

**JOSIÉD MARPRATES CUNHA**

**O DESENVOLVIMENTO DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE  
EM SAÚDE NO ESTADO DE MATO GROSSO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social do Instituto de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Federal de Mato Grosso, para obtenção do título de Mestre em Política Social.

Área de concentração: Política Social, Estado, Sociedade e Direitos Sociais.

Linha de pesquisa: Trabalho, Questão Social e Serviço Social

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ivone Maria Ferreira da Silva

**CUIABÁ  
2014**

## ***DEDICATÓRIA***

Ao Pedro, meu primeiro neto, na certeza de que continuará o legado da família Marprates Cunha.

Ao meu companheiro de todas as horas, Paulo Rogério Cunha.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu pai, José Moreira Prates, que na sua simplicidade me ensinou os valores mais importantes da minha vida (*in memoriam*).

À minha mãe, Dinéia Martins Prates, a mais importante educadora da minha vida e que não mediu esforços para que seus filhos trilhassem pelo caminho da educação.

Aos meus filhos Paulo, Thiago e Lucas, razão do meu viver.

Aos meus familiares que tanto torceram por mim e que entenderam a importância desse momento na minha vida.

Aos meus amigos pela ajuda e apoio, especialmente a Elza Melo Machado, que me acompanhou nesse processo de construção e muito me ajudou com suas ideias valiosas. Inclusive com a frase que originou toda minha inquietação: *A educação Permanente nasceu no chão da fábrica.*

Também, não poderia deixar de agradecer as minhas amigas Marlene Anchieta, Ana Carolina Landgraff e Marta Bumlai, pela compreensão e apoio.

À minha orientadora, Profa. Dr<sup>a</sup> Ivone Maria Ferreira da Silva, pela generosidade, competência e por me ajudar a trilhar esse caminho.

À professora Neuci Cunha dos Santos, por ter sido tão parceira no processo de construção dessa pesquisa.

Ao professor Dr Ricardo Burg Ceccim, que não mediu sacrifícios para participar dessa banca de defesa.

À professora Dra. Liliane Capilé pela valiosa contribuição nessa pesquisa.

A todos os membros das CIES e a todos os trabalhadores e trabalhadoras da Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso, em especial aqueles que participaram dessa pesquisa, por entender que somente com a participação de todos conseguimos encerrar essa construção coletiva.

A todos que participaram das entrevistas e dividiram comigo as informações e conhecimento que possuíam.

À Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Mato Grosso por me liberar para essa pesquisa.

À Secretária Municipal de Saúde de Sinop, em especial ao Secretário Municipal de Saúde do município, Dr. Francisco Spencian Júnior, pelo apoio e compreensão.

Ao Instituto de Ciências Humanas e Sociais – ICHS – da Universidade Federal de Mato Grosso, que me possibilitou o acesso ao mestrado.

A todos vocês, minha eterna gratidão!

*Temos obrigação de inventar outro mundo. Mas cabe construí-lo com nossas mãos,  
entrando em cena, no palco e na vida.*

Augusto Boal (2009)

*Os homens fazem a sua própria história, mas não a fazem como querem não a  
fazem sob circunstância de sua escolha e sim sob aquelas com que se defrontam  
diretamente, legadas e transmitidas pelo passado.*

Karl Marx (1974)

## **RESUMO**

A Educação Permanente em Saúde é o tema da presente dissertação, que tem como objetivo principal analisar o desenvolvimento da política de Educação Permanente em Saúde no Estado de Mato Grosso, no período de 2003 a 2013, buscando compreender, na perspectiva da totalidade e da historicidade, a Educação Permanente. Realizamos um estudo de natureza qualitativa no qual o instrumento metodológico foi a entrevista semiestruturada, adicionada ao estudo documental que foi realizado junto à Escola de Saúde Pública e à Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) estadual. Buscou-se entender o movimento da educação e da saúde e a articulação dessas duas políticas públicas no processo de formação dos trabalhadores da saúde. A análise das informações geradas mostrou a descontinuidade no processo do desenvolvimento da política de formação para os trabalhadores da saúde e, principalmente, a priorização de interesses institucionais em detrimento dos processos de construção coletiva de práticas transformadoras. Mostrou-se também como a Educação Permanente em Saúde foi desenvolvida em Mato Grosso, desde a criação do Polo de Formação das equipes do Programa Saúde da Família, passando pelo Polo de Educação Permanente em Saúde, pela criação das CIES regionais, após a portaria GM/MS nº 1996/2007, e chegando aos dias atuais, quando a saúde pública sofreu um retrocesso em função da opção do atual governo pela sua privatização. A principal contribuição desse estudo foi o de permitir entender que, desde a sua criação até hoje, a política de formação na saúde tem passado por avanços e retrocessos no Estado, atendendo a correlação de forças que permeia as ações governamentais e fazendo com que ela oscile e se efetive de acordo a vontade política de quem assume a gestão junto à Secretária Estadual de Saúde.

**Palavras-chave:** Educação. Saúde. Educação Permanente em Saúde.

## **ABSTRACT**

The Permanent Education in Health is the topic of this dissertation, which set as main objective to analyze the development of Permanent Health Education in the State of Mato Grosso policy in the period 2003 to 2013, trying to understand, from the perspective of wholeness and historicity in Permanent Education. We conducted a qualitative study in which the methodological tool was a semi-structured interview, added to documental study was conducted with the School of Public Health and the Committee on Integrating Service-Learning (CIES) of the state. We sought understand the movement of education and health and the articulation of these two public policies in the training of health workers process. The analysis of the information generated showed discontinuity in the development of training policy for healthcare workers process and especially the prioritization of institutional interests to the detriment of the processes of collective construction of transformative practices. The analyze also showed as the Permanent Health Education was developed in Mato Grosso, since the creation of the Polo Training teams of the Family Health Program, through Polo Continuing Education in Health, the creation of regional CIES, after GM/MS ordinance No. 1996/2007, and coming to the present day, when public health suffered a setback due to the current government for its privatization option. The main contribution of this study was to allow us to understand that, from its inception until today, training in health policy has gone through advances and setbacks in the State in view of the correlation of forces that permeates government actions and causing it to oscillate and become effective in accordance with the political will of those who assume the management at the State Department of Health.

Keywords: Education. Health. Permanent Education in Health.

## **LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABRASCO-----	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
APS-----	Atenção Primária em Saúde
CAPs-----	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEBES.....	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CF88-----	Constituição Federal de 1988
CGR-----	Colegiados de Gestão Regional
CIB-----	Comissão Intergestores Bipartite
CIES-----	Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço
CIESP.....	Centro das Indústrias do Estado de São Paulo
CIR-----	Comissões Intergestores Regional
CNRS-----	Comissão Nacional da Reforma Sanitária
CNRHS-----	Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde
CNS-----	Conselho Nacional de Saúde
CONASS-----	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONASEMS-----	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
DEGERTS-----	Depart. de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde
DEGES-----	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
EPS-----	Educação Permanente em Saúde
ESPMT.....	Escola de Saúde Pública do estado de Mato Grosso
IAPs-----	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IDORT.....	Instituto de Organização Racional do Trabalho
INAMPS-----	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS.....	Instituto Nacional de Previdência Social
MARE.....	Ministério da Administração e Reforma do Estado

ME.....Ministério da Educação

MEC.....Ministério da Educação e Cultura

MESP.....Ministério da Educação e Saúde Pública

MPAS.....Ministério da Previdência e Assistência Social

NOB.....Norma Operacional Básica do SUS

NOB/RH-SUS... Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS

OEA.....Organização dos Estados Americanos

OMS..... Organização Mundial de Saúde

OPAS..... Organização Pan-Americana de Saúde

PACS.....Programa Agentes Comunitários de Saúde

PAREPS..... Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde

PEPS.....Polos de Educação Permanente em Saúde

PIASS.....Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PITS.....Programa de Interiorização do Trabalhador de Saúde

PNEPS.....Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PROMED.....Programa de Incentivo a Mudança Curricular nos Cursos de Graduação em Medicina

PSF..... Programa Saúde da Família

RSB.....Reforma Sanitária Brasileira

SENAI.....Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial

SES.....Secretaria Estadual de Saúde

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

SUS..... Sistema Único de Saúde

UNESCO.....Organização das Nações Unidas para a Educação, as Ciências e a Cultura

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

### ***Lista de Quadros***

Quadro 1: Leis Orgânicas da Reforma Capanema (1942-1946) .....	36
Quadro 2: Distribuição das Atas do Polo de EPS de 2003-2005.....	76
Quadro 3: Projetos aprovados pelo PEPS/MT nos 2003-2005.....	78
Quadro 4: Relação das CIES regionais e CIES estadual.....	87
Quadro 5: Resoluções de criação das CIES regionais.....	91
Quadro 6: Perfil dos membros das CIES regionais.....	90
Quadro 7: Papel da Escola de Saúde pública na Educação permanente em Saúde.....	94
Quadro 8: Impactos da política de EPS.....	95
Quadro 9: Mudanças a partir da Portaria GM/MS 1996/2007.....	96
Quadro 10: Visão dos membros das CIES sobre a EPS.....	99

### ***Lista de Gráficos***

Gráfico 1: Fatores utilizados como referência na elaboração dos PAREPS.....	89
---	----

### ***Lista de Tabelas***

Tabela 1: Distribuição dos Certificadas expedidos pela Escola de Saúde Pública no período de 2003 a 2013.....	86
---	----

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>1. A EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO PROJETO E OS IMPERATIVOS DO CAPITAL</b>	
1.1 A Revolução Francesa e a educação como um direito.....	23
1.2 Educação permanente como requisito ao modo de produção capitalista.....	25
1.3 A ação da UNESCO na efetivação da educação permanente.....	27
1.4 A Educação no Brasil.....	32
1.5 Educação permanente no Brasil: novamente o chão da fábrica.....	39
<b>2 A EDUCAÇÃO PERMANENTE NO CONTEXTO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E EM MT</b>	
2.1 Os Fundamentos.....	43
2.2 A Saúde no Brasil.....	44
2.3 A reforma sanitária brasileira e a democratização da saúde no Brasil.....	48
2.4 A questão da saúde na contrarreforma do Estado brasileiro.....	50
2.5 As Conferências Nacionais de Saúde e a articulação da educação e a saúde.....	52
2.6 A Educação permanente em saúde como proposta de Mudança.....	62
2.7 A política de educação permanente em saúde no Governo Lula.....	66
2.8 Educação Permanente em Saúde em Mato Grosso: o papel da ESPMT.....	72
<b>3. A REGIONALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO ESTADO DE MATO GROSSO</b>	
3.1 A criação das comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES).....	83
3.2 Os Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde(PAREPS).....	88
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	101
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	104
<b>APÊNDICES</b> .....	112
<b>ANEXOS</b> .....	114

## **INTRODUÇÃO**

### ***A Educação Permanente nasceu no chão da fábrica...***

Essa foi a resposta que obtive da pedagoga da Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso (ESPMT), quando indaguei sobre Educação Permanente em Saúde. O meu estranhamento vinha da necessidade de querer ir além do que estava escrito na Portaria Ministerial que criou essa política. Essa resposta só serviu para aguçar ainda mais a minha dúvida, que se transformou em busca.

Como, assim, nasceu no chão da fábrica? Eu não conseguia entender!

Depois de atuar por 25 anos na saúde pública, sempre no atendimento ao usuário ou na gestão da saúde, foi muito sofrido começar a trabalhar na Escola de Saúde Pública em 2011, uma vez ser possível entender a Educação Permanente em Saúde, uma vez que não me eram satisfatórias as explicações repassadas por aqueles já atuavam há mais tempo na Escola.

Hoje, as condições teóricas nos permitem compreender a necessidade de uma explicação na perspectiva da totalidade e da historicidade da Educação Permanente. Posto isso, novas questões foram surgindo. Como se deu a articulação entre educação e saúde? Quando se uniram? Qual realidade socioeconômica e política possibilitou o seu nascimento? O que estava oculto? Como tudo aconteceu no Brasil? Eu queria saber mais! Bem mais.

Essa falta de resposta impulsionou novos conhecimentos. E, assim, travamos uma luta para fazer o Mestrado em Política Social, do departamento de Serviço Social, vinculado ao do Instituto de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Federal de Mato Grosso - ICHS/UFMT. Finalmente conseguimos esse intento, em 2012, após vinte anos de ausência dos bancos acadêmicos. Foi um grande desafio. Talvez, para outras pessoas, fazer um mestrado nem é tão importante assim, mas na nossa ânsia por novos conhecimentos era a oportunidade que perseguíamos. E aqui, estudando política social numa perspectiva marxista, foi possível obter as respostas que tanto buscávamos. O mestrado foi e está sendo o fechamento, com chave de ouro, de todo um ciclo que começou em 1986, quando iniciamos o trabalho com saúde pública.

De lá pra cá, atuando como assistente social no campo da saúde, a cada dia dava-se um novo aprendizado. No atendimento aos usuários, nos avanços conquistados, no nascimento do SUS e efetivação, na universalização da saúde, e, mais recentemente, no seu desmonte, foram anos gratificantes e, ao mesmo tempo, de muito trabalho. De 2012, quando começamos o mestrado até hoje, aprendemos muito e, através do aporte teórico, temos conseguido fazer as mediações que permitem analisar criticamente as contradições presentes na Política de Saúde e, portanto, na Política de Educação Permanente.

A partir dessa relação com o mestrado, começamos a pesquisa que tem como objeto analisar o desenvolvimento da política de Educação Permanente em Saúde no estado de Mato Grosso, no período de 2003 a 2013, tendo como referência metodológica a proposta de Minayo (2004). Segundo essa autora, a pesquisa social é um instrumento que possibilita estudar e analisar criticamente a realidade concreta, objetiva e subjetiva, na qual os dados estão presentes a partir do contexto em que estão inseridos. Nessa perspectiva metodológica, a relação sujeito-objeto é dinâmica, apreendendo-se a realidade como contradição, mudança e transformação. Veja sua definição:

A pesquisa social não pode ser definida de forma estática ou estanque. Ela só pode ser conceituada historicamente entendendo-se todas as contradições e conflitos que permeiam seu caminho. Além disso, ela é mais abrangente do que o âmbito específico de uma disciplina. Pois a realidade se apresenta como uma totalidade que envolve as mais diferentes áreas de conhecimento e também ultrapassa os limites da ciência. (MINAYO, 2004, p. 27).

Ressalte-se que nessa pesquisa o ato educativo pode ser realizado em duas perspectivas: educar para servir aos interesses do mercado; ou educar para transformar o educando em sujeito político. Assim, afirma-se, como Mészáros (2008, p. 89), a importância de se defender a existência de práticas educacionais que permitam trabalhar as mudanças necessárias para a construção de uma sociedade que liberte o ser humano da dominação do capital, e onde a função da educação seja a de contribuir para transformar o trabalhador em sujeito político, capaz de modificar a realidade.

O resultado dessa aproximação permitiu contextualizar a educação permanente, desde sua origem, no modo de produção capitalista, junto com a

grande indústria, com a finalidade de qualificação constante dos trabalhadores, sendo passível de transformações nos dias atuais.

Com o surgimento da grande indústria, no último terço do século XVIII, o capitalismo entrou numa nova fase, apresentando como característica principal a demanda de uma mão de obra qualificada que tenha condições de manejar todo o aparato industrial para atender o mercado, que já não podia esperar o tempo que a escola tradicional precisava para realizar suas ações educativas. É exatamente naquele momento que nasceu a Educação Permanente.

Ela se consolidou em todo mundo graças ao apoio das organizações internacionais e, também, dos governos, tanto dos países desenvolvidos quanto daqueles em desenvolvimento. A Organização das Nações Unidas para a Educação, as Ciências e a Cultura (UNESCO), a Organização dos Estados Americanos (OEA), a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o Banco Mundial, dentre outros, investiram financeiramente no estudo, na divulgação para sua operacionalização.

No Brasil, a formação dos trabalhadores da área da saúde já estava na agenda governamental desde a década de 1960. Mas foi na 4ª Conferência Nacional de Saúde que se atribuiu ao Ministério da Saúde o encargo da adequação e aprimoramento dos recursos humanos para as atividades de saúde. Vivíamos em plena “Guerra Fria” e os EUA, a partir de 1961, passaram a se ocupar especialmente do afastamento da América Latina dos ideais comunistas.

De acordo com Paiva (2004), a Organização Mundial da Saúde (OMS), e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) tinham suas agendas pautadas, naquela época, pela “Carta de Punta del Este”, documento assinado pelos países membros da Organização dos Estados Americanos (OEA) (PAIVA, 2004, p. 2).

Após o debate produzido na 4ª CNS, foi firmado, em 1973, o “Acordo para um Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil”, entre a OPAS e o governo federal brasileiro, representado pelos Ministérios da Saúde e da Educação e Cultura” (NUNES, 1998, p.10).

Esse acordo com a OPAS expressou e ganhou reconhecimento nacional, através do Plano de Preparação Estratégica do Pessoal de Saúde (PPREPS), que se caracterizava como uma política de formação, que surgiu de uma articulação OPAS-MS-MEC, propondo uma relação diferenciada dos profissionais com o

sistema de saúde e com as necessidades de saúde da população (ESCOREL, 1988, p. 394).

Dessa forma, a cada nova Conferência Nacional, a formação dos trabalhadores da saúde constituía-se em pauta privilegiada nas discussões, fazendo-se presente nos ideais dos intelectuais que construíram a proposta da reforma sanitária brasileira.

Vale dizer que os usuários dos serviços de saúde, pela primeira vez, foram convocados a participar da 8ª Conferência Nacional de Saúde, inaugurando uma nova forma de organização, deliberação e representação nas conferências. No plenário da 8ª CNS, foi aprovada a realização da 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (1ª CNRHS), que aconteceu em outubro de 1986 (CNS, 1986, p. 27).

Após a criação do SUS, foram promulgadas duas Leis Orgânicas da Saúde que, em consonância com a Constituição Federal, formaram o arcabouço legal do Sistema Único de Saúde: a Lei 8.080 e a Lei 8.142, de setembro de 1990. No Artigo 27 da lei 8.080, a política de recursos humanos foi formulada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo (BRASIL, 1990, Art. 27).

Na década de 1990, a formação na saúde caminhou lentamente e só voltou à agenda governamental no governo Fernando Henrique Cardoso, com a criação do Programa Saúde da Família (PSF). Para capacitar as equipes do PSF, o governo federal propôs a criação dos Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para as Equipes de Saúde da Família.

O Ministério da Saúde também instituiu o Programa de Interiorização do Trabalho de Saúde (PITS), em 1994, que buscou atender, por meio da interiorização das equipes do PSF, os municípios das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, com até 50 mil habitantes.

No governo do presidente Lula ocorreu um rearranjo institucional no Ministério da Saúde. A política de recursos humanos foi deslocada para o alto escalão, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), garantindo um espaço estrutural na sua agenda para as questões envolvidas nessa política.

Em fevereiro de 2004, foi efetivada a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como política pública. A definição de Educação Permanente, para essa nova proposta e para esse novo momento vivido no Ministério da Saúde, foi a de

que a Educação Permanente se constitui em aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho (BRASIL, 2004, Port. 198).

Em fevereiro de 2006, foi estabelecido o Pacto pela Saúde, através da Portaria nº. 399/GM, que regionalizou a saúde, tornando necessário definir novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente na Saúde. Isso ocorreu em agosto de 2007, quando foi publicada a Portaria GM/MS 1996, priorizando a integração ensino-serviço, (BRASIL, 2007, p. 2).

Desde sua criação até hoje, essa política tem passado por avanços e retrocessos, atendendo a correlação de forças que permeia as ações governamentais, fazendo com que ela oscile e se efetive segundo a vontade política de quem assume a gestão junto ao Ministério da Saúde.

A Educação Permanente em Saúde é o tema da presente pesquisa, que definiu como objetivo principal analisar o desenvolvimento da política de Educação Permanente em Saúde no estado de Mato Grosso, no período de 2003 a 2013. Para atingir tal objetivo e compreender todo processo para se efetivar a Educação permanente, o texto foi dividido em três capítulos.

O primeiro capítulo faz um resgate a Educação, desde a sua emergência como política pública no contexto da Revolução Francesa, passando pela Revolução Industrial e pelo nascimento da grande indústria, a qual demandou uma Educação Permanente em função das mudanças constante das tecnologias utilizadas no modo de produção capitalista. No Brasil, tudo teve início com a chegada do primeiro grupo de jesuítas, em 1549, que vieram com a missão, conferida pelo rei de Portugal, Dom João III, de criar escolas, colégios e seminários, espalhados pelas diversas regiões do território. Por quase 200 anos os inicianos dominaram o campo pedagógico brasileiro.

O século XIX assistiu ao deslocamento do eixo da economia brasileira do Nordeste açucareiro para o Centro Sul, com a agricultura cafeeira. Data desse período o entusiasmo pela educação, que atingiu o seu ponto culminante na efervescente década de 1920.

Em 1930, a burguesia urbano-industrial chegou ao poder, apresentando um novo projeto educacional. A educação, principalmente a pública, passou a ter espaço nas preocupações dos dirigentes nacionais.

