [CEPS] é reconhecida internamente, via portaria e toda essa documentação. Nosso plano de ação, a diretora sempre compartilha com a SES, para as secretarias correspondentes daqui. Para deixar amarrado, que a gente tem esse trabalho. Isso a gente tem, agora enquanto isso é oficial, isso ficou lá e a gente não sabe. Mas sabemos que a SES conhece o trabalho da comissão e que ela existe (Entrevistada A).

Têm algumas áreas [na SES/MT] que estão se sentindo motivadas a mudar [devido ao trabalho da CEPS do Cridac]. O desafio é a própria CIES, retomar isso, como um trabalho [de motivação]. A gente tem que começar a formar pessoas para poder ter continuidade nas ações. (Entrevistada J)

Um ponto negativo que foi bem evidenciado nas entrevistas é a falta de financiamento. Documentalmente, há o planejamento orçamentário para as ações que são definidas pela comissão, no entanto, não ocorre o acesso dos recursos que são previstos no Plano de Trabalho Anual do Cridac.

Todo ano a gente faz o PTA, Plano de Trabalho Anual. [...] PTA da Educação Permanente em Saúde do Cridac. Ele é feito, a gente tem até um recurso considerável. Se a gente conseguisse acessar conseguiríamos fazer belíssimas ações, porém, a gente não consegue nada, um real, e não é só da educação permanente (Entrevistada A)

Tudo que está sendo movimentado para instituição da comissão foi conseguido por parte da comissão, a Gestão maior não tem fornecido. A gestão maior quando eu falo é Governo, é Secretaria como um todo. (Entrevistada M).

Este fator além de um grande limitador no processo de planejamento, pois recursos financeiros sempre são necessários, e no caso da qualificação não seria diferente, pode ser um

fator desmotivador. Na CEPS, quando há a necessidade de algum recurso financeiro, é apresentando, como parcerias internas e externas.

Eu tive este desafio de pensar em educação permanente em saúde, mas sem conseguir acessar o recurso mesmo que seja previsto no PTA. A gente sabe que isso não é uma realidade só nossa, a gente não conseguiu [acessar o recurso]. O ano passado a gente conseguiu fazer muita coisa, mas em parceria. Parceria com a UFM, em parceria com a Escola de Saúde Pública, em parceria com a Residência Multiprofissional do HGU, UNIC [Universidade Particular]. (Entrevistada A).

Temos parceria com os trabalhadores do Cridac. (Entrevistada B)

Tudo a gente não consegue: questão de recurso; questão de atividade da unidade mesmo... às vezes estabelecer certas parcerias, já que aqui dinheiro disponível para a hora que necessita para fazer tal coisa, a gente não tem. (Entrevistada I)

Eles fizeram o levantamento de uma necessidade, com um planejamento, e para executar, o limitador foi a autonomia administrativa financeira da unidade. Tiveram de buscar parceria fora, inclusive buscaram junto a UNIVAG [Universidade Particular] espaço, até equipamento áudio visual que a gente banaliza, mas a gente precisa ter para fazer essas ações, isso também é um dificultador. (Entrevistada J)

No papel, no orçamento tem [financeiro], mas em relação com a situação que a SES se encontra, a gente fica extremamente limitado. Mas a gente tem essa prioridade, para nós a EPS é uma ferramenta de gestão. Uma ferramenta de gestão. Então uma ferramenta de gestão, ela precisa existir tecnicamente, administrativamente e financeiramente. Então por isso ela é inclusa no PTA com orçamento próprio. (Entrevistada D)

Alguns projetos estão ainda iniciando a sua construção. Vai ter uma reunião na próxima quinta-feira, também com o objetivo de tentar estimular as parcerias, porque verba não tem. (Entrevistada H)

Dois pontos positivos se destacam como uma resposta face à dificuldade de acesso ao financiamento. Identificar entre seus pares, conhecimentos e habilidades que poderiam atender às demandas que levantaram, e o planejamento de ações que fossem viáveis à execução. Assim, além da valorização de seus profissionais, a falta de recurso não foi um impeditivo de propor ações, o planejamento foi pensado considerando a sua viabilidade financeira.

Tem muita gente que tem vários conhecimentos, que vão contribuir nas ações. No primeiro momento pensamos nisso, porque nós não temos dinheiro para executar grandes ações e até mesmo para contratar profissionais para vir aqui também. Então nós vamos usar as pessoas daqui. (Entrevistada G)

Então a gente pensou assim: *vamos pensar em algo que seja viável.* Se colocar um curso que depende de ir para outro Estado, ou trazer alguém de

fora a gente vai cair na frustração. A gente tentou trabalhar dentro da nossa realidade de execução. (Entrevistada A)

Tem um projeto que a gente está querendo iniciar e a gente vai precisar de parceria. Só que na nossa área técnica de fisioterapia, todos os cursos que a gente quer, são pagos. Então eu vou tentar uma parceria com uma colega minha, para ela vir ministrar o conteúdo para gente, sem cobrar nada. Porque verba não tem. (Entrevistada H)

Houve vários cursos que essa comissão trabalhou. O que era mais palpável nesse momento, diante da situação econômica e de desestrutura física que eles estão sofrendo lá, o que era mais fácil para essa comissão, era trabalhar com processo de capacitação. Utilizar a ferramenta da capacitação, do processo de formação dos funcionários, e buscar a melhoria dos processos de trabalho. Então foi o que eles investiram. O que eles tinham governabilidade para executar. Essas pessoas que se capacitaram, viraram disseminadoras desse conhecimento nos seus setores, e fizemos outros cursos de capacitação que a equipe julgava necessária. (Entrevistada M)

De um modo geral, os trabalhadores estão envolvidos com seus “fazeres cotidianos”. Isso nos leva a entrar em um ciclo de “execução de tarefas”, num fazer semiautomatizado. Este ciclo se constitui em barreira para o processo de trabalho, podendo, no extremo, anular o planejamento, a formulação e apresentação de novos projetos e propostas de mudanças.

Com gestores e trabalhadores envolvidos com a proposta, e após a formalização da CEPS, foi identificada a necessidade de orientações sobre o “como fazer”. Quais seriam as próximas ações a serem implementadas? Assim, iniciaram-se os primeiros momentos de qualificação, provocada pela comissão.

Essa rotina do dia a dia que não deixava ninguém pensar e nem escrever aquilo que era feito. Então veio a proposta da oficina de elaboração de projetos. Para a gente ter um olhar diferente, de tudo aquilo que era desenvolvido aqui dentro. Cada um poderia fazer um projetinho simples (Entrevistada B).

O engajamento nas atividades da Comissão foi um critério disparador para vislumbrar a possibilidade de mudanças individuais e coletivas.

[...] quando participamos da comissão, a gente tem um pouco mais de esperança. Participamos dos projetos aqui dentro, participamos da Educação Permanente. Fiz o curso na Escola de Saúde [Escola Saúde Pública do Estado de Mato Grosso], isso mudou um pouco minha visão de ver as coisas (Entrevistada G)

O que se destaca de forma unânime e que perpassa todos os estágios de trabalho da comissão é a construção de um espaço em que as ações são definidas em um contexto reflexivo e democrático, tendo sido adotadas formas de organização das reuniões (oficinas) e métodos de mobilização (dinâmicas).

Para Feuerwerker (2014), tomar o mundo do trabalho como um meio de processo pedagógico e de aprendizagem para o trabalhador é partir de sua atuação profissional e incluir, por meio da educação permanente, no espaço institucional da gestão de atores reais, que colocam o ser fazer cotidiano sob a análise e intervenção constantes. Desta forma, o agir individual e coletivo destes atores é colocado em foco para a compreensão e problematização do seu próprio agir.

Assim, foi constituído um espaço físico, estruturado para o trabalhador reconhecê-lo como seu espaço de diálogo e decisões. Isso é recebido como algo muito positivo pelos trabalhadores que vinham perdendo essa possibilidade. Esse caráter participativo faz com que a comissão seja reconhecida e validada como instância para a mediação de interesses e propostas sobre EPS.

Tudo é feito em colegiado. Tudo é feito em discussão dos seus pares, dos seus grupos. Depois vem para discussão dentro da comissão. Então a gente faz reuniões semanais, reuniões mensais. [...] a gente propõe as ações desta maneira: faz oficinas usando as metodologias ativas, que é uma forma de provocar e entender que ele faz parte deste processo. A gente vem tirando as ações do que os atores trazem na reunião. A gente discute, propõe algumas dinâmicas para enxergar as prioridades (Entrevistada D).

Teve uma oficina para construção do plano de ação da comissão 2018. Nessa oficina foram convidados representantes da comissão e também trabalhadores que não faziam parte da comissão. Para nossa surpresa, participaram, tanto, membros da comissão, quanto trabalhadores que não faziam. E quando participaram da oficina, eles ficaram deslumbrados com a perspectiva de ser participativo nesse processo de construir, de planejar as ações educacionais, no olhar da coletividade. [...] A gente tem um setor de educação permanente em saúde que não pensa separado da comissão. Esse setor é acionado sempre pela gestão ou pelos trabalhadores, só que quem media qualquer situação que a gente precisa de uma decisão participativa é via comissão (Entrevistada A).

[Em uma oficina] feita a seguinte pergunta: *você se sente inserido nas ações de Educação Permanente em Saúde do Cridac?* E a maioria respondeu que sim. Então, de alguma forma esse trabalhador, se vê inserido na comissão. Seja, por uma ação que foi feita ali, uma socialização de um conhecimento que a gente fez via teatro, de um curso que participou em parceria com a Escola de Saúde Pública, de um projeto que desenvolveu junto às equipes de trabalho. Isso foi algo que deixou a gente muito motivada, enquanto setor para dar continuidade. Isso foi algo bem importante (Entrevistada A).

Esse formato de decisão e de alinhamento reflexivo-participativo não teria o mesmo sentido se no momento de priorizar as ações isso se desse de modo vertical. Existem algumas orientações de encaminhamentos para que haja uma organização conforme o objetivo e a governabilidade da comissão.

A gente geralmente marca reuniões. Nessas reuniões é que a gente vai tentado organizar o nosso plano de ação. Por exemplo: a gente vai tentar questionar sobre o plano de ação que a gente implementou no começo do ano (Entrevistada H).