Depois da ditadura de Getúlio Vargas (1937-1945) tem início um período de redemocratização no país, sob a bandeira das reformas de base, marcada por forte mobilização social, seja por meio das centenas de greves, implementadas pelo movimento sindical urbano, ou pelos movimentos sociais e sindicais no campo e na cidade.

O golpe militar de 1964 destruiu essa alternativa de desenvolvimento econômico-social e político que apontava para uma ampla reestruturação do padrão de desenvolvimento econômico e uma profunda democratização da sociedade e do Estado. Com essa conjuntura, com a instalação do regime militar, estreitaram-se os laços do Brasil com os Estados Unidos através da ampliação da entrada de empresas internacionais e a demanda de mão de obra especializada. Fez-se necessário que o sistema educacional configurasse uma orientação pedagógica para atender à demanda. Essa orientação se materializou na pedagogia tecnicista.

Com o processo de abertura democrática na década de 1980, fizeram-se presentes campanhas reivindicando eleições diretas para presidente da República, a transição para um governo civil federal, a organização e mobilização dos educadores, como um momento privilegiado para emergência de propostas pedagógicas contra hegemônicas.

Para encerrar essa análise resta compreender a perspectiva da Educação Popular, pois essa vertente pedagógica foi a base da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, implantada em 2004, pelo Ministério da Saúde.

Tendo foco a política de saúde no Brasil, o segundo capítulo parte das campanhas higienistas, desencadeadas no início do século, ainda na década de 1850, passando pela década de 1930, pelo movimento da reforma sanitária, pela 8ª Conferência, pela criação do SUS e chegando até os dias atuais. A ênfase, todavia, se dá na contrarreforma do Estado brasileiro, em tempos neoliberais, que desmonta os direitos sociais, ao tornar o Estado mínimo para as políticas sociais e máximo para o capital.

Analisa-se ainda a articulação da educação com a saúde, através dos Relatórios e Anais das Conferências Nacionais de Saúde, desde a 1ª delas, no interior do Ministério da Educação e Saúde, passando pela 4ª CNS, em plena ditadura militar, da qual participaram a OMS, OPAS, e onde começou a estruturar o acordo que se efetivou em 1973, entre OPAS e o governo brasileiro, para ações da formação do pessoal da saúde. Deu-se destaque para a 8ª Conferência Nacional de

Saúde enquanto marco histórico da atual política de saúde, quando, pela primeira vez, ocorreu participação popular numa conferência dessa natureza, que teve como deliberação a realização da 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos (CNRH).

No terceiro capítulo, o objeto foi a regionalização das ações de Educação Permanente em Saúde em Mato Grosso, após a implementação da Portaria GM/MS nº 1.996/2007, que atribuiu aos gestores municipais o papel de definir regionalmente as ações de Educação Permanente estadual, com a participação das comissões de Integração Ensino-Serviço(CIES).

O período analisado abarca de 2003 a 2013, momento que se implantou a política e se efetivou, em Mato Grosso, a regionalização da educação permanente em saúde. Em Mato Grosso existem 16 regiões de saúde, e em cada uma delas se constituiu uma Comissão de Integração Ensino/Serviço (CIES Regionais) que, juntamente com a Comissão de Intergestores Regionais (CIR), são responsáveis por todas as ações referentes à Educação Permanente na regional de saúde.

Para finalizar, vale ressaltar que a pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa do HUJM/UFMT, com o nº 24310913.2.3001.5164. Cada participante assinou um termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme preconizado na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, na qual o instrumento metodológico teve por base a entrevista semiestruturada, realizada com os membros das CIES regionais e seguindo um roteiro que permitiu entender como se deu a participação dos gestores e profissionais de saúde na implantação e efetivação desta política. Também, foi realizada pesquisa com os profissionais da Escola de Saúde Pública, com a participação de coordenadores ou secretárias executivas do Polo das Equipes do Programa Saúde da Família, do Polo de Educação Permanente e da Comissão Permanente da Integração Ensino-Serviço (CIES) estadual.

O objetivo, ao utilizar tal instrumento, se embasou em Minayo (2010, p. 57), para quem se faz necessário aprender as dimensões do problema, compreender seus significados mais profundos e as relações sociais que os propiciam. Essas entrevistas permitiram compreender o desenvolvimento da EPS na visão dos sujeitos que vivenciaram o processo.

Foi realizado também um estudo documental que, corroborando com May (2004, p. 207),” os documentos foram entendidos como a sedimentação de práticas

sociais, tendo grande potencial informativo sobre as decisões tomadas por grupos de indivíduos, sendo ainda leituras específicas de contextos, conjunturas e acontecimentos”. No caso específico da articulação da educação e saúde, os documentos possibilitaram compreender como a Escola de Saúde Pública vivenciou o desenvolvimento da política de Educação Permanente, no período de 2003 a 2013, e, principalmente, como contemporaneamente não consegue realizar as ações de Educação Permanente em Saúde que estão sob sua responsabilidade, em função do retrocesso enfrentado pela saúde pública de Mato Grosso, fruto da opção do atual governo pela privatização da saúde.

No terceiro capítulo foram também realizadas entrevistas semiestruturadas com os membros das CIES regionais, buscando entender a visão que as equipes responsáveis pela Educação Permanente em Saúde, nas regiões mato-grossenses, têm sobre a Escola de Saúde Pública enquanto órgão formador do SUS, mas também o seu papel na implantação da política de Educação Permanente, adicionado do como entendem a Educação Permanente no contexto da saúde e, finalmente, qual é a visão das CIES regionais sobre o desenvolvimento da EPS estaduais.

Para essa pesquisa, identificamos, inicialmente, algumas categorias teóricas: educação, política de saúde e Educação Permanente, trabalhadas no primeiro e segundo capítulos da dissertação. As mesmas também serviram de base para sustentar a interpretação dos dados, uma vez que, de acordo com Minayo (2010, p. 178), dentro do pensamento crítico, as categorias são construções históricas que atravessam o desenvolvimento do conhecimento e da prática social.

Nossa análise partiu dos dados colhidos e acumulados, sendo que sua ordenação e classificação foram iluminados pela fundamentação teórica, corroborando com Minayo (2010), para quem esse movimento estabelece uma dança entre o concreto e o abstrato, que busca as riquezas do particular e do geral do objeto de pesquisa. A compreensão e interpretação do produto pesquisado, enquanto momento da práxis do pesquisador, revela os condicionamentos enfrentados e as respostas encontradas sobre o tema pesquisado, no qual o investigador se tornou produto de sua própria produção.

O olhar do pesquisador como profissional da saúde, que trabalha na Escola de Saúde Pública e que atuou como secretária executiva da CIES estadual, ajudou na compreensão dos avanços e retrocessos da formação e na articulação da

educação e saúde, facilitando, também, a pesquisa documental e a escolha dos entrevistados.

Por fim, a movimento da pesquisa se fez para acrescentar elementos no debate da formação dos trabalhadores da área de saúde. Foram identificados limites que não permitiram um maior aprofundamento em muitas questões importantes que apareceram no decorrer da pesquisa e que possivelmente devam ser objeto de outros estudos. A intenção da dissertação foi entender a Educação Permanente em Saúde para além do chão da fábrica, se aproximando de um debate relevante para a política de saúde na atual conjuntura.

## **CAPÍTULO I**

### **A EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO PROJETO E OS IMPERATIVOS DO CAPITAL**

#### **1.1 A Revolução Francesa e a educação como direito**

Nesse capítulo vamos fazer-se necessário fazer um recorte na política social educação, visando compreender a história da educação, desde o seu nascimento como direito social na revolução Francesa, passando pela Educação Permanente junto com a grande indústria característica do modo de produção capitalista, o papel dos organismos internacionais e, finalmente, a introdução da educação permanente do Brasil.

A ascensão de uma nova e poderosa classe, que se opôs ao modo de produção feudal, é o que emoldurou os séculos XVI e XVII,

É neste momento que os reformadores sociais vão pela primeira vez propor um sistema articulado de ensino, reconhecendo o igual direito de todos os homens ao saber. A educação deveria ser permanente, isto é acontecer durante toda vida humana, visto que a educação do homem nunca termina. (GADOTTI, 1999, p. 78). [Grifo nosso]

Apesar dos avanços, os educadores ainda não colocavam a educação das classes populares como questão a ser resolvida. Somente no século XVII é que surge a luta das camadas populares pelo acesso à escola. Instigada pelos novos intelectuais da época, com destaque para Jean Jacques Rousseau, é inaugurada uma nova era da história da educação. Esse pensador representou um marco divisório da velha e da nova escola, visto que precursor da escola nova. A classe trabalhadora em ascensão exigia um novo e mais inclusivo sistema educacional. O acesso à formação tornou-se essencial para articular seus interesses e elaborar sua própria cultura de resistência.

Foi na Revolução Francesa que se reconheceu, pela primeira vez na história, a existência de direitos humanos, dentre eles o direito a uma instrução pública, comum a todos os cidadãos:

A Revolução Burguesa vê-se, constitui mesmo toda uma época de revolução social. Inicia-se com grupos mercantis tornando-se figuras centrais na economia, conformando-se numa nova classe social, o que se processa entre os séculos XV e XVII, e prossegue nos séculos XVII e XVIII, quando a nova classe, já constituída, constrói a sua hegemonia político-cultural e reúne as condições necessárias para o enfrentamento direto com a feudalidade, derrotando-a nos confrontos maiores de 1688/89 (Inglaterra) e 1789 (França). A tomada do poder político pela burguesia, cujo marco emblemático é 1789 (França), não constitui mais que o desfecho de uma luta de classes plurissecular, que teve no domínio da cultura e das ideias um campo de batalhas decisivo, como o provam a Reforma Protestante e a Ilustração. Foi a hegemonia conquistada pela burguesia no terreno das ideias que lhe permitiu organizar o povo e liderá-lo na luta que pôs fim ao antigo regime. (NETTO, 2011, p. 85).

Foi na França revolucionária que a ideia de uma educação prolongada, continuada e progressiva se tornou a base do programa educativo da Revolução de 1789. No título I da Constituição de 1791, pode-se ler: “será criada e organizada uma instrução pública comum a todos os cidadãos, gratuita no que se refere ao ensino indispensável a todos os homens, e cujos estabelecimentos serão distribuídos gradualmente, de acordo com a divisão do reino”. Durante os seis anos de vida da revolução Francesa, a formação do cidadão, através das escolas, foi amplamente discutida e nesse sentido a escola pública foi filha da revolução burguesa.

Depois de tantos séculos de sujeição feudal à igreja, a burguesia estava arrancando da mesma o monopólio da educação. Apresentava uma teoria educacional nova e revolucionaria, afirmativa dos direitos do indivíduo. Naquele primeiro momento de triunfo, a burguesia assumiu, de fato, o papel de defensora dos direitos de todos os homens, afirmando o ideal da igualdade e fraternidade, e garantindo, nessa medida, a educação como um direito do cidadão:

A burguesia neste estágio é então uma classe revolucionaria, cujos interesses se conjugam com os da massa da população; sobretudo, é a classe que tem por tarefa liberar as forças produtivas dos limites que lhe eram colocados pelas relações feudais de produção e seu específico regime de propriedade. Temos, à época, uma burguesia de caráter audacioso, uma burguesia empreendedora, heroica mesmo, como se verifica dos seus inícios a sua marcha triunfal rumo à construção da nova sociedade. (NETTO, 2011, p. 180).

A Nova classe mostrou, ao apagar das luzes da revolução de 1789, que não incorporara em seu projeto a igualdade dos homens na sociedade e na educação.

Nessa medida, uns acabaram recebendo mais educação que outros. Aos trabalhadores, a educação foi ofertada apenas a conta gotas:

Na segunda metade do século XVIII, o capitalismo ingressa num novo estágio evolutivo. Está a completar-se a revolução Burguesa, com a tomada do poder e vai irromper a Revolução industrial, organizando a produção através da nascente grande indústria. Sob a base da grande indústria moderna, que provocará um processo de urbanização sem precedentes e estabelece o estágio subsequente do capitalismo, o capitalismo concorrencial. Sob o capitalismo concorrencial surgem as lutas de classes na sua modalidade moderna, ou seja, as lutas, fundadas na contradição entre capital e trabalho. [...] a burguesia se converte em classe Conservadora cujo principal objetivo é manter a propriedade privada dos meios fundamentais de produção. A partir daí as lutas antagonizando a burguesia e os trabalhadores, estarão sempre presentes na ulterior evolução do capitalismo. (NETTO, 2011, p. 180).

O Iluminismo<sup>1</sup> educacional representou o fundamento da pedagogia burguesa, que até hoje insiste na transmissão de conteúdos e na formação social individualista: “A burguesia percebeu a necessidade de oferecer instrução mínima, para a classe trabalhadora. Por isso, a educação se dirigiu para a formação do cidadão disciplinado” (GADOTTI, 2011, p. 90).

## **1.2 A Educação Permanente como requisito ao modo de produção capitalista**

O professor Gadotti (2011, p. 23), ensina que na comunidade primitiva a educação era única e confiada a toda a comunidade, em função da vida e para a vida. A escola era a aldeia e era igual para todos: “[...] com a divisão social do trabalho aparece também a desigualdade das educações: uma para os exploradores e outra para os explorados, uma para os ricos e outra para os pobres”.

A escola que temos hoje nasceu tendo por base a hierarquização e a desigualdade econômica geradas por aqueles que se apoderaram do excedente produtivo. A história da educação, desde então, constitui-se num prolongamento da história das desigualdades econômicas (GADOTTI, 2011, p. 23).

---

<sup>1</sup> O Iluminismo é uma forma de conhecimento dos ideólogos da burguesia na França do século XVIII que procuravam transformar as velhas formas de pensamento que se baseavam na utilização da dedução, para a explicação da realidade, para o modelo de pensamento baseado na observação, na experimentação e na acumulação de dados (MARTINS, 1994, p. 20).

Analisando os documentos da UNESCO sobre educação permanente e nos estudos referentes à educação permanente, entre os anos de 1968 e 1974, pelo Conselho de Cooperação Cultural da Europa, o professor Moacir Gadotti (1981, p, 58), avalia que a educação permanente, como metodologia pedagógica:

Já aparece na França como base do programa educativo da Revolução francesa num relatório apresentado à assembleia legislativa em 20 de abril de 1792, dizendo que a instrução não deveria abandonar os indivíduos no momento em que saem da escola, deveria abranger todas as idades já que não existe idade onde não seja útil e possível aprender.

Ainda segundo o mesmo autor, a educação não pode ser considerada como um fenômeno francês, já que aparece também em documentos britânicos, desde 1919, num relatório sobre educação, publicado pelo Ministério da Reconstrução. Esse documento fazia referência a uma educação que deveria corresponder às necessidades das pessoas durante toda a vida. Aparece ainda em documentos posteriores à segunda grande guerra mundial, quando o novo Ministério da Educação inglês publicou as brochuras intituladas *Further Education (Educação Pós-Escolar)* e *The New Secondary Education (O Novo Ensino Secundário)* que reproduziram largamente a ideia da educação para toda a vida (GADOTTI, 1981, p. 59).

A expressão 'Educação Permanente' é empregada pela primeira vez em 1955, quando o redator da Liga Francesa de Ensino, Pierre Arents, elaborou um projeto de reforma de ensino e nele aparece a "educação ao longo da Vida", à qual atribuiu a missão de:

1 - assegurar, depois da escola, a manutenção da instrução recebida na escola; 2 - prolongar e completar além da formação e da atividade profissional, a educação física, intelectual e estética da juventude até ao exercício da cidadania; 3 - permitir o aperfeiçoamento, a complementação, a renovação ou a readaptação das capacidades em todas as épocas da vida; 4 - facilitar a atualização dos conhecimentos e a compreensão dos problemas do país e do mundo, a todos os cidadãos, quaisquer que sejam seus títulos e responsabilidades; 5 - permitir a todos usufruir do patrimônio da civilização e de seu constante enriquecimento. (GADOTTI, 1981, p. 60).

Um dos defensores da educação permanente na França foi Bertrand Schwartz, Educador que iniciou sua carreira na década de 1940 e defendia como

princípio essencial a permanente continuidade entre a educação dos mais jovens e dos adultos e também a continuidade da educação do adulto, que poderia retomá-la a qualquer momento. Assim, parar os estudos deveria ser improvável, uma vez que poderiam existir, durante o processo, diferentes trajetórias, ritmos e formas de continuá-los (SCHWARTZ, 1969.p.42).

Para o Educador,

[...] dentre as razões para que se desenvolvesse a educação permanente, estava a necessidade do adulto de não perder os conhecimentos adquiridos, adquirir novos e ainda permitiria aqueles que não tiveram possibilidades de prosseguir seus estudos, recuperá-los para ascender na hierarquia social. (SCHWARTZ, 1969, P. 43).

A promoção funcional era vinculada à possibilidade de que todos deviam ter de se adaptar à uma nova profissão e, como extensão disso, o fenômeno da conversão de mão de obra, considerado crescente, justificava a educação permanente.

Pierre Furter, um dos grandes defensores da Educação Permanente, nasceu na Suíça e doutorou-se em filosofia da educação. Esse pensador trabalhou por seis anos na América Latina, inicialmente no Brasil, realizando pesquisas no campo do analfabetismo e da cultura popular, ocasião em que definiu a Educação Permanente não como algo que se acrescenta a um sistema dado, mas encarada em nova perspectiva:

A Educação Permanente, portanto, não é um apêndice, uma cúpula, mas a fonte e o fundamento de todo sistema escolar. A educação permanente é uma concepção dialética da educação, como um duplo processo de aprofundamento, tanto de experiência pessoal quanto da vida social global, que se traduz pela participação efetiva, ativa e responsável de cada sujeito envolvido, qualquer que seja a etapa da existência que esteja vivendo. (FURTER, 1983, p. 136).

Paul Lengrand, também teórico e profissional de educação de adultos, foi secretário da Organização das Nações Unidas para a educação, a Ciência e a Cultura – UNESCO, desde 1948, e contribuiu com suas pesquisas para a elaboração de teorias sobre Educação Permanente, assim como para sua divulgação. Para Lengrand, a educação deveria fazer de cada homem um

autodidata, no pleno sentido do termo, fazendo com que ele definisse seus destinos intelectuais, morais e espirituais (LENGRAND, 1970, p. 65).

### **1.3 A ação da UNESCO na efetivação da educação permanente**

A ideia da Educação Permanente ganhou rapidamente grande popularidade, graças à ação direta de instituições como a UNESCO, que a “adotou como ‘ideia mestra’ de toda sua política educacional” (GADOTTI, 1981, p. 62). Desde o início dos anos 60, as organizações internacionais desenvolveram grande esforço de pesquisa teórica, assumindo, assim, um papel de vanguarda em relação aos centros de pesquisa ministeriais e universitários, contribuindo amplamente para produção e difusão de uma documentação considerável sobre educação permanente, indicativas de formas para sua operacionalização

A educação permanente foi definida pela UNESCO e pelo Conselho da Europa como um conceito que englobava “a formação total do homem, segundo um processo que prossegue durante toda a vida, implicando num sistema completo, coerente e integrado que ofereça os meios próprios para responder às aspirações de ordem educativa e cultural de cada indivíduo, conforme suas faculdades”. Segundo Pierre Furter, membro do Comitê Diretor da Educação Permanente do Conselho da Europa,

O plano de trabalho deste organismo no âmbito da Educação Permanente, passou primeiro por uma fase conceitual (de 1966 a 1971), onde se buscava responder à questão: como oferecer a cada indivíduo, durante toda a sua existência, uma educação adaptada simultaneamente às necessidades econômicas e sociais e as motivações pessoais. A partir de 1972 seguiu-se uma fase operacional para pôr a prova as primeiras tentativas de aplicação de certos aspectos e elementos do esquema geral da evolução da educação permanente, pelos países membros. (FURTER, 1975, p. 128).

Após o período de elaboração do conceito, as organizações internacionais se dedicaram à implantação da educação permanente. A ação estaria fundamentalmente subordinada à integração educação-vida ativa. Essa integração considerava a educação não como um fim em si, mas como uma função vital em todo o plano de desenvolvimento econômico e social, tanto nos países industrializados como naqueles em via de industrialização.

A integração educação-vida ativa supunha um equilíbrio funcional entre a formação inicial e as posteriores. A relação integrada se traduzia, enfim, pela alternância estudo/trabalho, que correspondia aos estágios realizados pelos estudantes no mundo da produção, visando uma simples iniciação ou uma especialização profissional, e correspondia, também, ao retorno dos trabalhadores para uma situação, seja se reintegrando ao curso básico ou universitário, seja participando das atividades de formação organizadas pela própria empresa.

A crise da educação nos anos 60 afetou tanto os países industrializados como aqueles em desenvolvimento. As estruturas tradicionais de ensino eram insuficientes para atender as novas necessidades educativas e as diversas sociedades buscaram meios de atender as novas demandas de formação. Os acontecimentos de 1968, que levaram milhões de estudantes às ruas, preocuparam muito as autoridades internacionais, responsáveis pelo bom comportamento da educação:

O movimento estudantil de 1968 que ocorreu em vários países, mas principalmente na França, denunciou a excessiva centralização do ensino. Os estudantes se rebelaram propondo a “imaginação no poder” e “é proibido proibir”, a UNESCO, em sua 15ª Conferência geral, analisando a crise da educação, propôs uma nova orientação chamada educação permanente. Os sistemas nacionais de educação deveriam ser orientados pelo princípio de que o homem durante toda a vida e não apenas durante os anos de frequência escolar propriamente dita. Esse novo conceito da educação era extremamente amplo, mas era em sua essência uma educação para a paz. Depois de meio século de guerras mundiais, a todos parecia necessário que a educação fosse um baluarte da paz. (GADOTTI, 2011, p. 271).