As reuniões são bem colegiadas. Geralmente elas fazem algumas pesquisas junto às pessoas [...] No final do no passado elas fizeram uma espécie de enquete, prevendo o que seria prioridade de qualificação desse ano. Aquilo que tinha mais demanda ou que tinha elo de uma coisa com a outra, que foi se tornando prioritário. Não que o resto seja descartável, mas aquilo que abrangia mais servidores e que tinha um foco maior de trabalho, era prioritário (Entrevistada I).

O ano passado a gente fez um levantamento através de um formulário. Eles preenchiam uma sugestão de três capacitações, ações de educação permanente, que eles achavam importante. Lembrando a orientação de como que era para preencher, inclusive pensando, que não era para pensar no seu individual, mas no seu processo de trabalho. A gente teve o cuidado de tentar orientar para que tivesse aplicabilidade no serviço público. A gente compilou esses papeis e aí a gente foi para oficina. [...] A gente fez aquela nuvem de ideia no coletivo. Depois dos grupos temáticos, a gente foi separando e tentando priorizar aquilo que a gente conseguiu entender que tem uma abrangência mais institucional, do que muito setorial, ou que atendesse um grupo muito pequeno. A nossa ideia sempre foi dar prioridade do coletivo, para o individual. A terceira etapa da oficina é pensar na viabilidade, principalmente financeira. [...] A tomada de decisão é feita na oficina da comissão, mas com a presença de outros trabalhadores, **qualquer um que quiser, participa. Mas que ela vem com o olhar de todos os trabalhadores, todos tiveram a oportunidade de colocar os seus anseios** (Entrevistada A).

A mobilização é permanente em todos os momentos de trabalho da CEPS. Tanto nas reuniões regulares, quanto nos encontros nos quais se dão as ações de educação são utilizados diversos meios de convocação. Há também o objetivo de sensibilizar os trabalhadores para a participação. Usam-se desde as formas mais tradicionais, como cartazes coloridos até os atuais “de Whatsapp”. Entretanto, é o contato pessoal, direto, o “corpo a corpo” que produz mais efeito, pois traz a possibilidade do diálogo, do esclarecimento diante de questionamentos:

Para mim, o que dá mais resultado é você falar com a pessoa. É o corpo a corpo que a gente fala. Porque a pessoa pergunta: *Mas o que é isso mesmo?* E aí você tem a oportunidade de explicar. [...] A gente faz cartaz, a gente costuma fazer colorido, atrativo, para chamar atenção. A gente passa comunicado por WhatsApp, nos grupos que cada um tem. A gente tem um grupo de educação permanente que não é só da comissão, mas de qualquer um que quiser entrar nesse grupo de WhatsApp. Além disso, o corpo a corpo sempre está presente. [...] Dependendo a gente faz uns bilhetinhos mais carinhosos, com balinhas (Entrevistada A).

Whatsapp, cartãozinho nos murais, se tem algum informe maior vai por email (Entrevistada B).

Orientada por um plano de ação, a CEPS faz apresentação em reunião, aos seus membros e corpo gestor da unidade, de como foi o andamento das execuções das ações no decorrer do ano.

Final do ano a gente faz o relatório. A prestação de contas financeira do PTA (Entrevistada D).

Em 2017 nós fizemos um relatório, conseguimos executar eu acho que 60, 70% do plano de ação. Foi feita uma reunião que a gente apresentou as nossas estatísticas: do que foi cumprido; do que não foi cumprido; do que se deu para fazer; o que não deu para fazer. Geralmente tem essa reunião do final do ano, ou começo do ano, para apresentar quanto do plano de ação e se a gente conseguiu atingir em porcentagem (Entrevistada H).

Foi feita uma reunião devolutiva no final do ano passado, com uma apresentação em PowerPoint, via Comissão de Educação Permanente para todos os trabalhadores do Cridac e também para a diretoria da Escola de Saúde Pública, que a gente tem a Cooperação Técnica das ações que nós executamos. [...] A gente tem plano de ação, a gente vê se ele foi concluído ou não. Fez-se essa análise (Entrevistada A).

Mesmo com estes momentos de rever as ações que foram executadas, percebe-se que ainda não está plenamente estruturada a forma de avaliação e de análise das ações alcançadas. Ainda é necessária a construção de um instrumento que facilite a coleta e a apresentação de dados. É importante tanto o registro do processo de execução, quanto o planejamento das ações futuras.

Na verdade, eu acho que ainda o setor precisa sistematizar um pouco melhor essa compilação. Assim: quem fez; quantas pessoas participaram da ação... Não teve um instrumento formal. E não tem porque é tudo muito novo, foi o nosso primeiro ano, mas é algo que eu já tinha pontuado, que a gente tem uma necessidade de fazer, de documentar (Entrevistada A).

Falta um relatório de conformidade (Entrevistada B).

No entanto, quando questionados se as ações que foram executadas, foram as que o colegiado tinha apontado como prioritárias, nota-se que apesar dos entrevistados saberem da existência de resultados registrados, nem todos os membros acompanham essas informações. Todavia, aqueles que acompanham confirmam que o que é priorizado é executado. Percebe-se certa “indiferença” ou pouca valorização dos relatórios, reflexo de um “fazer profissional” de uma certa forma focado na definição de ações e na execução, acreditando que a etapa de monitoramento e avaliação, cabe aos setores administrativos, ou seria papel de outros atores.

Eu não sei explicar bem essa parte, mas as meninas da comissão, elas têm [os dados] (Entrevistada E).

Houve uma reunião de prestação de contas da comissão. Eles coloram tudo que foi do plano de ação. O que foi possível executar, o que fez de fora do plano ou não. Uma reunião de prestação de contas. Elas fizeram uma prestação de contas, mas eu não participei, então eu não sei te dizer o quanto elas conseguiram atingir do plano de ação. Mas o que é prioridade, é feito como prioridade (Entrevistada I).

Sim, executamos o que estava priorizado. Algumas coisas aconteceram no meio do caminho, que não estavam previstas no plano de ação e que acabaram acontecendo. Mas o que estava priorizado a gente executou (Entrevistada H).

Até onde eu acompanhei sim. O que era prioridade, foi executado uma boa parte. Tudo a gente não consegue (Entrevistada I).

Não estavam no planejamento e foram executadas. [...] Então, essas que foram planejadas vamos ver na reunião agora porque que ainda algumas não foram ainda executadas, nós estamos buscando executar essas outras ações. Porque tem várias ações que estão no planejamento. [...] De uma forma geral foram outras fora das priorizadas, eu acredito que, eu penso que essas que são as priorizadas, não aconteceram ainda por conta da questão de recursos materiais, elas requerem mais recursos, parceiros fora daqui do Cridac, isso não é fácil fechar, mais a comissão está correndo atrás (Entrevistada G).

5.3 É POSSÍVEL TRANSFORMAR OS SERVIÇOS DE SAÚDE E O AMBIENTE DE TRABALHO ATRAVÉS DA EPS? A PERCEPÇÃO DOS SUJEITOS

Passados pouco mais de dois anos de estruturação e funcionamento da CEPS, investigamos a percepção dos entrevistados sobre as mudanças ocorridas na unidade e a relação com as EPS. Diversos pontos foram destacados.

Nas entrevistas, são apontadas mudanças que passam pela resignificação do setor de educação, hoje conhecido pelos trabalhadores como o setor de Educação Permanente em Saúde. A recuperação e a valorização de seu papel bem como sua função junto aos trabalhadores e gestores apontam para a superação dos limites de atendimento à demanda de qualificação profissional, tornando-se, por meio da CEPS, uma forma de oportunizar protagonismo aos trabalhadores. Isso atingiu até mesmo os profissionais que já estavam voltados para a ideia de aposentadoria e que não tinham mais expectativas de se envolver com movimentos de transformações no trabalho.

Para mim mudou o olhar. Mudou o olhar e a aproximação dos trabalhadores com o setor. A gente fala hoje, que é um setor porta aberta. Hoje a gente vê, o movimento dos trabalhadores, vindo aqui dizer: *eu tenho uma ideia de fazer um projeto tal, uma ação tal* (Entrevistada A).

Antes aquela responsabilidade do pensar, era muito mais das pessoas que estavam dentro do setor, do que do trabalhador. Ele vem com essa nova

roupagem, do trabalhador estar junto pensando. Não é a gerência, não é a direção, não é o setor que pensa e planeja. Antes, era dessa forma, hoje não (Entrevistada B).

Eu percebo que hoje, em dia os servidores mudaram essa visão do setor. Eles procuram, tem confiança no setor. Qualquer problema que eles precisam no sentido de mudança no processo de trabalho, de alguma ação da instituição eles nos procuram, pedem ajuda, vem pesquisar na internet (Entrevistada C).

O setor de Educação Permanente em Saúde é extremamente visitado. Procuram, perguntam: *Isso aqui é da comissão? A gente vai propor pela comissão? A gente vai discutir isso ali, ou é só uma questão de gestão?* Esse movimento já começa a se ter dentro da unidade. Obvio que isso não é 100%, ainda tem muita gente adormecida. Achando que é o velho ditado ‘é fogo de palha, daqui a pouco apaga’ Não vai apagar, se Deus quiser, a gente não quer que apague de forma alguma (Entrevistada D).

Apesar de eu ser da área administrativa, eu tenho outros conhecimentos, vários conhecimentos que eu posso compartilhar. Eu, aprendo com eles. Toda instituição que tem a Educação Permanente, se faz em um trabalho de união, de troca mesmo (Entrevistada G).

Ela [CEPS], é um caminho porque a partir do momento que a gente se reúne em comissão se pensa as estratégias, pensa o plano de ação. Acho que quando a gente está em grupo a gente se fortalece. O plano de ação é um plano pensando no usuário, pensando no trabalhador, pensando na melhoria de todo mundo. Então, eu acho que sim, a comissão ela faz a diferença (Entrevistada H).

A fala inicial era: *eu já estou perto de me aposentar*. No final falou: *mas eu ainda posso mudar!* Ele entendeu que ainda podia colaborar. E era muita realidade assim, de vários: *Estou contando as horas de me aposentar*. Tinha gente desmotivada mesmo, chegava a fazer cara feia. Tipo: *que esse povo está falando aqui*. Depois com toda a modificação, conseguiram entender que eles eram fundamentais (Entrevistada L).