Foi assim que as organizações intergovernamentais, como a UNESCO, a OIT, o Conselho de Cooperação Cultural da Europa e a Organização para a Cooperação no Desenvolvimento Econômico – OCDE, juntamente com o Banco Mundial, apresentaram novos projetos para substituir, após 1968, o sistema tradicional de ensino, por um sistema de educação permanente.

A proposta do programa e do orçamento da UNESCO para 1969-1970 considerava a educação permanente como meio de ser cultivada uma aptidão para compreender o mundo que cercava o trabalhador, permitindo que ele se adaptasse às exigências de um mundo em rápida transformação, mas também às condições de trabalho e de vida em geral, submetidas a mudanças constantes (BUITRON, 1969, p. 63).

Em 1972, a Comissão Internacional para o Desenvolvimento da Educação, estabelecida pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), que tinha como presidente Edgar Faure e como membros, especialistas de diversas nacionalidades, apresentou um relatório publicado sob o título *Aprender a ser*, e que é mais conhecido como *Relatório Faure* ou relatório da UNESCO, que nada mais é do que um conjunto de recomendações para os grandes problemas suscitados pelo desenvolvimento da educação num mundo em transformação.

O *Relatório Faure* consubstanciou uma reflexão crítica de homens de formação e origens diversas que pesquisaram, com toda a independência e objetividade, as soluções em conjunto para os grandes problemas suscitados pelo desenvolvimento da educação num mundo em transformação: “Uma aprendizagem continua é uma necessidade que decorre por exigência do desenvolvimento econômico e social moderno que exige o aperfeiçoamento constante das qualificações” (GADOTTI, 1981, p. 67).

Algumas estratégias foram propostas, como: os países ricos deveriam assistir os países em via de desenvolvimento; o analfabetismo deveria ser eliminado; a participação mais ativa deveria ser cobrada da escola e dos professores na educação dos adultos; os equipamentos e instalações escolares deveriam ser amplamente utilizados; os educadores de adultos deveriam ter um estatuto próprio; as mulheres teriam acesso a todos os tipos de educação; preparação e formação cívica; valorização de órgãos voluntários; a educação de adultos seria parte integrante do sistema de ensino.

Tais linhas de ação procuravam resolver os problemas de alfabetização, de desenvolvimento rural e de formação urgente de quadros, principalmente por aqueles que haviam se libertado do sistema colonialista. Visando o cumprimento desta recomendação, a UNESCO sugeriu que todos os países-membros estimulassem a realização de debates e experiências que permitissem interpretar à ideia de educação permanente, em função das condições nacionais, regionais e locais (GADOTTI, 1981, p. 79).

Dos anos 70 em diante, organizações internacionais, governamentais, instituições responsáveis pela coordenação e implantação de políticas adotaram a expressão *educação permanente* e passam a considerá-la princípio básico das políticas educativas: “A institucionalização acontece através de mecanismos como a

legalização, a universalização e a operacionalização (aparecimento de novas técnicas e novos profissionais). Esses mecanismos não são os únicos, mas são os primeiros em relação a outros como a comercialização e a vulgarização” (PINEAU, 1977, p. 167).

Pineau (1977) observa ainda “que um imenso mercado legitimado se criou e fez com que se multiplicassem instituições de formação e surgissem publicações”. Com a institucionalização ocorreu mudança nos locais de produção desse discurso, verificando-se um deslocamento dos produtores desse discurso: “De marginais, dominados e não estruturados, estes locais de produção se tornaram centrais, dominantes, estruturados e estruturantes” (PINEAU, 1977, p. 167).

Segundo o mesmo autor, o deslocamento do discurso no interior dos aparelhos ideológicos do Estado transforma a educação permanente na ideologia educativa dominante, passando, então, a ser tomada como ponto de chegada, de referência e também de crítica (PINEAU, 1977, p. 168).

Christian Baudelot (1979), ao falar sobre a ‘escola e a divisão capitalista do trabalho’, considera que “a escola é um reflexo da sociedade, assim sendo, tudo que acontece em seu interior deve ser explicado através do que ocorre fora dos muros escolares, isto é, pela divisão capitalista do trabalho. Têm-se na grande indústria uma crescente divisão do trabalho manual e intelectual, ocasião em que se verifica, de um lado, trabalhadores manuais e empregados como funcionários do comércio, pessoal de serviços e operários, que vão realizar tarefas rotineiras e fragmentadas. De do outro lado, um grupo menor, formado por intelectuais, encarregados das tarefas de criação e planejamento (BAUDELOT, 1979, p. 197).

E continua o autor, a escola capitalista vai alimentar estes dois polos do mercado de trabalho de forma bem distinta. Em uma extremidade, ela forma um pequeno número de intelectuais, nas melhores escolas secundárias, que vão desembocar nas universidades. E na outra extremidade, a escola forma a massa de trabalhadores mais ou menos qualificados e condenados a vender-se, por um salário irrisório, aos donos das grandes corporações industriais, das cadeias de lojas, ou dos escritórios. Tais trabalhadores “serão os usuários da educação permanente, pois um mundo em constante mudança necessita de trabalhadores constantemente qualificados e especializados” (BAUDELOT, 1979, p. 198).

O conjunto de instituições e de práticas pedagógicas tratadas sob a denominação genérica de *educação permanente* aparece como uma tentativa de

solução para um problema, cuja natureza é menos pedagógica e mais econômica e social, a fim de assegurar uma qualificação funcional e flexível da força de trabalho requerida pelo processo de produção capitalista: “No discurso da educação permanente o apoio das exigências técnicas vem mascarar o que está realmente em jogo, que é a necessidade de reorganizar os sistemas de ensino em função das necessidades do processo de exploração” (IPOLA, 1977 p.1 81). E complementa:

Esta qualificação deve ser capaz de se adaptar continuamente às exigências colocadas pela renovação quase ininterrupta dos fatores e das modalidades do processo de trabalho. Ela deve por consequência ser concebida como um processo constante de qualificação e requalificação, em outras palavras como educação permanente. (IPOLA, 1977, p. 182).

O professor Gadotti (2011, p. 196) considera que tudo o que acontece dentro da escola só pode ser explicado através do que ocorre fora dos muros escolares, isto é, pela divisão capitalista do trabalho:

A escola capitalista contribui, por sua vez, para reproduzir e aprofundar essa polarização das qualificações. De fato, a escola alimenta os dois polos do mercado de trabalho, através de dois fluxos bem distintos. Em uma extremidade, ela forma um pequeno número de quadros intelectuais nas melhores escolas secundárias, desembocando nas universidades. Na outra ponta, a escola orienta a formação de massas trabalhadoras mais ou menos qualificadas e condenadas a vender-se por um salário irrisório aos donos das grandes corporações industriais, das cadeias de lojas ou dos escritórios.

E conclui dizendo que a função real da escola capitalista não é, em absoluto, fazer desabrochar harmonicamente o indivíduo ou desenvolver suas aptidões pessoais. Ao contrário, “o papel da escola é produzir contingentes de mão de obra mais ou menos qualificadas para o mercado de trabalho.” (GADOTTI, 2011, p. 198). É a estrutura do mercado de trabalho que pressiona a escola com toda a sua força, a ponto de imprimir sobre ela sua marca:

A educação permanente aparece no momento em que o modo de produção capitalista, precisava de um meio mais eficaz do que a educação tradicional, para adaptar rapidamente os indivíduos e, mais particularmente os trabalhadores, às tendências previsíveis da economia. Indispensável para a manutenção das sociedades em mudanças, a educação permanente, submete toda educação à política econômica. De um lado, a educação permanente traduz, no

domínio educativo, o conceito de monopólio do modo industrial de produção, de outro lado, ele tende a integrar a educação a esse mesmo monopólio para operar sua reprodução. (GADOTTI, 1981, p. 86).

#### **1.4 A Educação no Brasil**

Apesar de ter sido descoberto em 1500, somente em 1549 o primeiro governador geral do Brasil chegou às terras descobertas. Trazia um grupo de jesuítas, composto de quatro padres e dois irmãos, chefiados por Manuel de Nobrega. Eles vieram com a missão, conferida pelo rei de Portugal, Dom João III, de converter os gentios:

Para atender a esse mandato, os jesuítas criaram escolas e instituíram colégios e seminários que foram espalhando-se pelas diversas regiões do território. Por esta razão considera-se que a história da educação brasileira se inicia em 1549 com a chegada desse primeiro grupo de jesuítas. Assim a inserção do Brasil no chamado mundo ocidental, deu-se por meio de um processo envolvendo três aspectos intimamente articulados entre si: colonização, educação e a catequese. (SAVIANE, 2011, p. 43).

Saviani (2011, p. 44) avalia que os jesuítas vieram em consequência de uma determinação do rei de Portugal, sendo apoiados tanto pela coroa portuguesa como pelas autoridades coloniais. Nessas circunstâncias, puderam agir de forma mais orgânica, vindo a exercer o monopólio da educação nos dois primeiros séculos da colonização.

A família real chegou ao Brasil em 1808, permanecendo até 1878. Em 1822 foi proclamada a independência, por Dom Pedro I e este, por decreto baixado em 3 de junho de 1822, convocou a Assembleia Geral Constituinte. Em 3 de maio de 1823, o imperador, no discurso de inauguração e instalação dos trabalhos da mesma assembleia, destacou a necessidade de uma legislação especial para a instrução pública.

Durante os trabalhos da assembleia constituinte, vários projetos foram apresentados, mas nenhum chegou a ser promulgado, pois foi a mesma dissolvida por Dom Pedro I, em 12 de novembro de 1823, outorgando, em 25 de março de 1824, a primeira Constituição do Império do Brasil, que se limitou a afirmar, no inciso

32 do último artigo(179) do último título, que a instrução primária deveria ser gratuita a todos os cidadãos.

A primeira lei de educação do Brasil independente data de 15 de outubro de 1827 e determinava a criação de Escolas de Primeiras Letras em todas as cidades, vilas e lugares mais populosos. Infelizmente, a lei não foi efetivada e a instrução pública na primeira metade do século XIX caminhou a passos lentos. Outra observação importante é que os escravos estavam excluídos do processo educacional, pois não eram considerados cidadãos brasileiros, mas meras mercadorias de propriedade dos senhores (GADOTTI, 2011, p. 230).

Chama a atenção o Decreto nº 7.247, de 19 de abril de 1879, que reformou o ensino primário, secundário e superior no município da Corte, documento legal que ficou conhecido como Reforma Leôncio de Carvalho. Trata-se de um longo texto que traz à tona um elemento novo, que ocupou lugar central no ideário pedagógico brasileiro no Segundo Império e ao longo da Primeira Republica: o higienismo. Pela primeira vez apareceu na legislação relacionada à política educacional a questão social, ainda que numa visão liberal, que considerava o sujeito como culpado pelos problemas sociais e a solução estaria na instrução, visto que a educação naquele momento surge como único meio para livrar o Brasil do analfabetismo, das doenças, da ignorância e da pobreza.

Nas últimas décadas do Império, os debates sobre a importância da educação e a necessidade de sua organização, em âmbito nacional, não produziram o resultado esperado. Com a Proclamação da República, em 1889, a instrução pública foi mantida sob a responsabilidade das províncias, que agora se tornavam estados.

A primeira Constituição Republicana (1891) preconizou, no seu Artigo 35, que cabe ao Congresso Nacional, ainda que não privativamente, criar instituições de ensino superior e secundário nos estados. Embora omissa quanto à responsabilidade sobre o ensino primário, delegava aos estados competência para legislar e prover este nível de ensino (SAVIANI, 2011, p. 44).

O final do século XIX assistiu ao deslocamento do eixo da economia brasileira do Nordeste açucareiro para o Centro Sul do país, com o aparecimento da agricultura cafeeira. Nesse período, o entusiasmo pela educação atingiu o seu ponto culminante na efervescente década de 1920: “A concepção humanista moderna

filosofia da educação ganhou impulso no Brasil, especialmente a partir da criação da Associação Brasileira de educação (ABE), em 1924” (SAVIANI, 2011, p. 44).

A prosperidade decorrente dos altos lucros proporcionados pela exportação do café propiciou um progressivo desenvolvimento, acompanhado de crescente complexificação social, acelerada durante a primeira grande guerra, entre 1915 e 1919. O número de operários no Brasil passou, de 500mil, em 1920, para 800 mil, em 1930: “O próprio complexo exportador cafeeiro engendrou o capital-dinheiro disponível para transformação em capital industrial” (MELLO, 1982, p. 147).

Assim, o desenvolvimento do capitalismo implicou no descolamento do eixo da vida societária: do campo para a cidade e da agricultura para a indústria. Em 1928 é fundado o Centro das Indústrias do Estado de São Paulo (CIESP), para unificar o discurso da burguesia industrial, e em 1931 é criado o IDORT - Instituto de Organização Racional do Trabalho (SAVIANI, 2011, p. 44).

Segundo Saviane (2011), o IDORT exerceu influência decisiva na formulação das políticas governamentais em todo período pós-revolução, de 1930 até 1945, marcando fortemente a reorganização educacional, não apenas no que se refere ao ensino profissional, no qual sua orientação foi decisiva. Roberto Mange e Lourenço Filho, dirigentes do IDORT, atuaram como consultores na elaboração das Reformas Capanema, de 1942 e 1943, das quais resultaram a criação do Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI), e as Leis Orgânicas do ensino industrial, secundário e comercial (SAVIANI, 2011, p. 192).

Uma das primeiras medidas do governo provisório pós-revolução de 1930 foi a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública. Já no primeiro semestre de 1931, o Ministro Francisco Campos decretou uma série de medidas que estamparam a orientação do novo governo: tratar a educação como uma questão nacional, convertendo-se, portanto, em objeto de regulamentação, por parte do governo central, nos diversos níveis e modalidades.

Na década 1930, a burguesia urbano-industrial chegou ao poder e apresentou um novo projeto para a educação, ocasião em que essa instância passou a ser motivo das preocupações dos governantes. Segundo Gadotti (2011),

O Manifesto dos Pioneiros da Educação Nova, em 1927, em favor do Plano Nacional de Educação [...] e a fundação em 1938 do Instituto nacional de estudos Pedagógicos (INEP), foram os dois grandes acontecimentos da década de 1930, para a teoria educacional (GADOTTI, 2011, p. 232).

Outro aspecto que merece referência diz respeito ao Decreto nº 19.941, que introduziu, pela primeira vez na história da República, o ensino religioso nas escolas públicas, ocasião em que o novo ministro atendeu a uma insistente reivindicação da Igreja Católica. Decore que naquele momento, no Brasil, tratava-se de converter a questão social, de caso de polícia, como fora tratada na república velha, em questão política.

Em suma, no período analisado as ideias pedagógicas no Brasil foram marcadas por um equilíbrio entre a pedagogia tradicional, representada de forma hegemônica pelo pensamento da Igreja, e a pedagogia nova, de roupagem mais progressista. Chamamos atenção para a reforma que ficou conhecida como Reforma Capanema, que reorganizou toda a estrutura educacional através das oito leis orgânicas do ensino:

**Quadro nº 1: Leis Orgânicas da Reforma Capanema (1942-1946)**

<b>DECRETO LEI Nº</b>	<b>DATA/CRIAÇÃO</b>	<b>DEFINE, CRIA E ESTABELECE</b>
Nº 4.048	22/01/1942	CRIOU O SENAI
Nº 4.073	30/01/1942	LEI ORGÂNICA DO ENSINO INDUSTRIAL
Nº 4.244	09/04/1942	LEI ORGÂNICA DO ENSINO SECUNDÁRIO
Nº 6.141	28/12/1943	LEI ORGÂNICA DO ENSINO COMERCIAL
Nº 8.529	02/01/1946	LEI ORGÂNICA DO ENSINO PRIMÁRIO
Nº 8.530	02/01/1946	LEI ORGÂNICO DO ENSINO NORMAL
Nº 8.621	10/01/1946	CRIOU O SENAC
Nº 9.613	20/08/1946	LEI ORGÂNICA DO ENSINO AGRÍCOLA

Fonte: Organização da autora.

Analisando os decretos, percebe-se que o Estado, no período, atuou como agente da burguesia industrial e, para atender as suas necessidades, foram criadas em quase todos os estados, as escolas técnicas profissionalizantes, exigidas por vários ramos da indústria, que necessitava de maior qualificação e diversificação da força de trabalho. Eis novamente.... O chão da fábrica..., ou seja, a educação para reprodução da força de trabalho e a serviço do grande capital.

Depois da ditadura de Getúlio Vargas (1937-1945) abre-se um período de redemocratização no país, ocasião em que as liberdades democráticas foram respeitadas, as organizações de classes tiveram vigorosa ascensão na sociedade civil brasileira. Aglutinados sob a bandeira das reformas de base, uma forte

mobilização social se expressou, seja por meio das centenas de greves capitaneadas pelo movimento sindical urbano, seja pelos movimentos sociais manifestos tanto no campo como na cidade. O que se colocava em questão eram dois traços que caracterizavam a nossa formação social: o capitalismo sem reformas e a exclusão das massas dos níveis de decisão.

Na sequência, o golpe de 1964 destruiu essa alternativa de desenvolvimento econômico-social e político, que apontava para uma ampla reestruturação do padrão de desenvolvimento econômico e uma profunda democratização da sociedade e do Estado. A partir daí, com a instalação do regime militar foram estreitados os laços do Brasil com os Estados Unidos, ampliando a entrada de empresas internacionais e a demanda de mão de obra especializada por parte dessas mesmas empresas. Portanto, fez-se necessário que o sistema educacional configurasse uma orientação pedagógica para atender a tal demanda. Nascia a orientação educacional com fins tecnicista.

Na segunda metade da década de 1960, evidenciaram-se os elementos que deram forma à pedagogia tecnicista. Vários livros já haviam sido publicados desde 1962 e artigos com novas ideias pedagógicas foram editados nos periódicos da área. A tendência tecnicista foi se delineando mais claramente até sua incorporação na organização do sistema de ensino, na reforma do ensino superior, com a reestruturação das universidades brasileiras, através do Decreto-Lei n. 53, de 18 de novembro de 1966.

A concepção pedagógica tecnicista se assentava no pressuposto da neutralidade científica, visto que inspirada nos princípios de racionalidade, eficiência e produtividade, em que advogava a reordenação do processo educativo de maneira a torna-lo objetivo e operacional. Saviani faz a seguinte comparação entre as pedagogias tradicional, nova e tecnicista:

Se na pedagogia tradicional a iniciativa cabia ao professor, que era ao mesmo tempo, o sujeito do processo, o elemento decisivo e decisório; e se na pedagogia nova a iniciativa se desloca para o aluno, situando-se o nervo da ação educativa na relação professor-aluno, portanto, relação interpessoal, intersubjetiva; na pedagogia tecnicista o elemento principal passa a ser a organização racional dos meios, ocupando o professor e o aluno a posição secundária, relegados que são à condição de executores de um processo cuja concepção, planejamento, coordenação e controle ficam a cargo de especialistas supostamente habilitados, neutros, objetivos, imparciais. (SAVIANI, 2011, p. 382).

O Regime Militar instalado no Brasil era guiado pelo lema segurança e desenvolvimento, e tinha como objetivo oferecer à classe dominante desenvolvimento econômico com segurança, avaliando que a baixa produtividade do sistema de ensino se apresentava enquanto um entrave a ser resolvido. A entrada de empresas internacionais no país necessitava de trabalhadores capacitados.

A crise da sociedade capitalista, que eclodiu na década de 1970, conduziu a reestruturação dos processos produtivos e a substituição do modelo fordista pelo Toyotista<sup>2</sup>, que se apoiava em tecnologia leve e operava com trabalhadores polivalentes, produzindo em pequena escala, de acordo com a demanda, demandando trabalhadores que vestissem a camisa da empresa e elevassem constantemente a produtividade.

Nesse novo contexto o indivíduo teria que exercer sua capacidade de escolha visando a adquirir os meios que lhe permitisse ser competitivo no mercado de trabalho. A educação passou a ser entendida como um investimento em capital humano individual, que habilita as pessoas a competir pelos empregos disponíveis. O acesso a diferentes graus de escolaridades ampliou as condições de empregabilidade, o que não lhe garantia emprego, pelo simples fato de que, naquele formato de desenvolvimento capitalista, não havia emprego para todos.

Assim, para Saviani (2011, p. 431), configura-se, então, uma verdadeira pedagogia da exclusão. Trata-se de preparar os indivíduos para, mediante sucessivos cursos dos mais diferentes tipos, se tornarem cada vez mais empregáveis, visando escapar da condição de excluídos. Caso não conseguissem, a pedagogia da exclusão lhes teria ensinado a introjetar a responsabilidade por essa condição (SAVIANI, 2011, p. 431).

O lema *aprender a aprender*, tão difundido, mas com nova conotação, no neoescolanovismo, segundo Saviani, liga-se à constante atualização exigida pela necessidade de ampliar a esfera da empregabilidade, “portanto, a adaptação à sociedade cognitiva exige abandonar a segurança do conhecido, do familiar e do habitual e voltar-se para uma aventura do inédito e do imprevisível” (SAVIANI, 2011, p. 432).

---

<sup>2</sup> Sobre esse debate consultar: Antunes (2003), *Adeus ao trabalho?* Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho.

O processo de abertura democrática, a ascensão às prefeituras e aos governos estaduais de candidatos pertencentes a partidos de oposição ao governo militar, a campanha reivindicando eleições diretas para presidente da República, a transição para um governo civil, em nível federal, a organização e mobilização dos educadores, as conferências brasileiras de educação, a produção científica crítica desenvolvida nos cursos de pós-graduação em educação, eis aí um conjunto de fatores que marcaram a década de 1980 como um momento privilegiado para emergência de propostas pedagógicas contra hegemônicas.

### ***1.5 A Educação Permanente no Brasil: novamente o chão da fábrica...***

Pierre Furter, filósofo e pedagogo suíço, perito da UNESCO, que esteve no Brasil por várias vezes, considerava que a educação permanente nos países em desenvolvimento foi, muitas vezes, confundida com a educação fundamental, outras vezes à educação de adultos ou como educação popular. Diante disso esclarece que: “a educação permanente não era algo que se acrescentava a um sistema dado. Não era um novo setor, um novo campo e sim uma nova perspectiva que levava todos os educadores a redefinir toda e qualquer educação” (FURTER, 1969, p. 127).

O autor definiu a educação permanente como “uma concepção dialética da educação, como um duplo processo de aprofundamento, tanto da experiência pessoal quanto da vida social global, que se traduz pela participação efetiva, ativa e responsável de cada sujeito, qualquer que seja a etapa da existência que esteja vivendo” (FURTER, 1969, p. 128).

No Ano Internacional da Educação (1970), a ação dos organismos internacionais, principalmente da UNESCO, definiu como conceito chave o princípio da Educação Permanente enquanto inspiradora das novas políticas educacionais dos países membros. Especialistas da UNESCO, como Pierre Furter, participaram da capacitação desenvolvida no Brasil e suas ideias foram disseminadas não só em São Paulo e Rio de Janeiro, mas em outros estados do país. A SUDENE e o SESC foram instituições que primeiro implantaram a educação permanente no Brasil. Pouco antes de 1967, a Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE), órgão diretamente subordinado à Presidência da República, organizou um seminário sobre o desenvolvimento da educação de adultos, em Recife, do qual participou Durmeval Trigueiro Mendes. Nesse seminário, partindo da ideia de que

uma reforma da educação seria indispensável para uma nação moderna, apresentou a *educação permanente* como um instrumento para criar caminhos e alcançar rapidamente o futuro.

Em 1969, o Instituto Nacional de Estudos Pedagógicos (INEP) publicou um número especialmente dedicado à educação permanente, no qual aparece um único texto de autor brasileiro, ao lado de expressivos educadores europeus. No seu artigo, Durmeval Trigueiro Mendes avaliou que “a possibilidade de escolarizar os países dependentes, segundo ‘o modelo tradicional’, ultrapassa em muito a capacidade desses países dispensarem elevadas somas que requerem recursos materiais e humanos, especialmente naqueles que estão em processo de desenvolvimento” (MENDES, 1969, p. 12).

Para o autor, a única saída estava na educação permanente, ligada não só à atividade profissional, mas à práxis humana: cívica, social, cultural e política: “Estaremos em atraso irreparável com a nossa própria sociedade se não partirmos rapidamente para a educação permanente” (MENDES, 1969, p. 17). Partindo desse entendimento, tal concepção foi, pouco a pouco, incorporada à realidade brasileira, fazendo parte dos discursos governamentais e até mesmo permeando a promulgação de leis, como a de número 6297/75, que criou um incentivo fiscal para que as empresas desenvolvessem atividades de formação.

Assim, no Brasil, sustentado pela teoria do capital humano, a educação permanente foi concebida como formação de recursos humanos para a produção, abarcando todo o tipo de iniciativa educacional necessária ao desenvolvimento do país: “Capital humano é definido como o processo de formação e incremento do número de pessoas que possuem habilidades, a educação e a experiência indispensável para o desenvolvimento político e econômico de um país” (HARBISON, 1974, p. 127).

A análise histórica da educação permanente nos permite caracterizá-la como um projeto de reforço à sedimentação do modo de produção capitalista (MPC), a manutenção da divisão social do trabalho e o fortalecimento da sociedade tecnocrática. GADOTTI (2001, p. 133), assim se coloca:

A educação permanente é um discurso ideológico, como todo discurso educativo. Só que esse discurso é essencialmente reacionário, conservador, já que se destina a ser instrumento de

reprodução de uma sociedade, caracterizada pela falsa aparência de liberdade e pela manipulação das consciências.

Uma leitura ontológica pode nos levar ainda mais adiante: a imagem do homem que nos é mostrada pela educação permanente é uma objetivação do homem e do mundo. Um homem que fala “sobre e no mundo” e aqui, corroborando com Paulo Freire (1970, p. 36), vale recusar falar ‘sobre’, de agir ‘sobre’ e de seu compromisso com a palavra engajada, ‘fruto de um caminho percorrido’. Sim, porque a educação não pode ser outra coisa a não ser uma obra Libertadora do homem e do mundo, operada junto, e não um ato individual de manipulação e de domínio do mundo”.

Gadotti (1981) concebe que o ato educativo se produz no encontro com o outro, no mundo do trabalho, que é cultura, concebida enquanto o conjunto do trabalho de um grupo transformando o meio em meio social, cultural, servindo ao homem. Um projeto cultural de uma sociedade implica um debate profundo sobre suas condições de trabalho, sem o qual todo projeto educativo pode se tornar um aparelho de opressão e de repressão (GADOTTI, 1981, p. 156).

Para sintetizar o pensamento pedagógico brasileiro, Gadotti (2011, p. 238), o define com duas tendências gerais:

Os educadores e teóricos da educação liberal defendem a liberdade de ensino. Segundo eles, o Estado deve intervir o mínimo possível na vida de cada cidadão particular. Nessa tendência existem defensores da escola pública e defensores da escola privada. Os educadores e teóricos da educação progressista defendem o envolvimento da escola na formação de um cidadão crítico e participante da mudança social. Também aqui, encontramos correntes que defendem diferentes papéis para a escola: Uns combatem mais a burocracia escolar e outros a deterioração da educação escolar. Uns defendem mais a direção escolar e outros a autogestão pedagógica. Uns defendem maior autonomia de cada escola e outra maior intervenção do Estado.

Gadotti afirma ainda que o pensamento pedagógico brasileiro é muito rico e está em movimento, e tentar reduzi-lo a esquemas fechados seria uma forma de esconder sua riqueza e dinâmica.

## **CAPÍTULO II**

### **A EDUCAÇÃO PERMANENTE NO CONTEXTO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL**

#### **2.1 Os fundamentos...**

Arouca (2003) estabelece os seguintes ciclos históricos referentes aos conceitos de saúde e doença:

Ciclo religioso: temor do doente e da doença. A doença é um castigo, punição divina. É flagelo [...] deve ser afugentado e banido. Assim acontecia com epiléticos, leprosos e sífilíticos;

Ciclo médico: defesa do doente contra a doença, o doente é digno de piedade. Tratá-lo piedosamente é servir a Deus [...] Daí, a defesa do sadio contra a doença. Hospitais e lazaretos para tratamentos adequados;

Ciclo profilático: defesa do são contra a doença. A doença é perigo público [...] Foi nesta fase que se pronunciou a independência da higiene com relação à medicina propriamente dita; vem daí as práticas de isolamento, quarentena, desinfecção, notificação compulsória, vacinas coletivas;

Ciclo econômico: extinção da doença. A doença, sendo mal evitável, deve ser combatida: para o indivíduo à parte, o sofrimento é ônus considerável: o doente é instrumento ou máquina de trabalho e riqueza parado, estragado ou perdido. Para a sociedade, é ônus considerável e constante, porque todos os males e prejuízos individuais se repetem sem cessar. Daí, a doença não deve existir: ao invés de se premunirem contra ela, os indivíduos, a comunidade se empenhariam em exterminá-las (AROUCA, 2003, p.112).

Para Silva (1998, p.40), foi no capitalismo urbano industrial – segunda metade do século XIX – que se intensificou a ação do Estado, momento em que os problemas de saúde começaram a afetar tanto o proletariado quanto a classe dominante.

O que fica evidente é que a saúde, assim como a educação, sempre tem respondido às determinações econômicas, sociais e políticas do modo de produção no qual estão inseridas.

## **2.2 Extratos da política de saúde no Brasil**

No Brasil, a história dos cuidados com as pessoas teve início com as práticas tradicionais dos povos indígenas, adicionadas àquelas trazidas com a colonização portuguesa, quando esses saberes foram incorporados pelos jesuítas. Mais tarde, esse corpo de conhecimento foi acrescido pelos conhecimentos e práticas oriundos da cultura africana, trazidos para o Brasil através dos escravos, além do ideário espírita, originário da Europa, estabelecido no Brasil em meados do século XVII (PEREIRA, 2001, p. 32).

No século XIX, o cuidado se fez mais marcante no Brasil, pela vinda da família real portuguesa, em 1808, e pelas subseqüentes mudanças no panorama cultural da colônia, com claras repercussões no âmbito das práticas de saúde. A exemplo, no mesmo ano de 1808 foram instaladas escolas médico-cirúrgicas, no Rio de Janeiro e Bahia (FIGUEIREDO, 2002, p. 29).

Como ocorria na maioria dos países europeus, também aqui a ciência e o conhecimento acadêmico passaram paulatinamente a ser sinais de *status* e prestígio. Mas, diante da inexistência de cursos médicos na colônia, os poucos médicos acadêmicos que aqui atuavam eram estrangeiros ou filhos de famílias abastadas, formados na Europa. Apenas na década de 1830 começaram a funcionar as primeiras faculdades de medicina num Brasil politicamente independente da metrópole portuguesa (FIGUEIREDO, 2002, p. 81).

Os médicos disponibilizavam seus serviços apenas para as poucas famílias que podiam pagar, cabendo aos práticos e aos curadores de diferentes filiações religiosas, a assistência à maioria da população.

No campo da saúde pública, o período foi marcado pela adoção de medidas coercitivas que objetivavam controlar as grandes epidemias, servindo também aos interesses de poder e prestígio dos médicos higienistas, seja no âmbito do governo imperial e, posteriormente, na república (SAMPAIO, 2001, p. 47). A Junta central de Higiene Publica foi criada na década de 1850, no interior do processo de centralização dos serviços sanitários do Império, que até então eram de responsabilidade das autoridades locais e restringiam-se basicamente no controle da sujeira das ruas e quintais (COSTA, 1986, p. 31).

Com o regime republicano, iniciado em 1889, a atuação do Estado foi ampliada em todos os campos da sociedade brasileira, passando a ter um papel

crescentemente enquanto intervencionista e regulador. Pereira (2001, p. 54) aponta duas ações específicas: o estabelecimento de uma lei regulamentando a formação profissional em saúde, datada de 1915, e a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1920.

No Brasil, a questão social, latente ou explícita, sempre esteve no centro das lutas sociais travadas no interior da sociedade (SILVA, 2008, p. 40), tendo a saúde como uma de suas expressões, e já no início do século XX vivenciou situações de conflitos, uma vez que as intervenções sanitárias eram realizadas arbitrariamente.

Assim, devido ao estado epidêmico em que se encontrava o Brasil, em especial no Rio de Janeiro, Oswaldo Cruz, nomeado pelo então presidente Rodrigues Alves, como diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, contratou cerca de 1.500 pessoas conhecidas como guardas sanitários, para, através da força, se necessário, trabalhar nas campanhas sanitárias. Caracteriza-se, assim, o modelo campanhista de intervenção.

Costa (1986) destaca, ainda, o papel que a Fundação Rockefeller teve, no início do século, nas práticas de saúde no Brasil. Seu objetivo era garantir uma estratégia norte-americana de sanear as epidemias em países com possibilidades de expandir capital e isso foi garantido no caso do Brasil. Seu modelo de atuação era centrado em atividades de pesquisa, programas e campanhas de saúde pública e educação médica, dando continuidade aos programas de combate à febre amarela, implantado por Oswaldo Cruz, pioneiro em saúde pública no Brasil (COSTA, 1986, p. 79).

Em 1923, o governo federal instituiu a previdência social, com a criação por iniciativa do Estado das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). O delineamento dado na década de 20 marcou o sistema previdenciário brasileiro, com reflexos que se fazem perceber até a atualidade: um modelo que previa a assistência médica a uma minoria, composta pelos trabalhadores do mercado formal:

Com forte caráter curativo e com assistência prestada em regime de contratação de serviços, o sistema previdenciário brasileiro instaurou um modo de organização e uma lógica de funcionamento que privilegia interesses corporativos e de mercado, em detrimento da saúde do conjunto da população. (COHN, 2003, p. 29).

Com ênfase na consolidação de políticas de abrangência nacional, inclusive com a criação do Ministério da Educação e Saúde, em 1930, o período foi marcado pela centralização e burocratização dos serviços de saúde, bem como pelo fortalecimento do campo profissional da saúde pública, com iniciativas visando a especialização e aperfeiçoamento de médicos, enfermeiras, visitadoras sanitárias, engenheiros e guardas sanitários (LIMA, 2004, p. 25).

No cenário Internacional, a constituição de uma agenda para o setor da saúde, sob iniciativa do Banco Mundial, da Organização Mundial de Saúde e da Oficina Pan-Americana de Saúde, atual Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), foi seguida, na década de 1940, pelo estabelecimento de diretrizes para o setor saúde nos países da América (LIMA, 2004, p. 38).

Assim se consolidou a influência norte-americana no campo da saúde pública, principalmente na América Latina, iniciada com as ações da repartição da saúde pública da Fundação Rockefeller, mediante financiamento de programas, pesquisas, formação e atualização profissional (AROUCA, 1975, p. 132).

O período entre 1930 e 1943 pode ser considerado como de introdução das políticas sociais no Brasil, inclusive com a criação do Ministério do Trabalho, em 1930; da carteira de trabalho, implementada em 1932 e convertida em documento da cidadania no país; e ainda com a Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT, em 1943. Indício do posicionamento do Estado frente às questões trabalhistas, a CLT foi inspirada na legislação trabalhista da era fascista de Mussolini e atrelada à organização sindical ao Ministério do Trabalho (BEHRING, 2006). Aqui, a questão social ganhou foro de questão política, porque todas essas medidas implementadas durante o governo de Getúlio Vargas, além de buscar legitimar o projeto político do Estado Corporativo, respondeu às demandas dos trabalhadores, sob forte organização política, fruto das contradições expressas nas relações de produção no país, resultantes da industrialização (SILVA, 2008).

Com a unificação das CAPs, nos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), congregando os trabalhadores por categoria profissional em nível nacional, a participação do Estado no financiamento, adicionada à redução da contribuição dos empregadores, foram fatores que concorreram para o estabelecimento do controle estatal na administração do sistema previdenciário brasileiro. Desde então, a tendência à centralização e a priorização da assistência médica individualizada,

prestada pelo setor privado e custeada com recursos públicos, tornaram-se cada vez mais gritantes no interior do sistema.

O período de 1946 a 1964 foi marcado pela disputa entre diferentes projetos políticos e pela intensificação da luta de classes. O acirramento da disputa política entre Estados Unidos e União Soviética repercutiu no Brasil. Foi fechado o Partido Comunista do Brasil e cassados os deputados, senadores e vereadores eleitos pela legenda, acusada de contrariar o regime democrático, a despeito de ter sido a terceira mais votada nas eleições de 1947. Houve também intervenção estatal nos sindicatos e rompimento das relações diplomáticas com a União Soviética.

Em setembro de 1947, Petrópolis, no Rio de Janeiro, foi sede da Conferência Interamericana de Manutenção da Paz e Segurança, que resultou no Tratado de Assistência Recíproca, garantindo aos Estados Unidos intervir onde quer que “a paz e a segurança estivessem ameaçadas” (BEHRING, 2006, p. 241).

Foi ainda na década de 50 que teve início o debate na busca de alternativas para superar a clivagem entre assistência médico-previdenciária e ações de saúde pública, preocupação que viria a se acentuar nas décadas seguintes (SANTOS 2004, p. 79).

Com os anos 60, uma série de importantes eventos políticos mudou radicalmente o cenário brasileiro. A efervescência política de caráter progressista, vivida pela sociedade civil, deu lugar a um regime militar marcadamente autoritário, resultando na implementação de um modelo de Estado altamente centralizador e regulador.

Com a crescente urbanização mudam-se as condições de vida e saúde da população, ocasião em que emergiram novas demandas. As ações acabaram por se realizar cada vez mais no espaço urbano, convertido em centro de vida econômica, em decorrência do processo de urbanização que resultou da internacionalização da economia nacional. Nesse cenário de crescimento econômico, a questão social passou a ser tratada associando-se repressão e assistência, mas também concessão de direitos sociais em um contexto de perda de direitos civis e políticos (BEHRING, 2006)

Em 1966, a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão no Instituto Nacional de Previdência Social – INPS representou uma centralização impensável ao contexto da democracia populista do período anterior, resultando na uniformização dos benefícios para todos os grupos populacionais incluídos no

sistema previdenciário, com privilégio para a medicina curativa com crescente densidade tecnológica e consolidação do modelo médico-assistencial privatista, delineado desde a década de 20. Firmou-se a compra, com recursos públicos, de serviços médicos privados pelo sistema previdenciário.

A crise econômica no final dos anos 70 e aprofundada nos anos 80, com a política neoliberal, só fez piorar, nos países em desenvolvimento, uma situação que já não era boa. Assim, o neoliberalismo propiciou o agravamento das já gritantes desigualdades sociais.

Por outro lado, nessa conjuntura se consolidou a divisão entre ações de saúde pública, reservada ao poder público, e as ações de atenção médica, desenvolvidas pelo setor privado e asseguradas pelo financiamento público. Formalizados pelos convênios assistenciais da Previdência Social, esse modelo passou a apresentar claros sinais de crise, desencadeando a ação de segmentos da sociedade civil em defesa do setor público de saúde (COHN; ELIAS, 2003, p. 87).

### ***2.3 A Reforma Sanitária e a democratização da saúde no Brasil***

Em meados da década de 70 surge um movimento paralelo na saúde que postulava sua democratização, justamente num período no qual novos sujeitos sociais emergiram nas lutas contra a ditadura; era a luta pela reforma sanitária brasileira:

Estudantes, professores universitários, setores populares e entidades de profissionais de saúde, passaram a defender mudanças na saúde, culminando com a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) em 1976. (FLEURY, 1998, p. 36).

Em plena ditadura militar, esse movimento sanitário tinha como diretriz a saúde e a democracia. No seu desenvolvimento histórico percebe-se claramente que a luta pela transformação da saúde nunca se distanciou da luta pela transformação da sociedade, mesmo sabendo que se vivia um momento de exceção.

Foi na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986 – marco legal do movimento – que a saúde passou a ser definida como a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, assim como de acesso aos

serviços de saúde. Este conceito de saúde resultante e condicionante de um conjunto de fatores transformou a luta pela saúde numa luta por transformação social:

A partir dessa conferência, a sociedade brasileira passou a dispor de um corpo doutrinário e um conjunto de proposições políticas voltados para a saúde que apontava para a democratização da vida social e para uma Reforma Democrática do Estado. E é justamente esse processo de democratização da saúde que naquela época cunhou o nome de Reforma Sanitária. (PAIM, 2008, p. 27).

Na Constituinte, o movimento se organizou para inscrever a saúde como direito elementar do cidadão brasileiro e para isso foram estabelecidas alianças com setores progressistas, populares ou não, comprometidos com a luta, sendo que o tratamento da questão não se deu sob a ótica do corporativismo, mas sim como uma questão nacional.

Vale ressaltar, entretanto, que muitas das propostas e programas que convergiram na proposição de um sistema de saúde unificado e universalizado foram prioritariamente fruto da atuação de integrantes desse grupo técnico sanitaristas, cuja perspectiva trazia forte influência da medicina social e das reflexões das ciências sociais no campo da saúde, apoiadas, no âmbito internacional, pela OMS e pela OPAS.

Portanto, a reforma sanitária, enquanto proposta, foi resultante de um longo movimento da sociedade civil brasileira em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde. Sua transformação em projetos se deu a partir da 8ª CNS, desenvolvendo-se como processo desde então, especialmente com a instalação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária. Pode-se afirmar que a Reforma sanitária é ao mesmo tempo proposta, projeto, movimento e processo. A unidade dialética saber-ideologia-prática é orgânica ao projeto da reforma sanitária e pode contribuir para a constituição de novos sujeitos sociais capazes de avançar o seu processo (TEIXEIRA, 1988).