Em paralelo a reestruturação e a ressignificação do setor de educação, o próprio processo de qualificação do trabalhador que fomentado pela CEPS recebe um novo olhar, um novo formato. Isso ocorre no sentido metodológico, abrangendo a didática e a definição dos conteúdos e interesses de aprendizagem, que deixam de ser externos e verticais para serem internos, o que gera maior compromisso.

A gente sabia que queria aprender de forma diferente, não daquela forma: Eu vou para um curso, fico sentada o dia inteiro. Escuto, escuto e escuto. No outro dia eu esqueci a metade que eu escutei. A primeira coisa que a gente fez, foi um grupo de servidores, participar de um curso de metodologias ativas. A metodologia ativa foi contaminando seus pares (Entrevistada D).

Todo mundo antes, tinha percepção que processo de educação permanente era: ‘minha capacitação profissional’. Aquela minha solicitação individual e que tinha que se tornar coletiva. Tudo tinha que vir do Estado para cá, ou da instituição para cá. Não nos sentíamos responsáveis, ou corresponsável de investir em mim, como profissional e que eu era também responsável por

aquele processo. Hoje é muito legal de se ver aqui, as pessoas procurando plataformas do UNASUS, procurando outros instrumentos, bibliotecas virtuais por conta própria, ou vem procurar a Educação Permanente para saber (Entrevistada D).

A comissão veio por a gente para pensar mesmo. Aos poucos, essas pessoas que vem compor a comissão, ou que vem mesmo, sem ser membro participar das reuniões, eles têm um olhar diferente. Na abordagem do usuário, na relação com o colega, na busca do setor de Educação Permanente em Saúde. Posso dizer, que a grande maioria que está fazendo parte desse movimento, saíram diferente. Principalmente para quem fez as capacitações, que fez metodologia ativa (Entrevistada B).

A Educação Permanente em Saúde apresenta, dentre seus objetivos, provocar a modificação e melhorias dos processos de trabalho, a partir da visão e protagonismo do próprio trabalhador. No caderno orientativo do MS, “Caminhos para a Educação Permanente em Saúde”, que visa dar indicações para a implementação da PNEPS com vistas ao desenvolvimento para o SUS, reforça-se que a transformação e a gestão do trabalho em saúde não pode considerar apenas questões de cunho técnicos. Considera-se sua abrangência também nas mudanças das relações, nos processos, nos atos de saúde, e principalmente nas pessoas: “Essas são questões de natureza tecnopolítica e implicam na articulação de ações de saúde intra e interinstitucionalmente” (MS, 2004, p. 10).

Questionados se houve a percepção de alguma mudança ou melhoria no processo de trabalho na unidade a partir das ações desenvolvidas pela CEPS do Cridac, em algumas falas se destacam significativas mudanças no comportamento do trabalhador, que começa a interagir de menos individualizado e isolado aproximando-se também dos usuários.

Eu percebo que nos servidores, hoje em dia já temos aquele espírito de trabalhar em equipe. Principalmente, quem participou das capacitações que enfocava muito esse trabalho da equipe, da proatividade (Entrevistada C).

Principalmente com relação ao trabalho em equipe e não só dentro da própria equipe, mas equipes se relacionando mais, tentando fazer um trabalho mais integrador (Entrevistada A).

Eu nunca tive tanto projeto de integração entre setores e usuários. [...] mas a comissão tem um peso, sim, muito grande. Agregou muitas pessoas. Setores que eram isolados, como o setor de Arte Terapia, se integrava com a gente em algumas atividades, mas logo depois se isolava. Se integrava e se isolava. Hoje não, ela está integrada de fato (Entrevistada I).

Até mesmo nas reuniões quando tem da Educação Permanente em Saúde, o pessoal está indo mais. Um chama o outro. Antes eram menos pessoas envolvidas na comissão, agora tem mais. Mais servidores querendo, participando (Entrevistada E).

Nas entrevistas, também foi destacado que um dos reflexos do trabalho e das ações da CEPS concerne em resgatar a motivação entre os trabalhadores. Isto não se deu apenas com os membros da comissão, mas também com os demais trabalhadores que por terem contato os trabalhos, passaram a ter interesse, curiosidade, em saber o que estava acontecendo “de novo” e que mobilizava tantas pessoas.

Nas reuniões as pessoas procuram participar, até pessoas de fora da comissão. Este ano mesmo, teve duas ou três reuniões, que teve bastante gente que não é membro da comissão, que está participando, tem bastante procura. [...] eles estão procurando saber o que está acontecendo, quais são os movimentos que o setor está fazendo (Entrevistada C).

Lentamente as coisas estão acontecendo, mas eu acho que o maior ganho foi bombástico e rápido, vou a visão do servidor dentro do Cridac. As paredes estão ruindo, e nem por isso, as pessoas estão deixando de tentar crescer e isso veio da Educação Permanente em Saúde (Entrevistada I).

Estou motivada, eu tento motivar as pessoas. Tem dia que eu fico desmotivada também, mas eu encontro, outras pessoas e vamos nos motivando (Entrevistada G).

Quando a gente falava assim: *‘Vai ter uma capacitação, uma reunião’*, todo mundo corria, ninguém queria ouvir falar. Agora as pessoas elas estão vindo, estão procurando, estão começando a se sentir participantes e responsáveis (Entrevistada D).

Para Merhy e Franco (2009), a reestruturação produtiva em saúde é decorrente de mudanças no modo como se produz o cuidado e diversas são as suas determinações. Dentre elas, está a disputa de vários sujeitos ligados à área da saúde, com interesses distintos entre si, como os corporativos, burocráticos, políticos e de mercado. Entre os trabalhadores, o entendimento sobre o modo de cuidar de indivíduos e de populações disputa, no cotidiano, maneiras distintas de fazer saúde.

Para esses mesmo autores, essas mudanças e disputas voltam-se para a subjetividade dos profissionais, podendo determinar de uma certa forma características dessa reestruturação produtiva, e que neste aspecto, é centrada no trabalho que denominam como trabalho vivo em ato, “que pode direcionar-se pela centralidade nos atos de produção de vínculos, acolhimento, atos de cuidar do outro e responder ao mundo acerca de suas necessidades de saúde” (MERY; FRANCO, 2009. p. 348).

A mudança se reflete também na importância do trabalhador buscar informações teóricas, estudos que possam respaldar ou mesmo aprimorar o seu fazer profissional, a sua atuação junto ao usuário. O trabalhador está buscando referencial teórico, para refletir sobre as suas práticas e atualizá-las.

Percebo uma mudança bem importante ao longo desse um ano, que é a busca pela atualização científica. Não estou dizendo que não existia isso, mas de uma certa forma alguns servidores aqui, fundamentavam o seu processo de trabalho, naquilo que estava lá atrás. Isso se deu, pelo processo de entender, que a gente pode buscar às vezes um artigo científico novo. Que eu posso conservar com meu colega, que tem uma literatura nova, uma técnica, um procedimento. O quanto que eu tenho que entender, ouvir sim, qual que é a necessidade de saúde desse paciente, mas as técnicas, as tecnologias que eu estou utilizando, são suficientes para dar conta disso que ele me traz? Do que ele demanda? Então essa busca pelo conhecimento, eu acho que houve sim um movimento (Entrevistada A).

Neste movimento da CEPS de fomentar a reflexão a partir da prática, resgatou-se o propósito de tratar prioritariamente os seus usuários, pois todos destacam que é o bem-estar do usuário que dá sentido ao trabalho. São por eles que estão atuando em equipe e constituem uma rotina de trabalho. Desta forma, a Educação Permanente em Saúde traz a proposta de qualificar também a atenção, ou seja, os serviços de saúde oferecidos. Identifica-se assim, nas falas a intenção de pensar ações, que possam melhorar o serviço ao usuário.

Por exemplo, a Arte Terapia fez muitos projetos de qualidade de vida para a família dos usuários e para o usuário, e isso veio da comissão, nesse novo elo que se criou, as pessoas estão meio que renascendo (Entrevistada I).

Você vê que cada setor agora se planeja de acordo com a necessidade não do trabalho, mas do usuário. Em dar resposta, isso é diferente (Entrevistada J).

Há a percepção da intenção da CEPS e das pessoas que eles estão conseguindo agregar, para um trabalho de reestruturação de rede. Buscam definição de critérios para poder reorganizar o atendimento; o que é do nível de complexidade que eles têm; o que é a atenção básica; qual a intenção de capacitação dos servidores. Tudo isso, é pensando na melhoria da qualidade da atenção oferecida para o usuário (Entrevistada M).

Enquanto servidor a gente acaba ficando muito técnico. Na minha área, o paciente chegava aqui, [...]eu via aquele paciente com a lesão, eu não conseguia passar disso. Passei a enxergar, que de repente, a lesão é devido ao seu trabalho. Sabe, aquela coisa de abrir o leque e enxergar o macro! **Com o setor de Educação Permanente em Saúde, abre essa visão geral do ser humano.** [...] venho aqui hoje, com o objetivo de produzir de alguma forma, uma melhora na qualidade de vida de quem me procura e ponto. Eu consigo encerrar o meu dia feliz, o dia que eu percebo uma mudança, mudança funcional na vida de quem me procura. Então, isso é o que me basta (Entrevistada H).

As ações de educação permanente também alcançaram mudanças subjetivas que resultaram em mudanças objetivas. A mudança do modo como se percebia o usuário, o olhar para o usuário, foi gerando mudanças na rotina, nos processos de trabalho, que incluem as ações diretas com os usuários mais também outras atividades.

Tem muito servidor, que está na assistência, que mudou essa visão junto ao paciente. Estão procurando trabalhar diferente, principalmente quem está mais dentro da comissão. Tentam até mudar a visão de outros servidores, que não são tão participativos na comissão. Aquele trabalho de formiguinha, esse movimento se percebe (Entrevistado C).

É muito nítido. Desde a postura do colega, da forma de lidar com o usuário, a forma de lidar com os seus colegas. Da interação, de se sentir mais responsável, mais comprometido. Em um simples relatório se percebe a diferença, de como ele era elaborado, e como é hoje. Das formas dos diálogos nos corredores (Entrevistada D).

Propostas que há muito se tentava implantar no Cridac e que enfrentavam resistências, a partir da comissão, criou-se mais abertura ao diálogo. Logo, foi possível identificar, junto com o trabalhador formas de implementar melhorias nas ações do dia a dia.