Assim, podemos definir sua proposta como uma reforma social centrada na democratização da saúde, o que implica a elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes, mas também o reconhecimento do direito à saúde. Entretanto, “o movimento se ressentia de uma base social mais ampla, em que o

usuário pudesse assumir a questão saúde pelo lado contestador, revolucionário, possibilitando um processo de construção de uma nova hegemonia” (FLEURY, 1991, p. 10).

A proposta contra-hegemônica presente no movimento sanitário, embora fundamental para mudar visões de mundo e construir sujeitos sociais, nem sempre se manifestou capaz de alterar as relações sociais de poder.

#### **2.4 A questão da saúde na contrarreforma do Estado**

Com a eleição de Fernando Henrique Cardoso, em 1994, teve início um novo período cuja marca principal foi a Reforma do Aparelho Estatal, com a criação do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE) e elaborado o Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado, através dos quais se desencadeou a ofensiva governamental no sentido de impor as mudanças que se seguiram.

O Governo passou a assumir um discurso de que o modelo de Estado das últimas décadas, devido a sua forte intervenção na economia e consideráveis gastos sociais, fora o agente responsável pela emergência da crise econômica mundial.

A alternativa, portanto, para a resolução da crise, também no Brasil, foi direcionada para uma reforma do Estado, através da:

Recuperação da poupança pública e superação da crise fiscal; redefinição das formas de intervenção no econômico e no social através da contratação de organizações públicas não estatais para executar os serviços de educação, saúde, e cultura; e reforma administrativa pública, com a implantação de uma administração pública gerencial. “Reforma que significa transitar de um Estado que promove diretamente o desenvolvimento econômico e social para um Estado que atue como regulador e facilitador ou financiador a fundo perdido desse desenvolvimento. (BRESSER, 1997, p. 17).

A era FHC, pretendendo a ruptura com a ‘era Vargas’, possibilitou uma coalizão de forças orientadas para o mercado e “pelo projeto de normalização da ordem burguesa no país” (VIANNA, 2004).

Tal posicionamento adotado pelo Estado estava embasado no ideal da modernização neoliberal, expressa no Brasil através da fragilização das condições de trabalho e da vida das maiorias, da recusa de direitos, que nem sequer chegaram a se efetivar, e também pela erosão das mediações políticas do mundo social e do desgaste do espaço público como negociação e representação.

Segundo Montano (2001), a chamada contrarreforma do Estado estava articulada ao projeto de liberar, desimpedir e desregular a acumulação do capital, retirando a legitimação sistêmica e o controle social da lógica democrática e passando para a lógica da concorrência do mercado” (MONTANO, 2001, p. 29).

Assim, percebe-se que a proposta de Reforma do Estado tratou a questão como se fosse apenas uma crise de uma forma do Estado e não uma crise econômica e política.

No setor da saúde, a reforma do Estado foi marcada por diversas normatizações que surgiram a partir da segunda metade da década de 1990, como a Norma Operacional Básica NOB 96, que regulamentou os planos de saúde e seguros de saúde e fixou o preço dos medicamentos.

As proposições da contrarreforma na saúde impôs que os trabalhadores se transformassem nos novos financiadores do capital, via planos de saúde privados, naturalizando a concepção de cidadão consumidor e rompendo com o conceito do movimento da reforma sanitária que concebia a saúde enquanto direito de todos e a prestação de serviços um dever do Estado.

Behring (2008) define os anos 90 como um período que esteve em curso no Brasil uma contrarreforma do Estado, e não uma Reforma, como apontavam - e ainda o fazem – seus defensores: “Uma contrarreforma que se compôs de um conjunto de mudanças estruturais regressivas sobre os trabalhadores e a massa da população brasileira” (BEHRING, 2008, p. 280).

Segundo a mesma autora, nessa nova arquitetura institucional “o cidadão de direitos se torna cidadão – cliente, consumidor de serviços de organizações, cujo comportamento se pauta por uma perspectiva empresarial, com a apresentação de resultados” (BEHRING, 2008, p. 258).

Uma vez institucionalizado o SUS, ficou evidente a preponderância dos interesses do capital, particularmente no setor do complexo médico-industrial. Assim, embora a legislação tenha universalizado o direito à saúde – firmando como dever do Estado não apenas a execução das ações de saúde, mas também a adoção de políticas econômicas e sociais que a promovam – pode ser identificada uma série de entraves ao efetivo exercício desse direito pelo conjunto da população.

Apesar de todas as dificuldades enfrentadas, o SUS<sup>3</sup> representa uma das políticas sociais mais exitosas implementadas no Brasil. O seu balanço, apesar de positivo em diversas dimensões e atributos do sistema de serviços de saúde, revela

também que não basta um direito ser prescrito constitucionalmente para garantir a sua plena efetivação.

O cenário mundial, as tentativas de avanço da doutrina neoliberal impactaram de forma significativa as tentativas de implementação das recentes conquistas no campo das políticas públicas no Brasil, principalmente na questão do financiamento do sistema, uma vez que a universalização se deu de forma excludente, pois não houve ampliação dos recursos financeiros.

É tácito afirmar que os direitos sociais são conquistas da classe trabalhadora e sua efetivação permeia um Estado cuja correlação de forças leva a avanços e retrocessos. Na saúde, a luta da reforma sanitária, a mobilização popular e o nascimento do SUS<sup>3</sup> representaram avanços consideráveis. A saúde efetivou-se como um direito universal e como uma obrigação do Estado. O grande retrocesso se assenta na dificuldade de se estruturar de forma plena esse direito, tendo em vista a ofensiva neoliberal que minimizou o Estado, desconstruindo as conquistas no campo dos direitos da classe trabalhadora.

## ***2.5. As Conferências Nacionais de Saúde e a articulação da educação e saúde***

A formação dos profissionais da saúde sempre foi um desafio na construção do sistema de saúde brasileiro. Hegemonicamente, os processos educativos em saúde continuam centrados em modelos verticais de repasse de informações, e as mudanças no processo de gestão do trabalho são operadas, muitas vezes, numa dimensão político administrativa e, conseqüentemente, pouca atenção é dada aos mecanismos cotidianos e à dimensão do trabalho vivo em ato, como considera Merhy (2002, p. 192), ao destacar que “o trabalho em saúde acontece no encontro entre sujeitos, nas relações sociais, isto é, ele é produzido em ato, portanto, é um trabalho vivo”.

A natureza ontológica do trabalho na atenção e assistência em saúde se revela no encontro entre pessoas: o usuário, que traz uma necessidade, um

---

<sup>3</sup> O SUS é apontado como uma das mais significativas propostas de democratização no campo das políticas sociais no Brasil. Apesar dos avanços alcançados na legislação, constata-se facilmente que a saúde pública no nosso país ainda permanece imersa numa série de impasses que comprometem a efetivação dos princípios e diretrizes legalmente determinados.

sofrimento, com outra pessoa, que traz um conhecimento específico e instrumental para enfrentar esses problemas. Para Ramos (2009, p. 57), “O cuidar em saúde é uma produção coletiva concreta, intencional, em oposição ao trabalho abstrato, em que a razão de ser do trabalho de cada um se perde na indeterminação do trabalho coletivo”.

Para compreender essa relação faz-se necessário ter clareza que o processo de alienação *no e pelo* trabalho se manifesta na divisão de tarefas. Nessa divisão, o trabalhador não conhece o processo do trabalho como um todo, sendo o resultado final um conhecimento parcial e incompleto, o que o destitui de poder e de autonomia. Com isso, o produto do seu trabalho se abstrai do sujeito e ele não vê sentido nas ações que realiza diariamente.

Assim, a formação pelo trabalho deve permitir ao trabalhador, conhecer e reconhecer a totalidade do processo de trabalho, ainda que venha a atuar em uma parcela dessa totalidade. Para Ramos (2009, p.58), cada qual precisa ter suas responsabilidades, mas também comprometer-se com as responsabilidades dos outros, numa convergência para objetivos em comum”.

Foi na década de 1960 que a formação dos profissionais da saúde no Brasil começou a ganhar peso nas discussões e no planejamento das ações dessa área, em função da vinculação entre saúde e educação frente ao desenvolvimento econômico e social que o país se propunha a desenvolver. A área da educação caracterizava-se, naquele período, pela concepção produtivista, que tinha nas teorias do capital humano parte do seu acervo teórico.

Nessas teorias, os trabalhadores e a sua capacidade de trabalho eram considerados como um dos recursos-chave a serem mobilizados na empreitada desenvolvimentista. O Brasil precisava se modernizar e a formação da classe trabalhadora era vista como o caminho para se atingir esse intento.

Mészáros (2008, p. 10), considera que “educar é resgatar o sentido estruturante da educação e de sua relação com o trabalho e as suas possibilidades criativas e emancipatórias”. E na sua luta por uma educação emancipadora, continua, “transformar essas ideias e princípios em práticas concretas é uma tarefa a exigir ações que vão muito além dos espaços das salas de aula, dos gabinetes e dos fóruns acadêmicos.” A educação tem de sair às ruas, para os espaços públicos, e se abrir para o mundo”.

A formação de profissionais sempre foi uma questão da área da educação, sob a responsabilidade e competência do Ministério da Educação (ME), porém a área da saúde trouxe para si uma ação que era específica no campo da formação de seus profissionais. Para que se possa entender quando se consolidou a articulação da educação com a saúde no âmbito do governo federal, optamos pelo exame dos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde (CNS).

Desde que foram instituídas, em 1937, as CNS sofreram profundas mudanças ao longo dos anos. Lima (2005, p. 83) caracteriza cinco momentos das Conferências Nacionais de Saúde (CNS): da 1ª a 2ª CNS – Sanitarismo clássico (1941-1962); a 3ª e 4ª CNS Transição (1963 -1974); 5ª a 7ª CNS – Modernização Conservadora e o Planejamento Estatal (1975-1985); 8ª e 9ª CNS – Reforma sanitária (1986-1992); e 10ª e 12ª CNS – Consolidação do SUS (1996-2003).

A 1ª Conferência Nacional de Saúde e a 1ª Conferência Nacional de Educação foram realizadas em novembro de 1941, promovidas pelo Ministério da Educação e Saúde, uma vez que educação e saúde pública, até o ano de 1953, integravam um só Ministério. Convocada através do Decreto Presidencial nº 6.788, o propósito dessa Conferência foi: “facilitar ao Governo federal o conhecimento das atividades concernentes à educação e à saúde realizadas em todo país, e orienta-lo na execução dos serviços de educação e saúde, bem como na concessão do auxílio e da subvenção federais” (BRASIL, 1941).

A 3ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada em 1963, e nela a formação de pessoal aparece como assunto relevante nas discussões e consta no relatório final o interesse pela formação se expressou assim: “o aperfeiçoamento e a especialização dos profissionais que se dedicam ao trabalho sanitário e propunha a revisão dos currículos, com o objetivo de ajustar a formação técnica aos níveis de demandas efetivas dos programas de saúde” (CNS, 1963, p. 24).

A 4ª Conferência ocorreu em 1967, “com a finalidade de formular sugestões para uma política permanente de avaliação de recursos humanos, tendo em vista a formação dos contingentes de pessoal de que o país carece para o desenvolvimento de suas atividades de saúde” (CNS, 1967, p.11). Participaram dessa Conferência a OMS, a OPAS, a Associação Venezuelana de escolas Médicas e a Associação Colombiana de Faculdades Médicas (CNS, 1967, p. 315).

De acordo com Paiva (2004), a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a OPAS tinham suas agendas pautadas, naquela época, pela “Carta de Punta del

Este”, documento assinado pelos países membros da Organização dos Estados Americanos (OEA), em agosto de 1961, durante a Reunião do Conselho Interamericano Econômico e Social, realizada em Punta del Este, no Uruguai.

Na década de 1960, vivia-se em plena “Guerra Fria”, e o alinhamento de Fidel Castro à causa soviética, após a Revolução Cubana, fez com que os EUA, a partir de 1961, passassem a se ocupar especialmente do afastamento da América Latina dos ideais comunistas. Como estratégia política, o governo norte-americano implementou a “Aliança para o Progresso”, que se expressou na Carta de Punta del Leste e que, a grosso modo, procurava estimular reformas sociais e estruturais nos países vizinhos americanos (PAIVA, 2004, p. 2).

Foi nessa conferência que “foi atribuído ao Ministério da Saúde o encargo da adequação e aprimoramento dos recursos humanos para as atividades de saúde”. A integração entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, já estava presente no discurso de abertura, quando o então Ministro da Saúde, Leonel Miranda de Albuquerque, deixou clara sua expectativa para que o entrosamento entre educadores e médicos, promovido na 4ª Conferência, tornasse “os educadores mais sanitaristas e os sanitaristas mais educadores” (CNS, 1967, p. 26).

Rezende (2013, p. 73) identifica que na 4ª CNS já se verificava a existência de uma disputa importante no campo da formação, relativa à própria compreensão do conceito de formação:

Nos extremos, a formação vista primordial como elemento preparador dos recursos humanos necessários para execução de uma política de saúde, qualquer que seja ela, versus a formação entendida como processo de produção de sujeitos críticos, ativos e implicados com a construção da política de saúde e da própria sociedade.

Tal acordo expressou e ganhou reconhecimento nacional através do Plano de Preparação. Após o debate ocorrido na 4ª CNS, foi firmado, em 1973, o “Acordo para um Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a saúde no Brasil”, entre a OPAS e o governo federal brasileiro, representado pelos Ministérios da Saúde e da Educação e Cultura (NUNES, 1998, p. 10). Estratégica do Pessoal de Saúde (PPREPS)” caracterizava-se como uma política de formação que surgiu de uma articulação OPAS-MS-MEC, propondo uma relação diferenciada dos profissionais com o sistema de saúde e com as necessidades de saúde da população (SCOREL, 1988, p. 394). Prossegue o mesmo autor:

Foi também o “PPREPS” que viabilizou a articulação entre educação e saúde como elemento chave para a produção de mudança no sistema de serviços, “fortalecendo: o campo da formação, o movimento da reforma sanitária e as estruturas de desenvolvimento de recursos humanos em saúde nas secretarias estaduais e no nível central do governo (SCOREL, 1988, p. 395).

Durante as décadas de 1960 e 1970, dentro dos departamentos de Medicina preventiva, já se faziam presentes críticas aos modelos explicativos da doença de forma uni e multicausais. A visão da saúde estava articulada com as diferentes dimensões da vida, considerando os aspectos econômicos, sociais, culturais, biológicos, e apresentava alternativas à medicina previdenciária para os serviços de saúde e para a formação de pessoal. Para a autora, esse encontro e suas produções configuram as “bases universitárias” do movimento pela reforma sanitária brasileira (SCOREL, 1988, p. 399).

A 5ª Conferência Nacional de Saúde aconteceu no ano de 1975, ocasião em que foi promulgada a Lei 6.229, que organizou o Sistema Nacional de Saúde. De acordo com essa legislação, ficou o Ministério da Educação e Cultura incumbido de “orientar a formação do pessoal de saúde para atender as necessidades prioritárias da área, em quantidade e qualidade. Estava no escopo de sua atuação a formação e habilitação dos profissionais de nível universitário, assim como do pessoal técnico e auxiliar necessário ao setor da saúde (BRASIL, 1975a).

A preocupação maior do MEC na área de saúde era com a educação médica. Desde junho de 1971, o Ministério havia designado uma Comissão de Ensino Médico no seu Departamento de Assuntos Universitários (BRASIL, 1989)

A valorização e atualização da pesquisa, apontada pelo Presidente Ernesto Geisel em seu discurso de abertura da 5ª CNS, tinha como “traço de união com a Política Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico para a indispensável modernização do aparelho produtor de serviços de saúde” (GEISEL/CNS, 1975A, p. 4). Se por um lado ajudou a medicina a desenvolver suas ferramentas de atuação e intervenção clínica, por outro permitiu o estabelecimento das bases teóricas responsáveis pelo fortalecimento do movimento de reforma sanitária.

A 6ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada em 1977 e, de acordo com seus anais, a mesma foi marcada “pelos debates relacionados à criação do Grupo Saúde Pública do Serviço Civil da União, através da Lei nº 79.456, de março de

1977, que instituiu suas categorias funcionais e representou um reajustamento do sistema de absorção de recursos humanos em saúde”. (CNS,1977, p. 203).

A criação desse Grupo fazia parte do esforço empenhado pelo Ministério da Saúde de promover uma adequada utilização da força de trabalho egressa do sistema formal de ensino, ou qualificada dentro do próprio setor como contrapartida ao ajustamento da formação de recursos humanos às peculiaridades da saúde (CNS,1977, p. 203).

O objetivo dessa medida era a abertura de um mercado de trabalho de caráter multidisciplinar, que permitisse a implementação do Sistema Nacional de Saúde, da política de interiorização dos seus serviços e da expansão da cobertura de ações de saúde e de saneamento que estava sendo trabalhada e que tinha no Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS):

O PIASS caminhou muito próximo ao PPREPS, tendo em vários momentos suas atividades articuladas, ou mesmo somadas. Considerado um programa marcador da área da saúde desenvolvido no escopo do CNRH/IPEA/SEPLAN, o PIASS produziu significativo impacto nas secretarias estaduais de saúde do nordeste através da criação de sistemas de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. (SCORELL, 1998, p. 45).

A 7ª Conferência Nacional de Saúde aconteceu em 1980, após a conferência de Alma Ata, no Cazaquistão, cujo tom foi permeado pelo discurso da Atenção Primária em Saúde e teve como finalidade “promover amplo debate de temas relacionados à implantação e ao desenvolvimento do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV –SAÚDE), sob a égide do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência e Assistência Social e, ao mesmo tempo, coligir subsídios para seu aperfeiçoamento”(CNS, 1980, p. 103).

No painel “Recursos Humanos para os serviços de saúde” foi realizada pelo Presidente do INAMPS: “O INAMPS na formação de recursos humanos para os serviços básicos de saúde”. Nessa preleção apontou a necessidade de hierarquização das ações de saúde e de constituição de equipes multiprofissionais, ainda que lideradas por médicos; a necessidade de se desenvolver uma consciência médica voltada para o trabalho em grupo e dirigida para a assistência elementar e primária (CNS, 1980, p. 3).

A aproximação do INAMPS com a perspectiva apresentada pela medicina preventiva se deu devido a necessidade de redução dos altos custos da assistência

médica e hospitalar no momento em que era grande o *déficit* da previdência, mas também levando em conta a perspectiva da Saúde Coletiva estar se fortalecendo no Ministério da Saúde, apesar das tensões existentes.

No início da década de 1980 foi feito um Acordo Interministerial, envolvendo os Ministérios da Saúde, da Previdência e Assistência Social, da Educação (MEC) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/MS), com o objetivo de qualificar os trabalhadores para prestarem assistência, sem risco aos usuários. O acordo também tinha como objetivo criar programas de valorização do servidor.

No ano de 1986 realizou-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde, convocada para solucionar o impasse gerado no setor da saúde a partir da unificação do sistema, com a incorporação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) ao Ministério da Saúde, e gerar elementos a serem debatidos na futura Assembleia Nacional Constituinte. “Pela primeira vez foram convocados a participar os usuários dos serviços, inaugurando uma nova forma de organização, deliberação e representação das conferências” (CNS, 1986).

O relatório final da 8ª CNS elenca um conjunto de questões que pautaram o processo de luta no setor da saúde, constituindo em pilar fundamental da proposta da reforma sanitária brasileira e do SUS, e fazendo com que a mesma se constituísse em marco na luta pela saúde como direito. Luz (1994, p.138-145), afirma que,

[...] o principal evento institucional durante o período da chamada Nova República foi a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, em 1986, reunindo cerca de quatro mil pessoas para discutir a reforma sanitária a ser implantada pelo governo [...] enorme conagraçamento – ou mesmo confronto – de opiniões, realizado a partir da convocação de setores sociais até então marginalizados da elaboração e tomada de decisões da política de saúde, como sindicatos e organizações comunitárias de trabalhadores em todo o Brasil.

E Sérgio Arouca (2001, p. 5) faz a seguinte análise da 8ª Conferência Nacional de Saúde, na Revista RADDIS:

[...] a saúde enquanto projeto pode ser demarcada antes e depois da oitava, onde novamente discutimos o valor da participação da população, o valor do controle social, o valor da democracia direta e da luta pela redemocratização do país. Mostrávamos que tão fundamental quanto a democracia representativa era a democracia

direta. [...] A saúde rompeu, ainda com o murro da vergonha que separava medicina preventiva da assistência médica, que colocava de forma fraturada a medicina curativa da preventiva.

No plenário da 8ª CNS foi aprovada a realização de diversas conferências, em sequência, para tratar de questões específicas, dentre elas a 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (1ªCNRHS), que aconteceu em outubro de 1986, após a realização de pré-conferências em 23 (vinte e três) Unidades da federação (CNS, 1986A, p. 27).

Foi nessa conferência e, em continuidade, na 1ª CNRHS, que o movimento pela reforma sanitária conseguiu colocar na agenda questões em torno do trabalho em saúde, que passaram a ter maior peso do que aquelas relacionadas à formação. Pela sua articulação com as lutas pela redemocratização do país, redução das desigualdades sociais e melhores condições de vida, trabalho e salário, com forte atuação nos movimentos populares, sindical e partidário, “o movimento pela reforma sanitária acabou conferindo prioridade, no debate político dentro da área de desenvolvimento de recursos humanos, às questões relacionadas ao trabalho em saúde” (CNS, 1986, p. 27).