Por exemplo, coisa que a gente quis fazer 5, 6 anos seguidos, a gente viabilizou agora, pela organização que tem a Educação Permanente em Saúde. Elas são muito organizadas, é um grupo muito coeso, muito bom. Os processos de trabalho, vem mudando constantemente (Entrevistada I).

Hoje está muito melhor. A pessoa chega aqui, ela vai para o acolhimento. Tem dois colegas que fazem a escuta diferenciada, humanizada. Isso é um movimento muito diferente. Por exemplo, quando fomos propor a primeira vez, para um dos colegas, que hoje faz o acolhimento com muita propriedade, você não tem ideia da reação dele: você escutava os berros de longe, não eram gritos, eram berros dele nesta sala aqui. Foi uma situação delicada. Ele gritava: *'vocês estão querendo me sacanear? Estão esquecendo que vocês são colegas? Agora que vocês são chefes querem me tirar do meu setor?'* E você o vê fazendo o acolhimento hoje... Isso é um avanço pequeno, que custou tempo, mas fazem diferenças absurdas (Entrevistada D).

Hoje não é só a equipe [da CEPS] que está na frente, que está desenvolvendo as ações. A gente percebe uma mudança no fazer no trabalhador. [...] Tive a oportunidade de conversar um pouquinho com a fonoaudióloga, o trabalho dela agora é outro. Ela não trabalha só a criança, ela trabalha a mãe, ela trabalha a família. Ela conseguiu olhar diferente para o trabalho dela. (Entrevistada J)

A comissão teve importância para ajudar os profissionais a não desprezar o que estava constituído até aquele momento, e ainda assim voltarem-se para algumas de suas rotinas, revisando instrumentos e até mesmo reforçaram a importância destes.

Conseguiu-se inclusive tabular o acolhimento em um formulário. Depois de tanta discussão, aprendizado, orientação da EPS, agente chegou nesse, que a gente sabe que não está perfeito, que daqui a pouquinho ele vai mudar de novo. A gente entendeu a importância de preenchê-lo, de não só verbalizar e orientar verbalmente, que a gente também precisa daquele dado. Que depois vai ser tornar uma informação, se bem trabalhada. Isso é um movimento muito diferente (Entrevistada D).

Por conta dessas mudanças, já se está conseguindo rever suas diretrizes assistenciais. Não pôr no papel, mas rever. Pensar naquilo pode ser melhorado. Não está em todos os setores, a gente não está conseguindo atingir os todos médicos. Mas eu tenho, 2 ou 3, que já estão bem inseridos na Educação Permanente em Saúde de alguma forma. Que participam de tudo que podem, trocam consultório particular, para poder se organizar e vir participar das atividades da comissão. São ganhos, e é lento (Entrevistada I).

Outro aspecto que foi apontado, ainda não tenha ocorrido uma mudança, em algumas falas que demonstram um incomodo com os problemas e a vontade de lidar com eles. Há, pelo menos uma certa mobilização para que, futuramente, se produzam melhoria nessas rotinas de trabalho.

Olha, diferente, bem diferente eu acho que não. São as mesmas rotinas, por mais, que essas rotinas estão sendo mais estudadas. Estão reunindo as equipes, para poder ver onde que está o problema. A Educação Permanente em Saúde está fazendo com a gente perceba os problemas, estamos tentando fechar como que nós vamos trabalhar isso aí, resolver essas situações (Entrevistada G).

Eu acho a comissão bastante importante aqui dentro do Cridac. Pelo menos, tem essa comissão, que está envolvida, tentando, buscando essa integração, essas ações para poder estar melhorando para gente no nosso dia a dia, o nosso trabalho. [...] Porque o que a gente quer, não é fácil. Você estar trabalhando todo dia, existem dificuldades de estrutura, isso e tudo mais. Mas a gente está buscando (Entrevistada E).

Infelizmente aqui, a gente ainda trabalha naquele sistema de caixinha. A gente ainda não tem a junção. A gente está querendo instituir uma equipe multidisciplinar no setor de ortopedia, mas o pessoal da ortopedia é difícil, porque fica cada um na sua parte. Essa é uma resistência grande de instalar essa equipe multidisciplinar, de atender melhor o usuário. Acho, que ainda temos, que melhorar nesse sentido (Entrevistada H).

Mudanças na relação com os usuários também são relatadas nas entrevistas e associadas aos efeitos das ações de EPS da comissão. Além do trato com os usuários, teve uma modificação do contexto de desânimo com a falta de incentivo financeiro e estrutura inadequada para o trabalho. Os entrevistados falam de um ambiente de “leveza”. Há um resgate de aspectos humanos, afetivos, seja enquanto usuário, ou enquanto trabalhador.

Uma mudança que eu percebi, hoje eu busco meu usuário lá fora, eu levo meu usuário lá fora: *vou acompanhar o senhor*. Às vezes, eu os levo até na porta do carro. Então essa atenção com usuário, isso muda. A troca dele também é diferente. Ele [o usuário] também vem mais carinho, mais acessível comigo. Esse carinho com o ser humano, foi uma mudança importante para mim. [...] Eu estou mais afetiva, fiquei um pouco mais afetiva, fazendo mais troca. Às vezes, isso parece tão banal, mas a afetividade entre os colegas de trabalho, também faz toda diferença na hora da produção. Eu acho que a EPS conseguiu mexer um pouco com o meu interior nesse sentido (Entrevistada H).

Na fala dos gestores, a instituição [Cridac] ficou mais acessível, até para buscar informações, não de resposta direta, mas a acessibilidade às pessoas, as informações ficaram melhores, ficou mais aberta. Parecia um núcleo duro, onde ninguém conseguia falar com ninguém. Não se tinha informação, agora isso está mais leve, mais transparente (Entrevistada J).

O que eu vejo muito marcante é como eram as nossas reuniões iniciais da comissão, e como as reuniões atuais são. A gente conseguiu mudar, de fazer um formato mais afetivo. É uma relação que tem um objetivo, que tem pauta, tem encaminhamentos. A gente trata dos problemas de uma forma mais leve (Entrevistada A).

Como um importante reflexo das mudanças que foram identificadas, encontra-se o fator do trabalhador se reconhecer e se assumir como protagonista no seu cotidiano, já que é possível ele mesmo poder apontar os problemas e indicar possíveis soluções, em contraste com a situação anterior em que se viam, em certa medida, excluídos de uma efetiva participação.

As reuniões anteriores, elas eram ainda muito com um certo distanciamento. Os membros estavam ali, mas ainda não compreendiam muito seu papel, e não entendiam que poderiam ter autonomia e protagonismo, o poder de participar. **A participação não era muito ativa, era uma reunião muito mais de ouvir a proposta.** Nesse movimento, ao longo de um ano, a gente vê que mudou bastante. [...] Esse acho, que é o grande impulso que a gente teve, grande modificação do olhar. Quanto eu posso fazer parte da solução? De buscar uma solução para isso, é que foi fundamental (Entrevistada A).

Antes as pessoas entravam quietas e saíam caladas [nas reuniões da CEPS]. Ia para ouvir o que era aquele movimento, o papel dele na comissão. Hoje alguns deles já conseguem ser o porta-voz daquilo que está acontecendo dentro da instituição e da comissão. A gente já vê reflexo desse vai e vem, tanto que, em algumas reuniões alguns vem participar para ouvir o que que a comissão tem para falar. Então para mim, isso é um processo de mudança em virtude da educação (Entrevistada B).

Por exemplo, por esse despertar, a reunião clínica hoje, não é mais uma lavagem de roupa suja. Eu acho que o grande diferencial foi esse, o despertar mesmo do servidor, e o resto vem acontecendo aos poucos (Entrevistada I).

Essa mudança, de um papel mais passivo para uma atuação mais participativa, também é acompanhada por uma atitude de pensar e apresentar possibilidades de melhorias que venham responder as suas problemáticas, levantando hipóteses, ideias, para melhorar a rotina de trabalho.

Ele consegue [o trabalhador], pensar: *a gente fazia isso antes, mas dá para fazer dessa forma.* A gente ouviu isso lá na Educação Permanente, no curso de metodologias ativas. Que a gente pode fazer diferente (Entrevistada B).

Romper essas barreiras do que hoje está certo, mas será que existe uma outra forma de fazer melhor? [...] As pessoas voltaram a olhar um pouquinho as suas práticas. Não só o fazer, só a assistência pela própria assistência, ou

pelo acolhimento, uma escuta qualificada ao usuário. Ela vai além disso (Entrevistada A).

Mas como eu sempre falo, o prédio novo não vai mudar o nosso processo de trabalho, nós temos que nos armar aqui com o processo novo. Não é um prédio novo, que vai modificar as nossas relações interpessoais, nossos processos de trabalho (Entrevistada G).

A partir do momento que se estabelecem alguns processos de trabalho, as entrevistas demonstram que há uma superação do personalismo, algo que foi forte na criação da CEPS. Ao ser reconhecer institucionalmente e com os resultados de suas ações, ela passa a ser vista como um caminho na busca de melhorias, que está além das pessoas que, no início foram responsáveis pela mobilização que viabilizou a criação e o trabalho da CEPS.

[...] a semente vai ficar. Vai continuar gerando o que tinham proposto lá no início. Que na verdade era uma concepção maior. E a gente espera que isso permaneça. Eu vejo que isso se tornou, através do movimento dessa comissão, reponsabilidade de todos (Entrevistada L).

Esse é nosso desafio, que nem todo mundo consegue. Elas conseguiram formar pessoas dentro da instituição, as pessoas vão continuar desenvolvendo as ações (Entrevistada J).

O mais importante, é que as vezes as pessoas acham que isso não é trabalho. Isso é muito trabalho. Eu levo um texto para casa, eu tenho que estudar esse texto, tem que ter equilíbrio. Eu tenho que trabalhar, eu tenho que sair fora do horário, eu tenho que treinar, tenho que me doar. Então é trabalho. Mas tem colegas, que as vezes não compreende isso, mas não tem problema. Com o tempo as pessoas vão se engajando e vão entendendo que é necessário. Só depois de uma ação que a pessoa vê: *poxa, ela estava realmente trabalhando* (Entrevistada G).

Pessoas que estavam distantes das equipes, por conta de estarem na comissão, assumiram novamente o seu papel na instituição, não só no atendimento, mas enquanto servidor da instituição. Porque cumprir carga horária e atender pacientes é muito simples, precisa se envolver com a instituição, é diferente (Entrevistada I).