Na Apresentação do Relatório Final da 1ª CNRHS, buscando imputar ao desenvolvimento de recursos humanos um novo cenário, bastante distinto do que vinha acontecendo até então, ficou demonstrada a necessidade dessa mudança:

[...] de fato, a conferência nos mostra que, não obstante a grande importância das questões referentes ao preparo do pessoal para sua capacitação seja adequada e conveniente à realidade social brasileira, os órgãos de recursos humanos devem transcender esse âmbito e incorporar o estudo e o trabalho de temas como recrutamento e seleção, concurso, plano de cargos e salários, isonomia salarial, avaliação de desempenho, direitos trabalhistas e escolha de cargos de chefia entre outros, na procura de soluções apropriadas e transformadoras. A integração com o departamento de pessoal foi a proposta e torna-se indispensável. Não há como se pensar um novo sistema de saúde sem passar por estas questões” (CNS, 1986A, p. 39).

O tema central da 1ª CNRHS foi “Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária”, tendo discussão gravitado em torno de cinco grandes eixos temáticos: valorização profissional; preparação de recursos humanos; órgão de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde – as estratégias de integração

interinstitucional; a organização dos trabalhadores de saúde; a relação do trabalhador de saúde como usuário do sistema” (CNS, 1986A, p. 29).

Após a criação do SUS ocorreu o processo de sua regulamentação. Foram criadas duas Leis Orgânicas da Saúde que, junto com a Constituição Federal, formaram o arcabouço legal do Sistema Único de Saúde: A Lei 8.080 e a Lei 8.142, de setembro de 1990. O Artigo 27 da Lei 8.080 preconiza que a política de recursos humanos seria formulada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo (BRASIL, 1990, Art. 27).

A Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, do Ministério da Saúde, definiu como prioridade o apoio aos estados e municípios para a profissionalização dos trabalhadores, por meio da criação da Rede de Escolas Técnicas do SUS.

Na esfera nacional, na 10ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1996, foi determinada a elaboração de uma Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH-SUS), “com ampla negociação com os interessados e suas entidades representativas e com discussão e aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde”, apresentando os princípios reguladores da ação e a relação das esferas de governo, no que dizia respeito aos trabalhadores no âmbito do SUS, incluindo uma ‘agenda de prioridades’ para a implantação dessa política (CNS, 1996, p. 67).

Infelizmente, a política de recursos humanos na área da saúde caminhou lentamente ao longo da década de 1990 e o relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizado no ano de 2000, evidencia que:

As universidades não estão cumprindo o seu papel na formação de profissionais comprometidos com o SUS e com o Controle Social. A formação dos trabalhadores da saúde não se orienta pela leitura das necessidades sociais em saúde. É conduzida sem debate com os organismos de gestão e de participação social do SUS, resultando em autonomização do Ministério da Educação, das universidades e das sociedades de especialistas nas decisões relativas às quantidades e características políticas e técnicas dos profissionais de saúde a serem formados. Dessa forma, cristalizam-se barreiras para o SUS exercer o seu preceito constitucional de ordenar os recursos humanos para o Sistema e persistem as inadequações dos profissionais para sua implantação e desenvolvimento efetivos, resultando em dificuldades para as práticas integrais de atenção, queda de qualidade dos serviços de saúde e interiorização de recursos humanos (CNS, 2001, p. 42-43).

No governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso a formação dos profissionais voltou para agenda decisória do governo federal. A institucionalização do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, como projeto prioritário do governo, exigiu, para se consolidar, mudanças no processo de trabalho, visto que o programa dependia de equipe multiprofissional com um perfil generalista, com conhecimentos, habilidades e atitudes coerentes com a proposta (BRASIL, 1997).

Na Portaria nº 1.886, de dezembro de 1997, que aprovou Normas e Diretrizes do Programa Saúde da Família, com vistas a regulamentar sua implantação e operacionalização, foram traçadas as principais diretrizes para a formação dos profissionais da saúde (BRASIL, 1997).

De acordo com essa legislação, cabia ao Ministério da Saúde assessorar os Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para as Equipes de Saúde da Família. Os polos foram instituídos para se constituir em espaços de articulação de uma ou mais instituições voltadas para a formação e Educação Permanente de recursos humanos em saúde, vinculados às universidades ou instituições isoladas de educação superior e que se consorciavam ou celebravam convênios com as secretarias estaduais ou municipais de saúde (BRASIL, 1997).

O Ministério da Saúde também instituiu o Programa de Interiorização do Trabalhador em Saúde (PITS), pelo Decreto nº 3.745, de fevereiro de 2001. O PITS buscava atender, por meio da interiorização das equipes do PSF, os municípios das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, com até 50 mil habitantes e com graves problemas de saúde. Os profissionais recebiam treinamento em Atenção Básica, que se completava com o curso de especialização em saúde da Família (RADIS, 2002).

Segundo Rezende (2013, p. 163), no Ministério da Saúde a fragmentação era importante e parecia comprometer a efetividade da intervenção:

[...] a formação de nível técnico, que envolvia o Programa de Profissionalização de Auxiliares de Enfermagem (PROFAE), um dos projetos de profissionalização dos trabalhadores da área de saúde, na Secretaria de Gestão de Investimento em Saúde. Os Polos de capacitações das equipes de Saúde da Família estavam junto com a gestão do próprio Programa Saúde da Família no Departamento de Atenção Básica (DAB), dentro da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), e a Coordenadoria Geral de Políticas de Recursos Humanos (SPS), atuava em quatro frentes: reformas curriculares, a formação para a gestão, o PITS e a constituição da Rede de Observatório de Recursos Humanos.

Assim, a articulação da educação com a saúde para a formação dos trabalhadores e saúde, apesar de garantida na Constituição Federal, no seu artigo 200, e por todas as normas e portarias do Ministério da Saúde, não tinha garantido um espaço institucional. A inexistência de uma política para a formação dos trabalhadores da saúde, no próprio do Ministério da Saúde, aliada a uma importante fragmentação interna comprometeu a efetividade da intervenção. Cada setor tinha sua ação e, apesar das mesmas se relacionarem e se complementarem, cada um cuidava da sua.

Rezende informa ainda que, no Governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, ocorreu o rearranjo institucional no Ministério da Saúde. A política de recursos humanos veio para o alto escalão do governo federal, garantindo um espaço permanente na agenda do governo para as questões envolvidas nessa política. O campo da 'formação' passou a ter, a partir de então, um *locus* institucional no interior do aparato estatal, que favorecia o processo de formulação de políticas e ampliava as possibilidades de articulação entre educação e saúde.

## **2. 6 A Educação Permanente em Saúde como proposta de mudança**

Já foi dito anteriormente que, numa perspectiva crítica, a educação parte da análise das realidades sociais, buscando revelar suas características e as relações que as condicionam e as determinam. Para entender o processo, como também trabalhar nas suas contradições, busca-se estabelecer como meta a construção de sujeitos e de projetos societários transformadores.

Do mesmo modo, no campo da saúde, a compreensão do processo saúde-doença como expressão das condições objetivas de vida, descortina a saúde e a doença como produções sociais, passíveis de ação e transformação, apontando também para um plano coletivo e não somente individual de intervenção.

Essa forma de conceber a saúde tem por base um conceito ampliado, pois não reduz a saúde à ausência de doenças, promovendo a ideia de que uma situação de vida saudável não se resolve somente com a garantia de acesso aos serviços de saúde, o que também é fundamental, mas depende, sobretudo, da garantia de condições de vida dignas que, em conjunto, podem proporcionar a situação de

saúde. Nesse sentido, são indissociáveis o conceito de saúde e a noção de direito social.

Essa perspectiva está posta na grande mudança que contém a proposta de formação para os trabalhadores da saúde, no início do ano de 2003, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), vinculada ao Ministério da Saúde, e da participação de militantes da educação popular em cargos estratégicos da Secretaria. A composição da equipe e a própria reestruturação do Ministério sinalizaram para a mudança institucional pretendida pela nova equipe, em relação à educação em saúde (Brasil, 2003).

Em entrevista concedida a Rezende (2012), Ricardo Ceccim, primeiro Diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde da SGTES, do Ministério da Saúde, revela a grande mudança que estava sendo orquestrada no início de sua gestão, fazendo uma reviravolta no que até então estava institucionalizado:

A aposta que eu fiz no âmbito do DEGES foi: a gente vai mudar o modelo médico centrado; vai mudar o modelo centrado em procedimentos; [...]. Vai trabalhar com a noção de trabalho vivo; vai trabalhar com a noção da equipe; vai trabalhar com o conceito de rede de saúde que seja rede mesmo, que seja uma cadeia de cuidado e não em níveis hierárquicos. [...] Eu tive que desmontar esse tipo de lógica e entendia que eu precisava colocar todo mundo no mesmo lugar, no mesmo fórum de conversa: que fosse usuário, que fosse estudante, que fosse docente. Por isso a ideia dos Polos de Educação Permanente. (CECCIM apud REZENDE, 2013, p. 169).

Como papel fundamental, o DEGES assumiu propor e implementar uma política de educação para o SUS, buscando dar conta “tanto do ordenamento da formação dos profissionais de saúde (missão constitucional) como da adequação de perfil e qualificação permanente dos trabalhadores em inserção no sistema”. No processo de afirmação da potência dessa política foi preciso enfrentar dois desafios: superar a fragmentação, a centralização e a ineficiência das práticas, no tocante ao desenvolvimento dos profissionais, e buscar a efetiva integração com a área da educação na condução da política para a formação dos profissionais de saúde no país (BRASIL, 2004, p. 17).

Ficam claros, já no primeiro parágrafo do anexo II da Portaria GM/MS 198, que criou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), os desafios assumidos pelo governo federal ao criar tal política: “articular necessidades

e possibilidades de desenvolver a educação dos profissionais e a capacidade resolutiva dos serviços de saúde, assim como o desenvolvimento da educação popular com a ampliação da gestão social sobre as políticas públicas” (BRASIL, 2004, Port. 198).

Para Ceccim (2005 p. 166), a Educação Permanente em Saúde se constitui em desafio ambicioso e necessário, uma vez que busca o rompimento com a lógica de balcão de venda de cursos ao Ministério, para todo o país, para apostarmos na decisão a nível local, baseando nas reais necessidades e na interação entre os segmentos da formação, da atenção, da gestão e do controle social em saúde que:

[...] deveria permitir dignificar as características locais, valorizar as capacidades instaladas, desenvolver as potencialidades existentes em cada realidade, estabelecer a aprendizagem significativa e a efetiva e criativa capacidade de crítica, bem como produzir sentidos, autoanálise e auto-gestão. Para tanto teremos de pensar/providenciar subsídios para que se pense/providencie a Educação Permanente em Saúde.

A definição de Educação Permanente, para a nova proposta e para o novo momento vivido no Ministério da Saúde, foi a de que

[...] a Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho (BRASIL, 2004, Port. 198).

Contra uma concepção tendenciosamente estreita da educação e da vida intelectual, cujo objetivo obviamente é manter o proletariado no seu lugar, Gramsci (1957, p. 121) argumentou, enfaticamente, e há muito tempo, que:

[...] não há nenhuma atividade humana da qual se possa excluir qualquer intervenção intelectual – o Homo Faber não pode ser separado do Homo Sapiens. Além disso, fora do trabalho, todo homem desenvolve alguma atividade intelectual; ele é, em outras palavras, um filósofo, um artista, um homem com sensibilidade; ele partilha uma concepção do mundo, tem uma linha consciente de conduta moral, e portanto contribui para manter ou mudar a concepção do mundo, isto é, para estimular novas formas de pensamento.

Mészáros observa que esta posição de Gramsci é profundamente democrática e a única sustentável. Segundo ele:

[...] primeiro, Gramsci insiste em que ‘todo’ ser humano contribui, de uma forma ou de outra, para a uma concepção de mundo predominante. Em segundo lugar, ele assinala que tal contribuição pode cair nas categorias contrastantes da “manutenção” e da “mudança”. Pode não ser apenas uma ou outra, mas ambas, simultaneamente. Qual das duas é mais acentuada, e em que grau, isso obviamente dependerá da forma como as forças sociais conflitantes se confrontam e defendem seus interesses alternativos. Em outras palavras, a dinâmica da história não é uma força externa misteriosa qualquer e sim uma intervenção de uma enorme multiplicidade de seres humanos no processo histórico real, na linha da manutenção e/ou mudança. (MÉSZÁROS, 2008, p. 50).

Assim, ao buscar entender a Educação Permanente em Saúde tem-se que ter em mente as correlações de forças que permeiam o Estado e que levam a avanços e retrocessos, sem, contudo, processar mudança estrutural. A grande “mudança” da Educação Permanente é superar a formação profissional orientada pelo modelo biomédico-positivista, centrado na fragmentação do processo de trabalho e na produção de especialismos técnico-científicos, visto que esse modelo se mostra insuficiente diante da complexidade do processo saúde-doença, por não considerar o sujeito em sua integralidade.

Os profissionais do SUS envolvidos com esse processo de articulação entre a educação e a saúde, para formação dos profissionais da saúde, que participaram das entrevistas realizadas na presente pesquisa, e que atuaram como coordenadoras ou secretárias executivas dos polos e da CIES estadual, no período de 2003 a 2013, definiram assim a Educação Permanente:

[...] no meu entendimento e de forma bem simples, a Educação Permanente é a gente pensar o nosso trabalho coletivamente, é a gente ser capaz num coletivo refletir sobre a nossa prática, refletir sobre o que estamos fazendo, sobre que cuidados estamos prestando, que participação estamos tendo. Sobre o cuidar em saúde pensado coletivamente e executado por uma equipe, por um conjunto seja ele de cuidadores no espaço do cuidado, ou não, que ele consiga agregar múltiplas e várias questões que estão constituídas aí: de quem usa o serviço, o usuário, de quem executa esse serviço o trabalhador da saúde, de quem participa seja via conselho de saúde ou movimento popular e de quem é responsável pela prestação que é o gestor. É pensar o nosso trabalho cotidiano na perspectiva do SUS, do que o SUS preconiza, porque ele tem um modelo definido, apesar do momento tão crítico do nosso SUS,

principalmente aqui em Mato Grosso. (ENTREVISTADO 02, Cuiabá, 26/06/2014).

[...] Uma opção ideológica e política, de fazer valer a voz do povo. De sentir as necessidades reais e criar veias catalisadoras de construção de conhecimento que sejam capazes de atender às demandas reais, sentidas pelas comunidades - aqui incluindo os usuários e trabalhadores de saúde - num processo de desconstrução do saber meramente biomédico para um saber capaz de criar espaços saudáveis, de bem estar (ENTREVISTADO 01, Cuiabá, 04/08/2014).

[...] Uma estratégia educativa e democrática para a gestão do trabalho, à medida que permite ao gestor e/ou trabalhador encaminhar ações, programas e/ou projetos, que contribuam para a melhoria e qualidade do processo e produto do trabalho em saúde, possibilitando refletir o cenário da formação/qualificação profissional e os espaços onde se reproduzem as práticas, ressignificando esses dois processos (ENTREVISTADO 03, Cuiabá, 05/08/2014).

A Educação Permanente em Saúde oportuniza a constante reflexão e avaliação do cotidiano do trabalho e da formação. Deve ser descentralizada, ascendente e transdisciplinar, para colocar em constante discussão, o fazer profissional do próprio trabalhador e do outro por ele atendido. Deve estimular o querer saber e o resolver (ENTREVISTADO CIES Regional – Representante de Instituição de Ensino na área de saúde, Barra do Garças, 07/08/2014).

Ficou claro que os profissionais entrevistados têm uma visão da Educação Permanente em Saúde como uma ação que possibilita articular gestão, usuários, ensino e trabalhadores como sujeitos para realizar as mudanças que irão compor novos arranjos organizativos para o SUS. Para isso, é preciso produzir uma nova racionalidade por meio de práticas educativas, onde o grande diferencial é exatamente ter amparo em uma abordagem que foca os processos educativos para a gestão do trabalho da saúde, a partir da construção de sujeitos ativos, autônomos e éticos. Gadotti (2012, p. 166), avalia:

[...] a educação numa sociedade de classes transmite os modelos sociais da classe dominante, forma cidadãos para reproduzirem essa sociedade, difunde as ideias dessa classe e reproduz, por tudo isto a dominação de classe". [...] A educação sempre foi uma ação política, "o que se precisa é ter clareza de qual projeto político ela defende, não há meio termo, aquela educação do ponto de vista do sistema é contra o povo.

## **2.7 A Política de Educação Permanente no Governo Lula**

A política de Educação Permanente em Saúde, no Governo Luiz Inácio Lula da Silva, sofreu uma grande mudança. O Ministro da Saúde, de 1º de janeiro de 2003 a 8 de julho de 2005, foi Humberto Costa, que direcionou para a inclusão de técnicos com reconhecida trajetória no movimento pela reforma sanitária, bem como pela absorção de profissionais ligados à vertente teórica da Educação Popular em Saúde.

O objetivo do Ministério da Saúde, naquele momento, era a construção de uma política nacional de formação e desenvolvimento para o conjunto dos profissionais de saúde, principalmente por meio da constituição de Polos de Educação Permanente em Saúde para o SUS (instâncias interinstitucionais e locais/regionais/rodas de gestão), com a elaboração de projetos de:

Mudança na educação técnica, na graduação, nas especializações em serviço, nas residências médicas ou outras estratégias de pós-graduação; desenvolvimento dos trabalhadores e dos gestores de saúde; envolvimento com o movimento estudantil da saúde; produção de conhecimento para a mudança das práticas de saúde e de formação, bem como a educação popular<sup>4</sup> para a gestão social das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2004, anexo II).

A proposta para os polos era de que se constituíssem para além de núcleos executores de ações de formação e desenvolvimento relacionados à Saúde da Família, num espaço para negociação e pactuação de políticas no qual deveriam ser identificados problemas, estabelecidas prioridades, construídas alternativas de enfrentamentos, de acordo com a realidade local/regional, e acompanhados os projetos em suas execuções através de monitoramento e avaliação. Supunham a

---

<sup>4</sup> A educação popular é uma prática educativa comprometida com a transformação revolucionária da sociedade” (IASI, 2011, p. 155). No Brasil foi desenvolvida com base principalmente nas ideias de Paulo Freire, a partir dos processos educativos desenvolvidos junto aos grupos organizados da sociedade civil, principalmente nos anos 1960. “Com clara orientação político-ideológica de esquerda, a educação popular tem como objetivo explícito a superação das formas de opressão político-culturais da sociedade, a partir do olhar crítico sobre o cotidiano, as relações de poder e as práticas dos diferentes atores sociais envolvidos” (GADOTTI, 2011, p. 234).

Na interface da educação e da saúde, constituída com base no pensamento crítico sobre a realidade, torna-se possível pensar educação em saúde como forma do homem reunir e dispor de recursos para intervir e transformar as condições objetivas visando alcançar a saúde como um direito socialmente conquistado, a partir da atuação individual e coletiva de sujeitos político-sociais.

integração de ensino e serviço, bem como entre a formação e gestão setorial e entre desenvolvimento institucional e controle social (BRASIL, 2004; 2004A).

No relatório do primeiro ano de gestão do Ministro Humberto Costa (Brasil, 2004), a criação dos Polos de Educação Permanente em Saúde (PEPS) foi considerada como uma ação “completamente inovadora”, não guardando relação com aquelas existentes anteriormente no Ministério da Saúde. Apesar disso, o próprio relatório afirmava que a iniciativa havia nascido do aprendizado oriundo da experiência dos Polos de Saúde da Família (BRASIL, 2004).

No Relatório de Gestão supracitado, é apontado ainda que: “o movimento para a constituição dos Polos de Educação Permanente em Saúde provocou ampla mobilização nacional de gestores estaduais e municipais do SUS, das instituições formadoras (de educação superior e técnica), dos estudantes, dos representantes dos movimentos sociais e do controle social no SUS” (BRASIL, 2004, p. 13).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) explicita a relação da proposta com os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde na rede do SUS (BRASIL, 2004, anexo II).

Uma cadeia de cuidados progressivos à saúde supõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado, para trabalhar com a ideia de rede, de um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatoriais de especialidades e hospitais gerais e especializados, em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados reconhecendo-se contextos e histórias de vida, assim como assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações (BRASIL, 2004, anexo II).

Cavalcanti (2010, p. 108) destaca como era pretenciosa a aposta, visto que no Ministério da Saúde não era essa a prática em relação à formação dos trabalhadores do SUS:

Até a política de Educação Permanente e também após julho de 2005, a maior parte das ações de Educação Permanente em Saúde eram formuladas quase exclusivamente no âmbito “central” dos governos (Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de saúde), sendo então pactuadas ou aprovadas nas instâncias representativas e colocadas em execução pela “periferia” do sistema. Essas ações nacionais no campo da educação aconteciam através da abertura de editais por parte do MS, aos quais as instituições de ensino concorriam para receber recursos e executar a ação. Ou ainda através de convênio direto com do MS com instituições formadoras. Esta última via é também conhecida como “balcão”, em

alusão a um balcão de negócios. As universidades ou outros órgãos formadores (escolas técnicas, núcleos de educação das secretarias etc.) submetiam projetos ao MS que podia ou não aprova-los.

No Ministério da Saúde, dentro do DEGES/MS, a proposta de Educação Permanente surge com uma lógica diferenciada do que estava implantado, até então, no Ministério da Saúde, gerando resistência por parte do grupo que defendiam instrumentos mais normativos, por se tratar de uma política pública, com financiamento público.

Na NOB/RH/SUS de 2003, a educação permanente e a educação continuada tem o mesmo significado e são voltadas apenas para o trabalhador da saúde:

Educação Permanente ou Continuada: constitui-se no processo de permanente aquisição de informações pelo trabalhador, de todo e qualquer conhecimento, por meio de escolarização formal ou não formal, de vivências, de experiências laborais e emocionais, no âmbito institucional ou fora dele. Compreende a formação profissional, a qualificação, a requalificação, a especialização, o aperfeiçoamento e a atualização. Tem o objetivo de melhorar e ampliar a capacidade laboral do trabalhador, em função de suas necessidades individuais, da equipe de trabalho e da instituição em que trabalha. (BRASIL, 2003A, p. 28).

Já para o grupo que assumiu a gestão da SGTES em 2003, e instituiu a Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS), através da Portaria GM/MS 198, de fevereiro de 2004, a concepção de EPS é diferente da educação continuada:

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. (CECCIM, 2005, p. 161).

E conclui definindo:

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. (CECCIM, 2005, p. 161).

Em agosto de 2005, a troca de Ministros levou o Ministério da Saúde a também realizar mudanças na SGTES, pois a “Coordenação de Ações Populares de Educação na Saúde” passou para o Departamento de Apoio à Gestão Participativa, da Secretaria da Gestão Estratégica e Participativa, saindo, portanto, da SGTES (BRASIL, 2005).

Essa mudança foi o primeiro sinal do que viria seguir. A política nacional de Educação Permanente em Saúde de 2004, segundo seus idealizadores, tinha como principal característica uma metodologia que partia da problematização do dia-a-dia no trabalho em saúde e que valorizava conhecimento que todo ser humano possui para avançar na solução dos problemas. Garantia também que o processo de formação se daria de forma coletiva, com a participação do usuário (controle social), do trabalhador, da gestão e das instituições de ensino em saúde. Para Ceccim, Diretor do SEGES (2005, p. 166),

Somente o “quadrilátero” que é formado pela interação entre os segmentos da formação, da atenção, da gestão e do controle social em saúde é capaz de permitir dignificar as características locais, valorizar as capacidades instaladas, desenvolver as potencialidades existentes em cada realidade, estabelecer a aprendizagem significativa e criativa capacidade de crítica, bem como produzir sentidos, autoanálise e autogestão.

E faz ainda o seguinte alerta:

Cresce a importância de que as práticas educativas configurem dispositivos para a análise da(s) experiência(s) locais; da organização de ações em rede/em cadeia; das possibilidades de integração entre formação, desenvolvimento docente, mudanças na gestão e nas práticas de atenção à saúde, fortalecimento da participação popular e valorização dos saberes locais. (CECCIM, 2005, pg. 165).

Com a saída de Ministro Humberto Costa e a entrada de Francisco Eduardo Campos ocorreram várias mudanças: a nova equipe atualizou a NOB/RH/SUS que passou a ser intitulada como “Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no

SUS”, publicada em 2005. Em substituição a NOB/RH/SUS de 2003, que tinha como título a “Política de Gestão do Trabalho e da Educação para a Saúde” e que foi reafirmada na 12ª Conferência Nacional de Saúde, a Educação para a saúde foi excluída (BRASIL, 2005).

Em fevereiro de 2006 foi estabelecido o Pacto pela Saúde, através da Portaria nº 399/GM, que regionalizou a saúde, tornando-se necessário definir novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente na Saúde” (BRASIL, 2006).

Naquele momento, é de suma importância mostrar a percepção dos fatos através do olhar de um dos envolvidos, entrevistado nessa pesquisa, e que participou ativamente desse processo de mudança no Ministério da Saúde, representando o Conselho Nacional de Secretarias de Saúde (CONASS), Dr. Júlio Müller:

*Vou fazer um breve relato disso: O CONASS me convidou e eu aceitei para fazer um trabalho de representação dos estados junto ao Ministério da Saúde, [...] eu fazia o acompanhamento das políticas e das decisões do Ministério, representando o CONASS, e lutamos muito quando houve esse desmonte no âmbito federal. [...] Se abandonou com a mudança no governo federal em 2003, a política de capacitação dos profissionais do PSF para criar o Polo de Educação Permanente em Saúde. [...] Bom quando finalmente houve uma substituição no Ministério e a troca do pessoal da SGTES, entrou o Francisco Campos, que era um militante antigo, foi da OMS e o Francisco entrou e entrou com uma birra muito grande, ele já estava observando aquilo de fora, não sei se ele estava na Universidade Federal ou na Escola de Saúde Pública de Minas, e ele entrou para acabar com a política de educação permanente vigente naquela época. Não queria saber, não queria conversar e quem ajudou a mudar foi o CONASS e o CONASEMS, porque nós politicamente defendemos a política de educação permanente em linhas gerais, a ideia e a concepção, mas não como vinha sendo operacionalizada e foi quando sugerimos que implantasse um novo processo de operacionalização, descentralizando, regionalizando. [...] Então essa política foi mantida, mas readequando-a através da Portaria Ministerial 1996, de 2007. Então foi o CONASS e CONASEMS que pressionaram para a mudança. (MÜLLER, Cuiabá, 2014).*

A Portaria GM/MS 1996, de 20 de agosto de 2007, priorizou a integração ensino-serviço, sustentando a ideia que as ações de Educação Permanente em saúde significavam a oferta de cursos e qualificação dos trabalhadores do SUS. Ao se ajustar as diretrizes operacionais ao regulamento do Pacto pela Saúde, a Política

Nacional de Educação Permanente em Saúde passou a considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde (BRASIL, 2007, p. 2).

## **2.8. Educação Permanente em Saúde em Mato Grosso: o papel da ESP**

Nessa sessão, será reconstituído o processo de desenvolvimento da política de educação permanente em saúde, a partir da perspectiva dos sujeitos que a vivenciaram. Somente em 1984 foi implantada a primeira ação de formação em saúde EM Mato Grosso, relacionada aos profissionais de nível médio. Era a resposta às grandes dificuldades que o setor enfrentava, pela falta de qualificação nos serviços de saúde.

Além do acordo interministerial, outro fator contribuiu para o início do curso de formação, qual seja, a extinção do cargo de Atendente de Enfermagem, através da Lei nº 7.498, de 25/06/1986, que gerou a necessidade de qualificação dos profissionais (SES/MT, 2004).

A necessidade de legitimar a legislação preconizada, que conferia a identidade profissional aos trabalhadores de saúde, foi determinante nesse processo. Para isso, “cria-se então o Centro Formador de Recursos Humanos, vinculado ao Setor de Recursos Humanos da Secretaria Estadual de Saúde do estado do Mato Grosso, que contou com a parceria da Escola Estadual de 1º e 2º graus “Cesário Neto”, de Cuiabá, para a certificação dos alunos” (SES/MT, 2004).

Outro fator importante para desencadear o processo de criação da escola foi construção do Hospital Regional de Colíder, município localizado na região norte do Estado e que não possuía pessoal qualificado em número suficiente para colocar o hospital em funcionamento, sendo necessário transformar os profissionais de nível médio em auxiliares de enfermagem.

Em 16 de janeiro de 1992, pelo Decreto Governamental nº 1.847, de 19 de agosto de 1992, foi criada a Escola Técnica de Saúde, passando a integrar a estrutura organizacional da SES-MT, como órgão de execução programática da política de Recursos Humanos do SUS em Mato Grosso, fazendo parte da Rede

Nacional de Escolas Técnicas do SUS. Sua criação é considerada uma grande conquista dos trabalhadores, que passaram a ter uma instituição específica para a formação dos recursos humanos da saúde (SES, 1992):

A escola técnica do SUS, na época funcionava numas casinhas da fundação SESP e era restrita a formação técnica. Ali começou com os cursos de auxiliar de enfermagem e depois o curso técnico de enfermagem, e posteriormente radiologia, análises clínicas (MÜLLER, Cuiabá, 2014).

O Secretário Estadual de Saúde no estado de Mato Grosso, na época da construção do prédio da Escola de Saúde Pública, era o Dr. Júlio Müller Neto. Em entrevista especialmente oferecida para esse estudo, ele relata as dificuldades enfrentadas para realizar a construção, uma vez que a maioria concebia o projeto como totalmente desnecessário:

*[...] a escola foi definida como uma prioridade da política de saúde ainda em 1995, mas na área da saúde se falar de escola era uma coisa que as pessoas não estavam muito acostumadas. Porque as pessoas funcionam muito em termos da demanda. E o que era a demanda da população para a saúde? É mais médico, mais consulta, mais hospital, mais exames, mais isso e mais aquilo. Então ninguém entendia que a gente priorizasse a construção de uma escola ao invés de construir um hospital. E eu dizia o tempo todo que não adiantava construir um hospital, um ambulatório, se eu não tivesse ali profissionais qualificados que entendesse o que era o SUS, enfim com a formação necessária para atender melhor as pessoas. E isso convenceu o governador na época, o Dante, e ele foi um grande aliado nosso na construção da escola. Pois até dentro do governo havia resistências. Com isso conseguimos construir a escola praticamente com recursos próprios, conseguimos alguma coisinha do Ministério, mas foi o Estado que praticamente bancou a obra. (MÜLLER, Cuiabá, 2014).*

No ano de 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) foi definido como prioridade, pelo Presidente Fernando Henrique Cardoso. A estratégia utilizada para a formação dos recursos humanos necessários ao novo modelo foi a implantação dos Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para as Equipes de Saúde da família (BRASIL, 1997).

A fim de adequar as mudanças implantadas no ano 1997, a Secretária Estadual de Saúde de Mato Grosso (SES/MT), assumiu a implantação do Polo de Capacitação, Formação e Educação Permanente para as equipes de Saúde da

Família, a fim atender a Portaria GM/MS nº 1.886, de dezembro de 1997 (SES/MT, 1997). A coordenadora do Polo, na época, relata como se deu esse processo:

*Olha, o Polo de Educação Permanente em Saúde da Família ele foi uma estratégia para estar primeiro capacitando as equipes de saúde da família. Os profissionais que vinham para as equipes, principalmente os médicos eram mais antigos e na realidade vc teria que capacita-los para a mudança do modelo, para que eles pudessem entender qual era o modelo proposto. [...] Quando o polo começou nem escola de saúde pública tinha; o prédio que foi construído estava recém inaugurado. Lá na Secretaria Estadual de Saúde tinha uma sala pequena, onde funcionava o setor de gestão de pessoas, era apenas quatro servidores. Eu fui chamada para ser coordenadora do polo das equipes da saúde da família e aí eu fui trabalhar junto com a coordenação da atenção básica. [...] Acho que só conseguimos avançar no campo da formação dos trabalhadores do SUS, porque tínhamos um gestor que entendia e que sabia da importância. Ele chegou e disse vamos construir a escola que já estava a anos para ser construída. Era uma gestão estratégica e educativa, onde a formação era muito. [...] Então era capacitar essas equipes de saúde da família. [...] Só que a capacitação é apenas um ponto dentro de uma roldana toda que tem que funcionar [...] Se ele chega no seu local de trabalho e não encontra os medicamentos, não encontra o aerossol funcionando, não encontra o antibiótico que deveria prescrever, ele pode até tentar resolver, mas se a gestão não apoia a equipe, com o tempo tudo que ela aprendeu ela esquece e continua na mesmice e fazendo as mesmas coisas, porque nada muda (COORDENADORA DO POLO DE FORMAÇÃO DAS EQUIPES DO PSF, Cuiabá, 03/09/2014).*

Percebe-se no relato da coordenadora do Polo, que naquele momento se ampliava o papel da Escola de Saúde Pública do Estado do Mato Grosso (ESPMT), revelando ainda como foi aquele momento de muita luta de todos os trabalhadores na concretizar o desejo de ver a ESPMT crescer e se efetivar como uma das instituições responsável pela formação dos trabalhadores do SUS.

Em 2001, a pedido do Ministério da Saúde, foi realizado em 2014, pelo Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP) da Universidade Estadual de Campinas, um estudo em todo Brasil sobre os polos de formação do PSF. Esse projeto do Ministério da Saúde recebeu o número 395/00, e revela que:

O Polo de SF de Mato Grosso realizou várias atividades como: cursos básicos em saúde da família, introdutórios, especializações, treinamentos, pesquisa, produção de protocolos clínicos e preventivos e estágios para cursos de graduação em enfermagem e medicina. Na Pós-graduação destacamos o curso integrado e

modular de especialização em saúde da família. (UNICAMP, 2001, p. 222.).

Segundo Anjos (2009), essas experiências representam iniciativas pontuais, que não se tornaram ações contínuas com *status* de políticas de Estado, para efetivamente enfrentar as questões da formação, qualificação no setor saúde e gestão do trabalho no âmbito do SUS (ANJOS, 2009, p. 27).

Com a mudança de governo em 2003, a formação dos trabalhadores do SUS ganhou espaço dentro do Ministério da Saúde<sup>2014</sup>, com a criação das SGTES, com a absorção de profissionais ligados à vertente teórica da Educação Popular em Saúde<sup>3</sup>.

A proposta para os polos era de que se constituíssem, para além de núcleos executores de ações de formação e desenvolvimento relacionadas à Saúde da Família, um espaço para negociação e pactuação de políticas, no qual deveriam ser identificados problemas, estabelecidas prioridades, construídas alternativas de enfrentamentos de acordo com a realidade local e regional, tendo seis projetos acompanhados através de monitoramento e avaliação. Supunham a integração ensino e serviço, bem como entre a formação e gestão setorial e entre desenvolvimento institucional e controle social (BRASIL, 2004; 2004A). Em Mato Grosso, de setembro a novembro de 2003 ocorreram reuniões para discussão sobre a estruturação do Polo. A escola de saúde pública participou de todo processo de organização do polo de Educação Permanente em Saúde.

Em 15 de dezembro de 2003, durante a 141ª Reunião Ordinária do Conselho Estadual de Saúde, foi homologada a criação do Polo de Educação Permanente, através da Resolução nº 27, do Conselho Estadual de Saúde, publicada em 22 de dezembro de 2003, e definidas as instituições que teriam participação (SES, 2003):

A criação da SGTES e a instituição da PNEPS, pelo Ministério da saúde a meu ver é um marco nesta questão da Educação Permanente e na forma de se trabalhar isto, nesta perspectiva. A partir daí, fomentou nos estados para que eles constituíssem os polos. [...] Aqui em Mato Grosso quem coordenou o polo foi a escola de saúde pública[...] Eu me lembro que a primeira atividade que participei e que discuti a questão da Educação Permanente já com este entendimento, este conceito, foi um seminário que teve aqui na universidade. [...] O Ceccim veio e houve essa discussão sobre Educação Permanente. Então foi um seminário grande, amplo, bastante representativo e ele tava indo nos estados e fomentando

mesmo e muito ativo e ele veio aqui. PEPS/MT (ENTREVISTADO 02, Cuiabá, 26/06/2014).

De acordo com a Resolução nº 27/03, do Conselho Estadual de Saúde de Mato Grosso, que aprovou a composição do primeiro colegiado do Polo de Educação Permanente de Mato Grosso (PEPS/MT), o mesmo não contou com a representação dos trabalhadores de saúde, dos movimentos sociais, e tampouco dos serviços privados de saúde conveniados ao SUS, dos Conselhos Municipais de Saúde de Cuiabá e de Várzea Grande. A recomposição ocorreu somente em 2006, pela Resolução nº 013/06 Conselho Estadual de Saúde (CES/MT), porém, permaneceu sem a representação dos trabalhadores da saúde (SES/MT, 2003).

Essa ausência na composição do polo merece reflexão, uma vez que essa política tinha como principal ação a lógica do Quadrilátero, que é a articulação entre a gestão, controle social, trabalhadores e ensino, a fim de efetivar as ações de Educação Permanente em Saúde, de acordo com o anexo II da Portaria GM/MS 198/2004 (BRASIL, 2004). A entrevista a seguir reforça:

Eu me lembro das coisas que a gente debatia e discutia muito. A principal que consumiu muito todos nós foi constituir este coletivo. Quem participaria? Quem faria o papel de articular as instituições? De ir atrás, de insistir, porque tem tudo isto; uns que querem vir e outros nós temos que ir atrás. E o polo precisava ser representativo, das instituições formadoras, dos movimentos populares, dos conselhos de saúde dos trabalhadores da saúde e representar os interesses seja do governo, das instituições formadoras, de saúde, dos movimentos populares (ENTREVISTADO 02, Cuiabá, 26/06/2014).

Analisando as atas do Polo de Educação Permanente de Mato Grosso, nos anos de: 2003, 2004, 2005, 2006 e 2007, num total de 30, foi identificado que na maioria das reuniões o assunto principal das reuniões era o repasse de recursos pelo Ministério da Saúde ou os projetos enviados pelas instituições para aprovação do Polo, para receberem recursos do Ministério. A lógica das transferências dos recursos norteava também a participação dos membros, visto que no dia de aprovação dos projetos sempre havia uma maior participação. O quadro abaixo mostra a participação dos membros em função do tema.

Quadro 2: Distribuição das Atas do Polo de Educação Permanente 2003-2005

ANO	JÁ	FE	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NO	DE
2003										■		■
2004			■	■	■	■	■					
2005		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
2006		■			■	■	■			■	■	■
2007		■	■	■		■	■					

. Fonte: Atas de reuniões do PEPS-MT- CIESMT ESPMT/SES/MT (elaborada pela aluna)

#### LEGENDA

- Composição ou recomposição do polo, elaboração de regimento interno, datas de reuniões
- Apresentação, Aprovação, Avaliação, Pactuação dos projetos aprovados pelo PEPSMT, para repasse de recursos pelo Ministério da Saúde.
- Abril apresentação do diagnóstico de saúde do estado de MT pela SES/MT - Maio apresentação do diagnóstico de saúde do município de Cuiabá
- Discussão sobre a Oficina de Educação Permanente, cursos de facilitadores e tutores de Educação Permanente.

Em relação aos projetos propostos durante a vigência do Polo de Educação Permanente em Saúde de Mato Grosso, Anjos (2009) ressalta que:

Os projetos guardavam mais relação com os interesses e capacidade das instituições que os propunham, do que com os diagnósticos realizados no âmbito do Polo. Ressalta-se também que a forma como foram propostos se aproxima mais da lógica do ensino em serviço ou da educação continuada que da Educação Permanente. (ANJOS, 2009, p. 121).

E conclui dizendo:

O Polo de Educação Permanente em Saúde de Mato Grosso (PEPSUS-MT), para parte de seus membros, seguia ainda a lógica

do balcão de negócio, dificultando a construção de um projeto coletivo de Educação Permanente para o Estado. (ANJOS, 2009, p. 121).

Comparando-se os projetos aprovados pelo PEPS-MT em dois períodos distintos, o primeiro, relativo a 2003 e 2004 e o segundo ao ano de 2005, identificamos que a Escola/SES, a UFMT e o COSEMS foram as instituições com maior número de projetos aprovados pelo polo e, também, as que receberam mais recursos do Ministério da Saúde, respectivamente (vide Quadro 02), coincidindo com as instituições que mais participaram das ações desenvolvidas pelo polo:

**Quadro 03: Projetos aprovados pelo PEPS/MT nos anos de 2003-2005**

<b>ANO</b>	<b>ESPMT SES/MT</b>	<b>UFMT</b>	<b>COSEMS</b>	<b>SMSAÚDE CUIABÁ</b>	<b>UNEMAT</b>	<b>UNIC</b>
<b>2003</b>						
<b>2004</b>	490.343,88	1.151.680,00	176.600,00		94.701,99	
<b>2005</b>	5.582.039,91	1.674.393,20	863.736,24	335.929,00		231.911,08
<b>TOTAL</b>	6.072.383,79	2.826.073,20	1.040.336,24	335.929,00	94.701,99	231.911,08

Fonte: Res. CIB Nº060 de 16/12/2003 e Res. CIB. Nº 051 de 15/09/2005

Sobre a participação dessas três instituições, temos o seguinte relato:

*Eu me lembro que o polo tinha uma coordenação colegiada e essa coordenação colegiada era representada pela UFMT, pela Escola e pelo COSEMS e estas três instituições tiveram um papel muito importante em todo o desenvolvimento do polo, praticamente elas eram lideranças dentro deste coletivo e essa coordenação era constituída por representantes destas três instituições. (ENTREVISTADO 02, Cuiabá, 26/06/2014).*

Fica claro que a Escola de Saúde Pública de Mato Grosso está diretamente ligada à história da articulação da educação com a saúde, articuladora e sede do Polo para formação das equipes do PSF, no ano de 1996, e também para o Polo de Educação Permanente em Saúde, criado em 2004.