A CEPS está ajudando na organização do processo de trabalho em um setor que antes era uma gerência. Essa gerente, veio pedir apoio, para o setor de Educação Permanente em Saúde, para ajudar o setor a pensar seu processo de trabalho. A gente está fazendo parceria (Entrevistada B).

O trabalho que a comissão desenvolveu, desde a mobilização até à execução de algumas de suas ações, proporcionou maior visibilidade entre os setores e entre os trabalhadores. Amplia-se o olhar para fora do seu fazer profissional, conhecendo e reconhecendo o trabalho do colega, a tal ponto que a possibilidade de fazer diferente, é percebida fora da unidade.

Teve um olhar diferente a partir do momento que a gente começou a divulgar aquilo que cada um fazia. Por exemplo, o boletim, ele veio muito contribuir para isso, a gente divulga aquilo que cada um está fazendo, e se consegue observar e pontuar coisas que ali dentro não eram vistos (Entrevistada B).

E elas impulsionaram [outras unidades da SES/MT], porque o Hemocentro já está trabalhando nessa linha. A própria Escola de Saúde, viu que tinha que ultrapassar os muros, que os trabalhadores da Escola tinham que parar de ficar na Escola esperando para formar e entenderam que tinham que sair da Escola. [...] E a Superintendência de Controle e Avaliação que ainda está tentando. Então têm algumas áreas que estão se sentindo motivadas a mudar, isso é bom. Isso também é um desafio para a própria CIES, retomar isso, [de estimular as unidades] como um trabalho (Entrevistada J).

A valorização do ensino surge também como modo de aproximação de instituições de ensino, no caso a Escola de Saúde Pública do MT. Isso é importante, pois ajuda a criar o quadrilátero da EPS, na qual o ensino, o serviço gestão e o controle social deveriam estar integrados. Nas entrevistas, vimos que a comissão é percebida com um elo que traz a reflexão do processo de formação do trabalhador e do serviço da unidade.

Uma das coisas que a CIES sempre tenta fazer, que é agregar a questão do ensino e o serviço. A importância do ensino, e a prática de Educação Permanente em Saúde, com o serviço (Entrevistada L).

O Cridac, depois que terminou o curso [especialização em Gestão do Trabalho e Educação em Saúde na ESP/MT] solicitou uma assessoria da Escola, especificamente de mim e de outras pessoas que foram professores desse módulo de Educação Permanente em Saúde, para continuidade de trabalho dessa Comissão (Entrevistada M).

Essa parte do estudo nos permite dizer que os profissionais entrevistados veem desdobramentos objetivos da comissão de educação permanente em saúde sobre o processo de trabalho e sobre as diversas relações. São identificadas mudanças em vários níveis: nas relações afetivas, na possibilidade de pensar problemas e soluções na coletividade e não isoladamente, na valorização do ensino e de parcerias, atingindo práticas do cotidiano da atenção, no vínculo com o usuário e nas práticas de participação, ou seja, na relação com o Cridac.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em sua formulação, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) se propunha a apresentar uma base conceitual e indicar caminhos para as demandas de formação do trabalhador da saúde no SUS. O entendimento é que isso traria reflexos sobre os serviços, melhorando a qualidade da atenção aos usuários. Uma das ideias mais presentes é que os processos de EPS partissem das situações vivenciadas na realidade dos serviços e articuladas às necessidades dos municípios para o estado e posteriormente à união. No estado de Mato Grosso, é notório que esse processo de diálogo e a construção dessas práticas estão, em certo grau, presentes nos municípios e nas regiões de saúde.

Embora tanto teoricamente no campo da saúde, como nos desenhos de políticas, as ideias e propostas sobre EPS estejam presentes, é inegável que, no Cridac, a criação de uma comissão de educação permanente esteve fortemente vinculada aos propósitos, à determinação e à ação de uma trabalhadora específica, a partir da qual essas ações se expandiram para os espaços institucionais e para os demais colegas.

Na criação da comissão, houve um encontro de intenções de trabalhadores em hierarquias diferentes: a nova diretora do Cridac é uma trabalhadora que retornou à unidade. Trata-se de uma servidora pública de carreira, há muitos anos com atuação no Cridac e conhecedora do contexto geral da unidade, tanto das facilidades quanto das dificuldades e de necessidades ligadas ao processo de trabalho e de formação. Por convite desta diretora, retorna à unidade, também uma servidora de carreira, que já tinha vivenciado, um período de atuação profissional no Cridac e, por isso, dispunha de certo conhecimento da realidade do serviço. Fora a particularidade de serem trabalhadoras concursadas, em ambas havia o desejo de reativar o setor de Educação, que naquele momento estava em descrédito. Esse encontro de intenções facilitou um ponto que identificamos como primordial: o apoio da gestão da unidade. A associação entre este apoio e o conhecimento de ambas facilitou a imersão da servidora nos setores e o contato com os respectivos trabalhadores. Diálogos e trocas de ideias aconteceram informalmente. Este singelo, porém, minucioso contato com cada trabalhador e com o corpo gestor dos setores foi um passo importante para o processo de mobilização da unidade que veio a acontecer depois.

O protagonismo desta trabalhadora, inclusive nas ações que geraram o envolvimento de seus colegas, teve como ponto de partida o seu próprio processo de qualificação, ocorrido no curso de especialização que tinha como requisito de conclusão a apresentação de um projeto de intervenção. A construção de um projeto de intervenção foi um argumento concreto

para a formalização da CEPS, junto à Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso. A pessoa que passa por qualificação formal, normalmente além de se atualizar e rever sua atuação profissional, também recebe uma certificação. No caso estudado, é demonstrado que a formação do trabalhador pode se refletir em propostas para melhorias em seu processo de trabalho e de seus colegas, companheiros de trabalho. Este fator reforça a importância de processos formativos que provoquem/disparem diálogos, propostas e encaminhamentos a partir da realidade. Para o SUS, são primordiais as técnicas e habilidades, mas também é crucial que aconteçam processos formativos, que reflitam a complexidade relacional, que é o mundo do trabalho, e as demandas que o SUS apresenta.

O estudo deixou claro que o elemento que no início trazia maior dificuldade, e que teria que ser enfrentado era a desmotivação presente entre nos trabalhadores do Cridac. Contudo, essa desmotivação também foi o disparador para os encontros entre estes trabalhadores, na busca por construir, coletivamente, um novo ambiente de trabalho. Este era um desejo presente em todos: a melhoria do fazer profissional, que poderia refletir em qualidades de serviços aos seus usuários. Essa desmotivação não era algo particular do Cridac, e sim um reflexo do que foi relatado (e observado) como um sucateamento das unidades públicas. É como se esse descaso penetrasse nas paredes do prédio, que parece definhar a cada dia. O seu fazer profissional também parecia se degradar naquela estrutura física, onde ele permanecia por 30/ 40 horas semanais.

A partir de um olhar mais distanciado, podemos identificar um movimento em que visualizamos: o protagonismo individual; a ampliação para o crescente envolvimento de vários sujeitos; a formalização da CEPS através de uma portaria interna. Assim, o desejo e a intenção de realizar se tornou parte dos processos de trabalho de quase totalidade dos trabalhadores do Cridac. A instituição da comissão de educação permanente, orientada pela PNEPS, trouxe a proposta de colocar o trabalhador como sujeito capaz de refletir sobre suas ações e sobre o conjunto de relações de trabalho, de planejar e executar ações que poderiam atender aos seus desafios, analisados a partir do cotidiano de trabalho.

Não por acaso, a proposta recebeu em sua “casa” uma organização da ONU, a UNOPS que, conveniada com o estado, foi acolhida com receio, pois a organização, estando de “passagem”, apontaria os problemas e os caminhos que o Cridac deveria seguir. Assim, no mesmo momento em que os trabalhadores recebem a proposta de aguardar o “socorro de terceiros”, surge a proposta de retomar o seu protagonismo. Escolheram retomar o protagonismo e se envolveram de fato, como demonstrou a pesquisa.

O aspecto de construção pelo coletivo dos trabalhadores se fez presente desde os primeiros passos do processo de formulação e organização da comissão. Todos puderam expor seus anseios e desejos e democraticamente definir, o modo como organizar a comissão. Fizeram-se ouvir e refletir em conjunto, característica esta que reforçou o sentimento de pertencimento à CEPS. Logo o setor de formação deixou de ser apenas um setor para representar uma possibilidade dos trabalhadores tratarem do seu cotidiano de forma reflexiva e construtiva. É neste momento que acontece um reconhecimento dos trabalhadores, enquanto agentes que podem em conjunto problematizar a sua realidade de atuação e vislumbram possibilidades de melhorias.

A CEPS está iniciando o seu terceiro ano de atividade, se sustenta e promove suas ações, muito fortemente ligadas à motivação de cada trabalhador, à valorização de seus conhecimentos, habilidades técnicas e parcerias. A falta de recursos financeiros para viabilizar as ações da CEPS é constante. Com financiamento nulo, é necessário contar com parcerias. Estes fatores trazem uma questão preocupante: até quando a CEPS irá conseguir se sustentar, se sua manutenção depende basicamente dessa motivação? Talvez possamos tratar essa pergunta, como o maior desafio que a comissão tenha que superar de imediato.

A CEPS é majoritariamente composta por trabalhadores e gestores. Não há participação, através de indicação formal, de representação dos usuários e das instituições de ensino. Assim, o quadrilátero da formação, preconizado pela PNEPS, não se faz completo. Este fator não reflete o descaso ou a desvalorização destes componentes por parte da comissão. Estes são identificados como de extrema importância, porém, reconhecem como desafio maior incluir o usuário nas ações da comissão. Dificuldades de participação do usuário nas instâncias legais de diálogo e pactuação dos serviços públicos é um aspecto nacionalmente problemático.

A comissão se estrutura muito fortemente sobre o eixo do trabalhador com apoio limitado da gestão. Essa limitação está relacionada à falta de tempo, dadas às demandas com as quais a gestora lida no dia a dia. É limitada também pela unidade não contar com autonomia financeira, o que gera uma barreira na execução das ações, mesmo que elas tenham sido planejadas em conjunto com todo o corpo administrativo e de trabalhadores. Este fator pode representar uma “armadilha” que deixa o trabalhador em “cheque”. Se a CEPS apresentar bons resultados, é vencedora. Em caso negativo, será taxada de incompetente, perdedora. Em um contexto complexo como o que envolve o SUS, há níveis de responsabilidades distribuídos entre as várias organizações, perpassadas por diversos aspectos

que interferem nos processos locais: fluxos, normas, hierarquias, orçamentos/financiamento, processos burocráticos, condições e relações de trabalho...

A história do SUS demonstra que as suas normativas são atravessadas por interesses, às vezes, conflitantes. Não podemos negar a importância que o trabalhador da saúde tem no SUS, todavia, não se pode colocar sobre o trabalhador a responsabilidade absoluta sobre o sucesso de determinadas políticas, que se dão em um sistema complexo, parte de uma estrutura social, política e econômica conflituosa.

A CEPS elabora suas ações a partir da problematização do cotidiano. Busca, pela vivência de cada setor, de cada trabalhador, identificar quais os caminhos possíveis e viáveis. Considerando que em menos de 2 anos a comissão vem executando ações, o estudo nos mostra que ainda não focalizam, como prioridade, o controle e avaliação, das ações executadas. Não podemos negar que ao trabalhador “da ponta”, aquele que atua diretamente com o usuário, tem como prioridade, de fato o atendimento à pessoa que é o cuidado. Contudo, também não podemos negar a importância da utilização de instrumentos de controle e avaliação que podem, sem dúvida, trazer informações sobre o perfil das ações do próprio serviço, bom como trazer informações sobre qualidade e ser uma ferramenta concreta, tanto para o gestor, quanto para auxiliar na participação do trabalhador e do usuário.

O cenário nacional de desmonte das políticas públicas com ausência de recursos financeiros e estrutura física inadequada não foi impedimento para que os trabalhadores do Cridac, por meio da CEPS, superassem os ‘muros’ de cada trabalhador que acreditou e se permitiu tentar mais uma vez. Como uma onda que se erradia, esses trabalhadores tocaram a si, aos colegas e a outras unidades de saúde em Mato Grosso, trazendo um novo olhar para as dificuldades que os consumiam a cada dia de trabalho.

Nenhuma tecnologia até hoje foi o suficiente para substituição do ser humano. Na saúde, o trabalho vivo é ainda mais importante mesmo que haja, em diversos níveis, uma reestruturação do trabalho. A educação permanente em saúde deve estar a serviço dos trabalhadores nessa busca por melhorar, se reinventar, diante das necessidades da área da saúde.

7 RECOMENDAÇÕES AO CRIDAC

- Implementar ações de mobilização junto ao Secretário Adjunto de Serviços de Saúde e Secretário Adjunto de Finanças e Convênios da SES/MT, na busca de sensibilização e acesso a mais recursos financeiros;
- Fazer estudos que sistematizem os resultados que as ações da comissão alcançaram, mostrando os inúmeros resultados positivos, para subsidiar as articulações políticas, a gestão cotidiana e a participação dos trabalhadores;
- Elaborar o Plano de Ação, com objetivos e metas de curto, meio e longo prazo;
- Distinguir as ações primordiais à melhoria do serviço, mas que não contam com recurso financeiro. Caracterizar essas ações, estimando custo;
- Compor uma equipe, em conjunto com a direção do Cridac, para implementar as ações de articulação direta com a SES;
- Enquanto não houver representação de usuários na CEPS, buscar a Ouvidoria Setorial, que possui um canal de comunicação com o usuário em cada unidade e setor da SES/MT, como forma de obter dados para auxiliar os trabalhos da comissão;
- Aproximar-se das organizações sociais em funcionamento no estado de Mato Grosso, que defendem os direitos da pessoa que necessita de reabilitação da saúde, a fim de apresentar a CEPS e convidar para participação de reuniões com vistas a integrar, posteriormente, a comissão;
- Apresentar a CEPS, seu objetivos e ações, para as instituições de formação que já tiveram ações em parcerias com a comissão, assim como, à coordenação do Curso de Graduação em Saúde Coletiva da UFMT, coordenação da UNIVAG e UNIC. Ressaltamos que o convite pode se estender aos alunos das graduações, considerando, que serão os futuros profissionais da saúde;
- Incluir na pauta de reuniões de CIB/MT, no espaço destinado ao Cridac, informes da CEPS. Assim, sempre que possível, a comissão poderá apresentar ao corpo gestor da saúde de Mato Grosso, o seu planejamento e seus resultados. Desta forma, para além da simples divulgação, haverá o registro de atuação em um espaço democrático de pactuação do SUS, com o aval deste colegiado;
- Intensificar a aproximação junto à CIES Estadual, tanto para a divulgação das ações da CEPS, quanto para o apoio técnico à comissão e auxílio ao acesso ao recurso financeiro;

- Construir instrumentos para o controle e avaliação das ações. Buscar parceria com a ESP/MT;
- Criar e alimentar um banco de dados com o registro das ações que vêm sendo executadas e que serão executadas. Levantar o quantitativo, perfil dos profissionais e ações que foram executadas. Constituir indicadores, criando uma fonte consistente para divulgação da importância, permanência e incentivo à comissão.

REFERÊNCIAS

ABRASCO. **Diretrizes Aprovadas nos Grupos de Trabalho ou na Plenária Final da 15ª. CNS. “Saúde Pública de Qualidade para Cuidar Bem das Pessoas: Direito do Povo Brasileiro”**, Brasília, 2015. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2016/01/Relat%C3%B3rio_Diretrizes_15CNS.pdf> Acesso em: 20 abr. 2018

ALVES, Z.M.M.B.; SILVA, M.H.G.F.D. Análise qualitativa de dados de entrevista: uma proposta. **Paidéia**, Ribeirão Preto, n. 2, fev.-jul. 1992. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X1992000200007> Acesso em: 20 abr. 2018

ANJOS, V.L.H. **As ações desenvolvidas pelo Polo de Educação Permanente em Saúde de Mato Grosso no período de 2003 a 2007**. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva da UFMT, Cuiabá, 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**.

_____. Presidência da República Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº. 7.508 de 28 de Junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm> Acesso em: 20 abr. 2018

_____. Presidência da República Casa Civil. **Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937**. Dá nova organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública, 1937. Disponível em: <www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1930-1939/lei-378-13-janeiro-1937-398059-publicacaooriginal-1-pl.html#marcacao-conteudo-portal> Acesso em: 20 abr. 2018

CAMPOS, G. W.S.; CAMPOS, R. T. O. Gestão em Saúde. **In: Dicionário da Educação profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 231 – 235, 2009

CAVALCANTI, F.O.L.; GUIZARDI, F.L. Educação Continuada ou Permanente em Saúde? Análise da Produção PAN-Americana da Saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16 n. 1, p. 99-122, jan./abr. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v16n1/1678-1007-tes-16-01-0099.pdf>> Acesso em: 20 abr. 2018

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Revista Interface Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 161-178, set. 2005. Disponível em: <<http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/educacaopermanente.pdf>> Acesso em: 10 jan. 2017.

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**, v. 14, n. 1, p. 41-65, mai. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>>. Acesso em: 06 jan. 2017.

COSTA, N.R.; LAMARCA, I. Os Governos FHC e Lula e a política para a força de trabalho civil do Governo Central Brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1601-1611, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2013.v18n6/1601-1611/pt>> Acesso em: 20 abr. 2018

CUNHA, J.M. **O desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde no Estado de Mato Grosso**. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Ciências Humanas e Sociais da UFMT, Cuiabá, 2014.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação In: MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ, 2002. p. 52-66

DAVINI, M.C. Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** [Internet]. Brasília, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf> Acesso em: 06 jan. 2017

FEUERWERKER, L.C. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FRANCO, T.B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Comunic, Saúde, Educ**, v. 11, n. 23, p. 427-38, set.-dez. 2007.

FREIRE, P. **Ação cultural para a liberdade: extensão ou comunicação?** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1971. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

FURTER, P. **Educação e vida**. Coleção: Educação e tempo presente. Petrópolis, RJ, 1970.

_____. O planejador e a educação permanente. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 27, p. 75-99, dez. 1978. Disponível em: <<http://publicacoes.fcc.org.br/ojs/index.php/cp/article/view/1731/1715>> Acesso em: 15 jul. 2018.

GADOTTI, M. **Pedagogia da Práxis**. São Paulo: Editora Cortez, 1998.

GADOTTI, M. Trabalho e educação numa perspectiva emancipatória. In: **II Fórum Mundial de Educação Profissional e Tecnológica**. Democratização, emancipação e sustentabilidade. Florianópolis, SC, 2012.

GIL, A.C. Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GOHN, M.G. Educação não-formal, participação da sociedade civil e estruturas colegiadas nas escolas. **Ensaio: aval. pol. públ. Educ.**, v. 14, n. 50, p.27-38, mar. 2006.

KLEBA, M. E.; KRAUSER, I.M.; VENDRUSCOLO, C. O planejamento estratégico situacional no ensino da gestão em saúde da família. **Texto Contexto Enferm, Florianópolis**, v. 20, p. 184-93, Jan-Mar 2011.

KUEZER, A.Z. Conhecimento e competências no trabalho e na escola. **Boletim técnico do Senac**, v. 28, n. 2, p. 2-11, 2002. Disponível em: <http://servicos.educacao.rs.gov.br/dados/seminariointernacional/acacia_kuenzer_conhec_compet_trab_esc.pdf> Acesso em: 15 jul. 2018.

LIMA, J.C.F. Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. In: FIDÉLIS, C.; FALLEIROS I. (Org.). **A Política Nacional de Saúde nos anos 1990 e 2000: na contramão da história?** – Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010. p. 277-310.

MACEDO, N.B.; ALBUQUERQUE, P.C.; MEDEIROS, K.R. O desafio da implementação da educação permanente na gestão da educação na saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 379-401, ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198177462014000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 jul. 2018.

MACHADO, M.H; OLIVEIRA, E.S; MOYSES, N.M.N. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. O trabalho em saúde: Abordagens quantitativas e qualitativas. In: PIERANTONI, C.; POZ, M.R.D.; FRANÇA, T. (Org.). **O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. Rio de Janeiro: CEPESC,UERJ, 2011. p. 103-116 Disponível em: < <http://www.ensp.fiocruz.br/observarh/arquivos/TendenciasTrabalho.pdf> > Acesso em 15 fev. 2017.

MANCIA, J. R. et al. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.57, n.5, p. 605-610, out. 2004 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a18v57n5.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2017.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Trabalho em Saúde. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. (Org.). **Dicionário da Educação profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. p. 278-284 Disponível em: < http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Trabalho_em_Saude_ts.pdf>. Acesso em: 03 out. 2017.

_____. _____. Reestruturação produtiva em saúde. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. (Org.). **Dicionário da Educação profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. p. 348-352 Disponível em: < http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Trabalho_em_Saude_ts.pdf>. Acesso em: 03 out. 2017.

MÉSZAROS, I. **A Educação para além do capital**. São Paulo: Boitempo, 2008.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do Conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Recursos Humanos, Ministério da Saúde. I Conferência Nacional de Recursos Humanos Para a Saúde: **Relatório Final**. Brasília 1986.

_____. Comissão Nacional de Reforma Sanitária, Ministério da Saúde. **A questão dos Recursos Humanos e a Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro 1987.

_____. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. **A investigação sobre recursos humanos em saúde**. Brasília, 1993a.

_____. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. **A questão dos recursos humanos nas Conferências Nacionais de Saúde (1941-1992)**. Brasília 1993b.

_____. Secretaria Executiva, II Conferência Nacional de Recursos Humanos Para Saúde. **Relatório Final**. Brasília 1993c.

_____. **Portaria nº 545 de 1993** – Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01, 1993d. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html> Acesso em: 02 fev. 2017.

_____. **Portaria MS nº 1996 de 2007** - Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF, 1996. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html> Acesso em: 02 fev. 2017.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a NOB/RH-SUS** (incorporadas às diretrizes aprovadas na 11.a Conferência Nacional de Saúde). Brasília 2001.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: polos de educação permanente em saúde**. Ed. MS, Brasília, DF, 2004a.

_____. **Portaria MS nº 198 de 2004** - Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências, Brasília, DF, 2004b. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>> Acesso em: 2 fev. 2017.

_____. **A Educação Permanente entra na Roda. Polos de Educação Permanente em Saúde**. Conceitos e caminhos a percorrer. Ed. MS, Brasília, DF, 2005.

_____. **Portaria nº 399/GM** de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. 206. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf> Acesso em: 2 fev. 2017

_____. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da 14ª. CNS. Todos usam o SUS SUS na Seguridade Social Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro. Brasília. 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/img/14_cns%20relatorio_final.pdf> Acesso em: 2 fev. 2017

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 563**, de 21 de maio de 2013. Publica os municípios aptos a receberem os incentivos financeiros destinados ao custeio mensal dos serviços de Oficinas Ortopédicas Fixa para manutenção e adaptação de órteses, próteses e materiais especiais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 maio 2013. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oinisterio/principal/secretarias/sas.>> Acesso em: 2 fev. 2017

PAIM, J.S. **O que é o SUS**. Coleção: Temas em Saúde. Editora Fiocruz, RJ, 2009.

PASCHOAL, A. S. et al. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Rev Esc Enferm USP**, v.41, n.3, p. 478-84, 2007. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/742.pdf>> Acesso em: 15 mar. 2017.

PEDUZZI, M. et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface - Comunic. Saúde, Educ.**, v. 13, n. 30, p. 121-34, jul.-set. 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/icse/2009.v13n30/121-134/pt>> Acesso em: 30 mar. 2017.

PIERANTONI, C.R. et al. **Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde**. Políticas de gestão do trabalho e da educação no Brasil. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS; UERJ: ObservaRH, 2012.p. 31-65

PINHEIRO, M.C.; WESTPHAL, M.F. ; AKERMAN, M. Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 449-458, mar.-abr. 2005. Disponível em: <http://www.gruponitro.com.br/atendimento-a-profissionais/%23/pdfs/artigos/saude_coletiva/equidade_em_saude.pdf> Acesso em: 30 mar. 2017.

PIRES, D.E. Precarização do trabalho em saúde. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. (Org.). **Dicionário de Educação profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

PONDÉ, M.P.; MENDONÇA, M.S.S.; CAROSO, C. Proposta metodológica para análise de dados qualitativos em dois níveis. **Hist. cienc. saúde**, v. 16, n. 1, p.129-143, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702009000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 mar. 2017.

ROJAS, F.L.L. **Cuidado e conhecimento: passos da educação aos caminhos da aprendizagem em saúde**. Cuiabá-MT: EdUMFT, 2018.

SANTOS, N.C. **Análise da Política de Educação Permanente em Saúde para o SUS de Mato Grosso**. Pesquisa do CNPq – Ministério de Ciência e Tecnologia, 2015.

SAYD, J.D.; VIEIRA JUNIOR, L.; VELANDIA, I.C. Recursos humanos nas Conferências Nacionais de Saúde (1941-1992). **Physis**, v. 8, n. 2, p.165-195, 1998.

SES-MT. Centro Integral de Reabilitação Bom Aquino Corrêa. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/cridac/pagina/186/historico-do-cridac>> Acesso em: 30 mar. 2017.

_____. Polo de Educação Permanente em Saúde. Disponível em:
<<http://www.saude.mt.gov.br/escola/pagina/313/polo-de-educacao>> Acesso em: 30 mar. 2017.

SILVA, C.C. Revisitando a Formação de Recursos Humanos de Saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 13, n. 3 p. 23-30, 2009.

SMAHA, I.N.; CARLOTO, C.M. **Educação Permanente: da pedagogia para a saúde**. Universidade Estadual de Londrina, 2011.

VALLE, L.A.B. Educação. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. (Org.). **Dicionário da Educação profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. p. 143- 150

VALENTE, A.M.S.L. **Operacionalizações das ações da Comissão de Educação Permanente em Saúde do Centro de Reabilitação Dom Aquino Corrêa**. Projeto de Intervenção – Escola de Saúde Pública de Mato Grosso, FIOCRUZ, Cuiabá, 2017.

VIEIRA, M. Recursos humanos em saúde. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. (Org.). **Dicionário de Educação profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

_____.; CHINELLI, F.; LOPES, M.R. L. O trabalho e a educação na Saúde: a questão dos “recursos humanos”. In VIEIRA, M. et al. **Para Além da Comunidade. Trabalho e Qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde**. Rio de Janeiro, EPSJV/Fiocruz, 2011. p. 79-117. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&Tipo=8&Num=182>> Acesso em: 30 mar. 2017.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA COORDENAÇÃO E SECRETARIA DA CEPS

1) Institucionalização do CEPS do CRIDAC:

- a) Como nasceu a ideia de instituir uma Comissão de Educação Permanente em Saúde no CRIDAC?
- b) Como foi o seu processo de institucionalização, ou seja, como foi se tornando oficial?
- c) Nesse processo quais os fatores que você reconhece que facilitaram a implantação da CEPS?
- d) E quais fatores você diria que dificultaram a implantação da CEPS?
- e) O que particularmente lhe fez participar do processo de institucionalização da CEPS do CRIDAC?

2) Estrutura para funcionamento:

- a) Há um espaço e estrutura física para o funcionamento do CEPS do CRIDAC? Esta realidade é um facilitador ou dificultador das ações?
- b) A CEPS é reconhecida formalmente tanto no CRIDAC, quanto pela Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso? Se sim de que forma. Tem algum tipo de financiamento?
- c) A CEPS do CRIDAC possui regimento/estatuto? Se sim, este é reconhecido pelo CRIDAC e pela SES/MT?
- d) Existem cargos na CEPS do CRIDAC? Quais? Há remuneração específica de cargos?

3) Dinâmica de funcionamento:

- a) Quem são os componentes da CEPS do CRIDAC?
- b) Como se deu a indicação dos membros do CEPS do CRIDAC?
- c) Desde sua primeira composição houve inclusão de algum novo participante?
- d) Desde sua primeira composição houve desistência de algum participante?
- e) Existe diferença na frequência ou comparecimento dos integrantes dessa CEPS às reuniões? A que você atribui essa diferença?

- f) Onde ocorrem as reuniões? Trata-se de local fixo e adequado?
- g) As ações que necessitam de disponibilidade de espaço físico como oficinas ou aulas, onde ocorrem? Existem dificuldades para viabilizar condições adequadas (espaço físico e infraestrutura)?
- h) Como são divulgadas as agendas das reuniões?
- i) Como são divulgadas as ações propostas pelo CEPS? Você considera as formas de divulgação suficientes e adequadas?
- j) As reuniões possuem pautas? Como são definidas as pautas?
- k) Existe algum tipo de financiamento para execução das ações da CEPS do CRIDAC?
- l) Há um “plano de ação” da CEPS? Caso sim, qual a sua regularidade (anual, bianual)?
- m) Como são definidas as ações que serão priorizadas?
- n) De modo geral, as ações executadas são as priorizadas? As executadas fazem parte do plano de ação?
- o) Há relatórios das ações que foram executadas?

4) Percepção do sujeito:

- A) A Educação Permanente em Saúde tem vários objetivos. Talvez o mais destacado seja interferir, modificar os processos de trabalho. Na sua percepção as ações desenvolvidas pela CEPS do CRIDAC têm se refletido sobre o processo de trabalho dos trabalhadores do CRIDAC? De que forma isso é mais visível?
- B) Na ideia de Educação Permanente em Saúde está contida a intenção de qualificar também a atenção, ou seja, os serviços de saúde oferecidos. Na sua percepção, as ações do CEPS chegam a se refletir nos serviços prestados no CRIDAC?

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA MEMBROS DA CEPS DO CRIDAC

1) Motivação do sujeito:

- a) O que te motivou a compor a CEPS do CRIDAC?

2) Dinâmica de funcionamento:

- a) Como são definidas as ações que serão priorizadas pela CEPS do CRIDAC?
- b) Há um “plano de ação” da CEPS? Caso sim, qual a sua regularidade (anual, bianual?)
- c) De modo geral, as ações executadas são as priorizadas? As executadas fazem parte do plano de ação?
- d) Há relatórios das ações que foram executadas?

3) Percepção do sujeito:

- a) A Educação Permanente em Saúde tem vários objetivos. Talvez o mais destacado seja interferir, modificar os processos de trabalho. Na sua percepção as ações desenvolvidas pela CEPS do CRIDAC têm se refletido sobre o processo de trabalho dos trabalhadores do CRIDAC? De que forma isso é mais visível?
- b) Na ideia de Educação Permanente em Saúde está contida a intenção de qualificar também a atenção, ou seja, os serviços de saúde oferecidos. Na sua percepção, as ações do CEPS chegam a se refletir nos serviços prestados no CRIDAC?

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA DIRETORIA DO CRIDAC

4) Institucionalização do CEPS do CRIDAC:

- a) O que motivou a ideia de instituir uma Comissão de Educação Permanente em Saúde no CRIDAC?
- b) Nesse processo quais os fatores que você reconhece que facilitaram a implantação da CEPS?
- c) E quais fatores você diria que dificultaram a implantação da CEPS?
- d) O que particularmente lhe fez participar do processo de institucionalização da CEPS do CRIDAC?

5) Dinâmica de funcionamento:

- e) Como são definidas as ações do CEPS do CRIDAC?
- f) Há um “plano de ação” da CEPS? Caso sim, qual a sua regularidade (anual, bianual?)
- g) De modo geral, as ações executadas são as prioritizadas? As executadas fazem parte do plano de ação?
- h) Há relatórios das ações que foram executadas?

6) Percepção do sujeito:

- 7) A Educação Permanente em Saúde tem vários objetivos. Talvez o mais destacado seja interferir, modificar os processos de trabalho. Na sua percepção as ações desenvolvidas pela CEPS do CRIDAC têm se refletido sobre o processo de trabalho dos trabalhadores do CRIDAC? De que forma isso é mais visível?
- 8) Na ideia de Educação Permanente em Saúde está contida a intenção de qualificar também a atenção, ou seja, os serviços de saúde oferecidos. Na sua percepção, as ações do CEPS chegam a se refletir nos serviços prestados no CRIDAC?

APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA COORDENAÇÃO DA CIESMT

1) Institucionalização do CEPS do CRIDAC:

- a) O que motivou a ideia de instituir uma Comissão de Educação Permanente em Saúde no CRIDAC?
- b) Quais os fatores que você reconhece que facilitaram e dificultaram a implantação da CEPS?
- c) O que particularmente lhe fez participar do processo de institucionalização da CEPS do CRIDAC?

2) Percepção do sujeito:

- a) A Educação Permanente em Saúde tem vários objetivos. Talvez o mais destacado seja interferir, modificar os processos de trabalho. Na sua percepção as ações desenvolvidas pela CEPS do CRIDAC têm se refletido sobre o processo de trabalho dos trabalhadores do CRIDAC? De que forma isso é mais visível?
- b) Na ideia de Educação Permanente em Saúde está contida a intenção de qualificar também a atenção, ou seja, os serviços de saúde oferecidos. Na sua percepção, as ações do CEPS chegam a se refletir nos serviços prestados no CRIDAC?

APÊNDICE E – ROTEIRO DE ENTREVISTA DOCENTE DA ESPMT

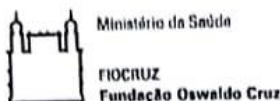
3) Institucionalização do CEPS do CRIDAC:

- d) O que motivou a ideia de instituir uma Comissão de Educação Permanente em Saúde no CRIDAC?
- e) Quais os fatores que você reconhece que facilitaram e dificultaram a implantação da CEPS?
- f) O que particularmente lhe fez participar do processo de institucionalização da CEPS do CRIDAC?

4) Percepção do sujeito:

- c) A Educação Permanente em Saúde tem vários objetivos. Talvez o mais destacado seja interferir, modificar os processos de trabalho. Na sua percepção as ações desenvolvidas pela CEPS do CRIDAC têm se refletido sobre o processo de trabalho dos trabalhadores do CRIDAC? De que forma isso é mais visível?
- d) Na ideia de Educação Permanente em Saúde está contida a intenção de qualificar também a atenção, ou seja, os serviços de saúde oferecidos. Na sua percepção, as ações do CEPS chegam a se refletir nos serviços prestados no CRIDAC?

APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa **“A educação permanente em saúde como estratégia de transformação das práticas: um estudo de caso”** que integra o curso de mestrado em Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/FIOCRUZ), da pesquisadora Raquel Arévalo de Camargo, sob a orientação da Prof^ª. Dr^ª. Angélica Ferreira Fonseca.

O objetivo geral da pesquisa é analisar o desenvolvimento de ações da Comissão de Educação Permanente em Saúde do CRIDAC, como ferramenta de transformação do processo de trabalho, à luz dos pressupostos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Nosso interesse é analisar o processo de estruturação, funcionamento e dinâmica de trabalho da CEPS do CRIDAC, e a sua percepção sobre as ações que a mesma vem desenvolvendo ante a atenção à saúde e ao seu processo de trabalho.

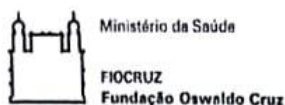
Pretende-se com a pesquisa os seguintes benefícios: A recuperação dos aspectos conjunturais da relação entre governo, sociedade e trabalhador da saúde no planejamento e condução da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Mato Grosso; A discussão do processo de implantação da Comissão de Educação Permanente em Saúde do CRIDAC, bem como, sua dinâmica de funcionamento e caracterização dos pontos facilitadores e dificuldades desse processo, ante ao olhar de atores nele diretamente envolvidos; A reflexão sobre o desenvolvimento das ações de educação permanente no CRIDAC, considerando suas aproximações tanto no que diz respeito às contribuições de teóricos da área quanto às normativas que regulamentam a Política Nacional de Educação Permanente; A contribuição na articulação os espaços acadêmicos e mundo do trabalho, viabilizando indicadores e resultados que façam parte dos debates atuais sobre Educação Permanente em Saúde.

O convite a sua participação se deve a sua importância no processo de institucionalização e no funcionamento da Comissão de Educação Permanente em Saúde do CRIDAC. Sua participação é voluntária, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista, com duração em média de 40 min. Há o risco de ocorrer a sua identificação de forma indireta na participação da pesquisa devido ao cargo que ocupa. Caso você esteja de acordo, a entrevista será gravada para transcrição posterior, visando facilitar o processamento do material. Entretanto, você poderá solicitar à pesquisadora que não grave ou que interrompa a gravação a qualquer momento durante a realização da entrevista.

Rubrica da pesquisadora: _____

Rubrica do participante: _____



As informações fornecidas serão processadas pela pesquisadora e analisadas em conjunto com outras entrevistas e documentos produzidos na investigação. Destaque-se que os resultados da análise realizada, que serão publicizados, são de inteira responsabilidade da pesquisadora. Todo o material da pesquisa ficará sob a guarda da pesquisadora e será arquivado no prazo recomendado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar da pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Decidindo por participar você receberá uma via deste termo, onde consta o telefone e o endereço institucional da pesquisadora principal e do Comitê de Ética da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Assim, você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Contato da pesquisadora: Rua João de Barro nº 394, Cond. Solar Moinho, Recanto dos Pássaros, Cuiabá/MT CEP: 78.075-209 Tel: (65) 99933-5783
email: raquelcamargo@ses.mt.gov.br

Comitê de Ética em Pesquisa: Endereço: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo - Manginhos - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 21041-210 Tel e Fax: (21) 3865-9705.
E-mail: cep@epsjv.fiocruz.br.
Página na internet: <http://www.epsjv.fiocruz.br/pesquisa/comite-de-etica-em-pesquisa>

Cuiabá/MT, ____/____/____.

Raquel Arévalo de Camargo

Li e concordo em participar da pesquisa.

- Autorizo a gravação da entrevista.
 Não autorizo a gravação da entrevista.

Assinatura do participante

Rubrica da pesquisadora: _____

Rubrica do participante: _____

APÊNDICE G – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Projeto submetido à avaliação na Plataforma Brasil em 30/11/2017, tendo recebido parecer favorável em 07/03/2018.

Número do CAAE: 80692717.1.0000.5241

Informações disponíveis em:
<<http://aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil/visao/pesquisador/gerirPesquisa/gerirPesquisaAgrupador.jsf>>

ANEXO A – PORTARIA INTERNA 012/2016 INSTITUI CEPS DO CRIDAC

SES
SECRETARIA DE
ESTADO DE SAÚDE



GOVERNO DE
MATO GROSSO
ESTADO DE TRANSFORMAÇÃO

+55 65 3613-5310 - RUA D. QUADRA 12, LOTE 02, BLOCO
CENTRO POLÍTICO ADMINISTRATIVO
78.050-970 - CUIABÁ-MATO GROSSO

MATO GROSSO. ESTADO DE TRANSFORMAÇÃO

WWW.MT.GOV

PORTARIA INTERNA Nº 012/2016

A diretoria do CRIDAC/CER III, no uso de suas atribuições e considerando:

1. A responsabilidade constitucional do Sistema Único de Saúde (SUS) de ordenar a formação de recursos humanos para a área de Saúde e de incrementar, na sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico;
2. O artigo 14 da lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que trata da criação e funções das comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino;
3. Que a Educação Permanente é o conceito pedagógico, no setor da saúde,
4. para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde;
5. A pactuação da proposta do Ministério da Saúde “Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde - Polos de Educação Permanente em Saúde” pela Comissão Intergestores Tripartite, em 18 de setembro de 2003;
6. A Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS nº. 330, de 04 de novembro de 2003, que resolve aplicar os Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS - NOB/RH – SUS, como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no âmbito do SUS;
7. A Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS nº. 335, de 27 de novembro de 2003 que aprova a “Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde” e a estratégia de “Polos de Educação Permanente em Saúde” como instâncias regionais e interinstitucionais de gestão da Educação Permanente;
8. A Portaria nº. 399/GM de 22 de fevereiro de 2006 que institui as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde;
9. A Portaria GM/MS nº1996, de 20 de agosto de 2007 e
10. A Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde,

RESOLVE:

Art. 1º - Fica instituída a Comissão de Educação Permanente em Saúde do CRIDAC/CER III, formado por gestores, servidores e usuários do CRIDAC e instituições de ensino da área da saúde – **CEPS CRIDAC/CER III**;

Art. 2º - Esta Comissão tem como objetivo Discutir problemas que demandam ações relacionadas à Educação Permanente em Saúde com o objetivo de transformar os processos de trabalho e a melhoria da qualidade dos serviços prestados;

Art. 3º - São atribuições da CIEPS CRIDAC/CER III:



Rua Joaquim Murinho, 1556 - Bairro Porto - CEP: 78.020-830 - Cuiabá-Mato Grosso - Fone/Fax: (65) 3613-1900
cridac@ses.mt.gov.br - www.saude.mt.gov.br/cridac