No ano de 2007, por força da Portaria GM/MS 1996, entraram em cena as Comissões de Integração Ensino Serviço (CIES), e a Comissão Estadual que,

mesmo sendo uma câmara técnica da CIB, administrativamente se abrigava na escola. Hoje, a ESPMT é um órgão executor das políticas de recursos humanos do Sistema Único de Saúde em Mato Grosso, no tocante à formação de profissionais dos níveis elementar e médio, fazendo parte da Rede Nacional de Escolas Técnicas do SUS (RETSUS) e, a partir de 2006, também no nível de Pós-Graduação.

Na análise dos documentos junto a Gerência de Documentação e Registro Escolar da Escola de Saúde Pública, um relatório revelou o número de pessoas capacitadas pela escola, de 2003 a 2013, deixando clara a queda constante na quantidade de pessoas capacitadas pela escola a partir de 2009, quadro que se agravou nos anos de 2011, 2012 e 2013 em que a produção foi mínima, principalmente nos cursos técnicos e pós-graduação, principal carro-chefe da escola, como demonstrado no quadro que se segue:

**Tabela 1: Distribuição do Número de Certificadas expedidos pela Escola de Saúde Pública no período 2003/2013**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>CURSOS</b>											
<b>CAPACITAÇÃO</b>	4313	8022	5059	6261	4652	8127	6350	5771	1981	1105	1226
<b>CURSOS</b>											
<b>TÉCNICOS</b>	09	440	334	917	112	139	205	71	74	0	0
<b>QUALIFIC. DOS</b>											
<b>ACS</b>				1302	32	704	708	0	0	0	0
<b>PÓS-GRADUAÇÃO</b>				45	65	0	37	0	0	47	53
<b>TOTAL</b>	<b>4322</b>	<b>8462</b>	<b>5393</b>	<b>8525</b>	<b>5141</b>	<b>8970</b>	<b>7300</b>	<b>5842</b>	<b>2055</b>	<b>1152</b>	<b>1279</b>

Fonte: Gerência de Registro Escolar da ESPMT

Ao analisar-se o documento em questão, observa-se que o período de baixa produtividades da ESPMT coincide com a ação de desmonte na saúde, efetivada com a transferência de vários serviços de saúde para as Organizações Sociais (OS), e também pelo sucateamento dos órgãos que não foram privatizados, dentre eles a escola (ESP/MT, 2014). Nesse momento, é importante apresentar os depoimentos dos entrevistados sobre a situação vivida pela Escola de Saúde Pública na atualidade:

*Então o esvaziamento da escola, a fragilidade da escola faz parte desse contexto que o SUS vive hoje no estado de Mato Grosso. A escola é somente mais um órgão que está enfraquecido e não tem autonomia financeira e nem de gestão. A escola hoje executa projetos pontuais que respondem por algumas poucas necessidades do trabalhador do SUS. Mas o que isso representa como estratégia para fortalecimento e consolidação do SUS é quase nada. O que a escola consegue executar ainda são os cursos que acontece via financiamento do Ministério da Saúde e mesmo assim com muita dificuldade, porque o recurso tá lá, ele vem e fica na conta do fundo estadual de saúde, mas a burocracia para se executar um curso, pagar um professor, pagar uma diária, elaborar um material didático é tão grande, tão grande, que chega a engessar a administração da escola. As coisas não andam e vão gerando um desgaste para os trabalhadores e acredito que também para a própria gestão. Então eu acho muito triste que a escola esteja nessa situação hoje, é uma pena para a escola e para os trabalhadores do SUS (ENTREVISTADO 02, Cuiabá, 26/06/2014).*

Essa opção do atual governo do estado pela privatização da saúde traz consequências também para a formação dos trabalhadores do SUS, uma vez que a escola mesmo tendo recursos, não consegue realizar os cursos aprovados em CIB/MT (CIES/MT, 2012):

*Eu analiso que a política de Educação Permanente em Saúde, não existe realmente no nosso Estado. A política vc pode fazer ou não fazer e de repente a política é não fazer! Lógico que toda política tem seus altos e baixos, um passo à frente e dez para traz. Mas ultimamente estamos andando mais para traz do que para frente em nosso Estado. [...] O Mestrado da escola em convenio com a Universidade Federal da Bahia, que findou em 2013, demorou 10 anos para se tornar realidade. Só em 2011 foi assinado o convênio. Isso é só para mostrar como é lento o processo para se efetivar a política de Educação Permanente em nosso Estado, porque a escola e sua ação não é prioridade. (ENTREVISTADO 04, Cuiabá, 03/09/2014).*

Na verdade, estamos vivendo tempos difíceis para a Saúde Pública de Mato Grosso, já que a lógica dos últimos governos tem sido o desmonte das políticas, a fim de responder aos ditames neoliberais, o que fere os princípios da reforma sanitária e os pilares do SUS, desconstruindo direitos conquistados com tanta luta pela classe trabalhadora e pelos movimentos sociais pela saúde.

A análise feita pelo Dr<sup>o</sup> Júlio Müller, em entrevista realizada nessa pesquisa, revela esse processo:

*Temos dois períodos, dois anos que são marcantes, neles nós temos uma crise violentíssima na saúde em Mato Grosso: 2003 e 2011. Em*

*2003, quando foi eleito governador o Blairo não conseguia formar sua equipe, em um ano foram três secretários, e com isso conseguiram jogar pela janela muitas conquistas. E esse governo atual em 2011, colocando o Pedro Henri que é uma pessoa prepotente, que acha que entende muito de saúde... Com aquele modelo de antigamente do INAMPS, que só valoriza hospital e para ele escola não vale nada. Então se a gente faz uma análise do Governo Silval o que ocorreu foi a estadualização com a recentralização das ações, o que prejudica todos os municípios e também a regionalização, e com os recursos economizados que ele deixou de investir nos municípios, consórcios, ele paga as OSS. E privatiza a saúde. (MÜLLER, Cuiabá, 2014).*

Todos os relatos corroboram com a visão defendida na presente pesquisa, de que a opção de quem assume a gestão da Secretária Estadual de Saúde é que vai definir como vai se dar a formação dos trabalhadores do SUS. Às vezes concebida como prioridade, outras vezes deixada de lado, porém, o que se torna perceptível é que a ESPMT<sup>5</sup> é o retrato do retrocesso vivido pela política social saúde no nosso Estado. Neste momento se faz necessário, na contracorrente e de forma coletiva, uma defesa por uma Educação Permanente em Saúde que emancipe, acreditando sempre que precisamos lutar, de forma crítica e reflexiva, pela garantia de políticas públicas universais e de qualidade.

---

<sup>5</sup> No ano de 2012, o Ministério da saúde, através da SGTES, fez um estudo em todo Brasil, sobre o uso dos recursos repassados pelo MS para a Educação Permanente em Saúde e concluiu que apenas 16% dos recursos repassados para os estados da federação haviam sido utilizados (CIES/MT, 2012). Esse dado nos mostra que mesmo com recursos nos fundos estaduais e municipais de saúde as ações previstas e aprovadas não acontecem.

Para o Estado de Mato Grosso foram feitos repasses pelo Ministério da saúde, para a Educação Permanente em Saúde para as 16 regiões de saúde nos anos de 2007, 2010, 2011. Esse recurso é para as ações regionais de Educação Permanente realizadas para atender os municípios de cada região (CIES/MT2012).

É importante ressaltar que o Ministério da Saúde destina desde 2007, recursos para a formação dos trabalhadores do SUS de nível médio, esse recurso vem para o Fundo Estadual de Saúde de Mato Grosso e é destinado ao financiamento dos cursos realizados pela Escola de saúde Pública

No anexo 1 desta pesquisa relacionamos todos os recursos repassados pelo Ministério da saúde para a escola de saúde pública (ESPMT).

Infelizmente os acompanhamentos realizados pela CIES Estadual e apresentados em reuniões da CIB para gestores e trabalhadores do SUS do nosso estado nos mostram que muitos dos cursos listados, apesar de aprovados em CIB, ainda não foram realizados pela Escola (CIES/MT, 2012).

A escola de saúde ainda recebe do Ministério da Saúde, desde o ano de 2009, os recursos do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS). Esse recurso é específico para a formação dos trabalhadores de nível médio do SUS. Os cursos do PROFAPS que deveriam ser realizados desde o ano de 2010 pela escola, também ainda não começaram (CIES Estadual, 2012).

### **CAPITULO III**

#### **A REGIONALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO ESTADO DE MATO GROSSO**

Nesse capítulo vamos analisar a regionalização da Educação permanente em saúde no estado de Mato Grosso, inicialmente procurando entender como se deu a constituição das 16 CIES regionais e da CIES estadual, bem como a construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde (PAREPS), elaborados anualmente pelas regionais e que, juntos, se transformam no Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde.

Na sequência será apresentado o consolidado das entrevistas com os membros das CIES regionais, realizadas para essa pesquisa, no período de junho a agosto de 2014. Das 16 Cies regionais, 09 participaram das entrevistas, num total de 15 participantes. Trata-se de entrevista semiestruturada, nas quais foi solicitado aos membros que respondessem, de forma livre, sobre o papel da Escola de Saúde Pública no desenvolvimento da política de Educação Permanente em Saúde no estado de Mato Grosso, assim como sobre as mudanças ocorridas após a Portaria GM nº 1.996/2007, que regionalizou a educação permanente em saúde, e como cada um dos entrevistados entendia essa modalidade de Educação.

Ao realizar essas entrevistas, queríamos apresentar o olhar de quem vivenciou o processo de forma ativa e que estão no seu dia-a-dia buscando alternativas de ação que possibilitem a efetivação da educação permanente em saúde. O olhar daquele que atua na área da saúde é a forma mais precisa para entender como se desenvolveu a regionalização da saúde no Estado.

A seleção dos entrevistados se deu de forma aleatória, uma vez que as entrevistas foram realizadas nas CIES regionais, com os membros selecionados pela própria coordenação de cada uma delas. Foram feitas 15 entrevistas semiestruturadas com membros de 9 CIES, das 16 existentes. A análise dos dados aclarou a visão dos sujeitos que atuam na EPS depois da Portaria GM nº 1.996/2007, que regionalizou a Educação Permanente em Saúde.

#### **3.1. Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES)**

A partir de 2007, a condução da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, de acordo com a Portaria GM nº 1.996/2007, foi transferida, dos polos, para os Colegiados de Gestão Regional (CGR), considerados instâncias de pactuação permanente e cogestão solidária e cooperativa, formadas por gestores municipais do conjunto de municípios de uma determinada região de saúde e por representantes do gestor estadual.

Os Colegiados de Gestão Regional, após o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, passaram a se chamar “Comissão de Intergestores Regional (CIR)”, responsáveis por instituir o processo de planejamento regional para a Educação Permanente em Saúde, definindo as prioridades e responsabilidades de cada um dos municípios que integram a região de saúde (BRASIL, 2007).

As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), instâncias previstas na Lei nº 8.080/1990, de acordo com a nova PNEPS, são compostas por: gestores de saúde municipais e estaduais; pois gestores municipais e estaduais da educação e/ou seus representantes; por trabalhadores do SUS e/ou suas entidades representativas; pelas instituições de ensino com cursos na área da saúde; e por movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social do SUS (BRASIL, 2007).

A principal função da CIES Regional é apoiar e cooperar com os gestores, da sua região de saúde, na discussão sobre Educação Permanente em Saúde, na proposição de intervenção nesse campo, assim como no planejamento e desenvolvimento de ações que contribuam para o cumprimento das responsabilidades assumidas por cada gestor no Pacto de Saúde (BRASIL, 2007).

Deve também apoiar e cooperar tecnicamente com a Comissão Intergestores Regionais (CIR) para a construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) da sua área de abrangência (BRASIL, 2007)

A Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso e o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS-MT) tiveram um importante papel ao desencadear ações que proporcionaram cenário favorável à implantação da CIES Estadual e à constituição das CIES Regionais.

EM 2003 nasceu a ideia da “Rede de Apoio ao SUS”, em Mato Grosso, a partir da reflexão de sujeitos sociais comprometidos com saúde pública estadual: “um espaço político, técnico e social de articulação do COSEMS/MT, para o fortalecimento do SUS e efetividade das políticas públicas de promoção da saúde,

reforçando a luta pelo direito de cidadania e qualidade de vida” (RIBEIRO; TICIANEL, 2008, p. 2).

Esta ação do COSEMS possibilitou a criação de um sistema articulado, presente em todas as regiões de saúde do estado de Mato Grosso, a qual ganhou força através das oficinas de capacitação permanente, onde os integrantes da “Rede” refletem, analisam e compartilham suas experiências. Juntos, buscam alternativas para enfrentar os desafios diários do trabalho e demandas do SUS.

A estratégia de circular as informações de forma permanente, através da Internet, entre todos os membros da rede COSEMS, inclusive gestores dos municípios, que são membros do COSEMS, tinha como objetivo garantir a efetividade da rede, a socialização do conhecimento e, principalmente, a integração entre os mais diversos atores do SUS:

Ao implantar o projeto rede como estratégia de qualificação da gestão participativa com controle social, o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), ganha visibilidade gradativamente, conforme evidenciam os dados de adesão dos municípios: em 2004, tinha 51 (cinquenta e um) municípios contribuindo; em 2005 passou para 62 (sessenta e dois); 2006 para 66 (sessenta e seis). Em 2007 atingiu 86 (oitenta e seis), em 2008, passou para 103 (cento e três) contribuintes dos 141 municípios do Estado. (RIBEIRO; TICIANEL, 2008, p. 7).

Na Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que instituiu o Pacto pela Saúde, novas diretrizes foram preconizadas para a regionalização do sistema de saúde. Esse processo teve por base o fortalecimento da pactuação política entre os entes federados, sobretudo no âmbito municipal, e na diversidade econômica, cultural e social das regiões do país, para a redefinição das “regiões de saúde” (BRASIL, 2006A).

Tornou-se evidente que, uma visão estritamente normativa sobre o sistema de saúde, é facilmente contestada pelo território usado, isto é, pelo território vivo (SANTOS, 1999), pois os pactos pela saúde são travados nos lugares onde de fato se constituem os sistemas locais e regionais de saúde.

Assim, a regionalização deve ser encarada como um processo de pactuação política, no âmbito de planejamento territorial e regional e estadual, entre entes federados, não necessariamente contíguos territorialmente, porém solidários organizacionalmente pelos usos do território (fixos e fluxos dinamizados por

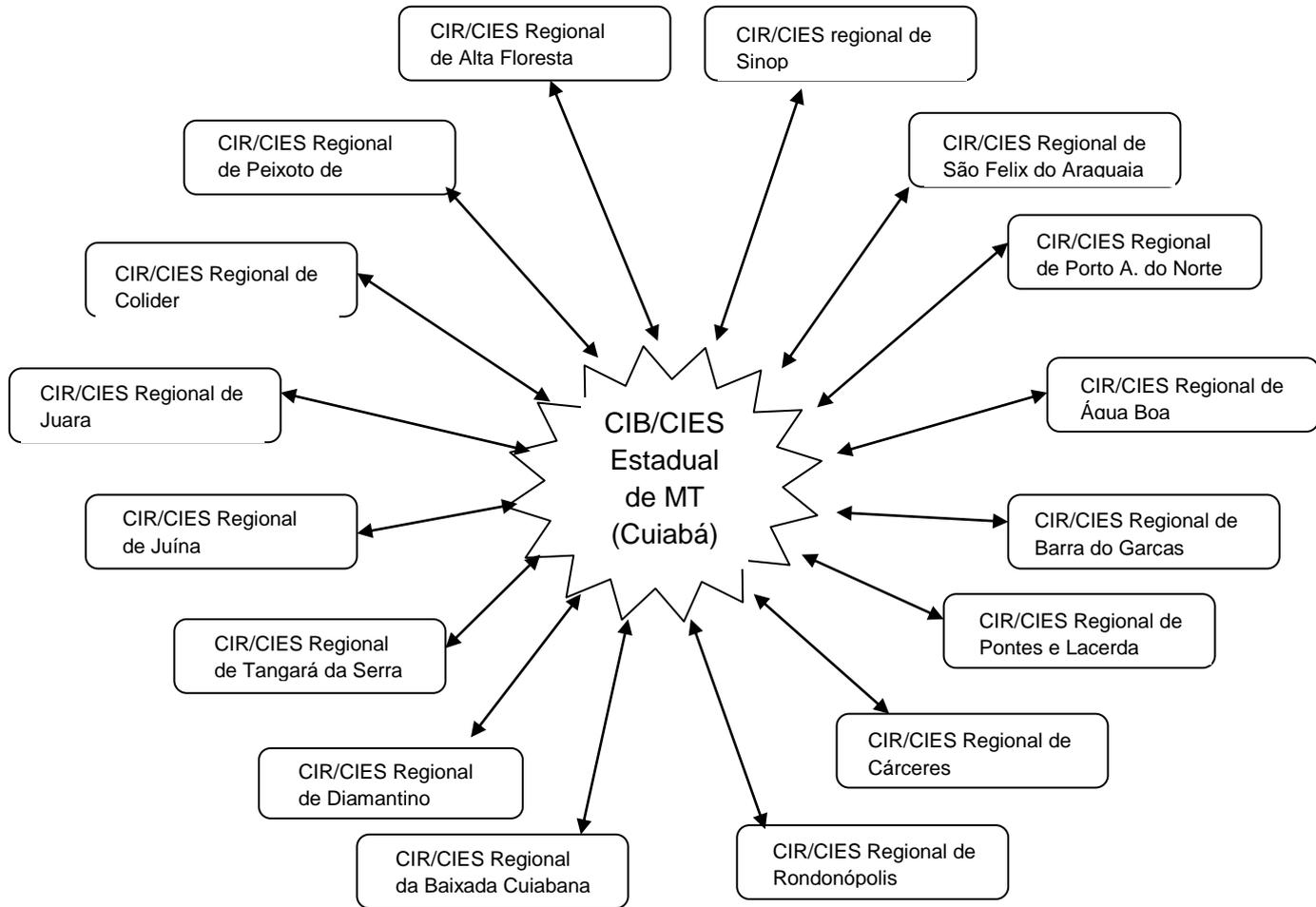
racionalidades diversas). A regionalização não resulta, obrigatoriamente, na delimitação, nomeação e hierarquização de áreas no território, mas sim em acordos políticos embasados por informações coerentes com a dinâmica de uso do território. (COSEMS, 2009).

Fica claro que o Pacto pela Saúde representou um novo momento para a regionalização da saúde, pois rompeu com as perspectivas normativas anteriores e possibilitou a incorporação de diferentes conteúdos do território no processo. O território é aqui entendido tanto como resultado do processo histórico, quanto base material e social das novas ações humanas, sendo o espaço geográfico definido em seu papel ativo, papel motor (SANTOS, 1999).

O estado de Mato Grosso tem seu Sistema Único de Saúde estruturado por um nível de gestão estadual central, localizado em Cuiabá, e 16 escritórios regionais de saúde. Cada um deles caracteriza-se como uma mini secretaria de saúde com setores de atenção primária, vigilância em saúde, assistência e gestão e tem sob sua responsabilidade os municípios que compõem a regional. Nesses escritórios de saúde, os servidores têm como função acompanhar, orientar, monitorar, avaliar e fiscalizar os serviços de saúde e a gestão em cada município da sua região. (SES/MT, 2010).

A região de saúde possui uma Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES Regional), que é a câmara técnica de apoio à CIR, para as ações de Educação Permanente em Saúde. Em cada uma delas, a CIES articula para que as ações de formação, através da Educação Permanente, se efetivem. No processo de implantação das CIES no Estado houve uma efetiva participação do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), da UFMT e da Escola de Saúde Pública. As ações desencadeadas por essas três instituições foram fundamentais para o nascimento das CIES regionais, e até mesmo da CIES estadual. No Estado, tem-se CIES regionais que avançaram e que entenderam a proposta de mudança da Educação Permanente, mas, também, aquelas que ainda não conseguiram avançar (CIES, 2012). O Quadro 04 ilustra a relação das 16 CIES Regionais e a CIES Estadual:

**Quadro 04 – Relação das CIES regionais e CIES estadual**



Fonte: CIES/ESP/SES/MT,2014. (Elaborado pela autora)

Particularmente no estado de Mato Grosso, é importante ressaltar que 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 (Quadro 05).

**Quadro 05: Resoluções e regionais da CIES/MT**

<b>CIES REGIONAIS</b>	<b>CRIAÇÃO</b>
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: Secretaria Executiva CIB/MT, 2010; CIES/Regionais, 2010

De acordo com os documentos analisados, a Comissão Estadual de Integração Ensino-Serviço de Mato Grosso (CIES/MT) foi implantada e constituída em 23 de setembro de 2009, sendo pactuada em CIB e deliberada pelas Resoluções nº 71 e 72/2009. Com a constituição da CIES/MT, a Escola de Saúde Pública foi designada pela CIB a sediar e operacionalizar a mesma. A CIES Estadual possui

uma sala na ESPMT e sua secretária executiva é servidora da ESPMT, de acordo com o regimento interno da CIES (CIES Estadual, 2009).

Várias reuniões ordinárias e extraordinárias foram desencadeadas, e tiveram como objetivo discutir questões pertinentes à organização do processo de trabalho, definição de Secretaria Executiva, Regimento Interno, Plano de Trabalho, apresentação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde ao Conselho Estadual de Saúde, entre outras questões.

A implantação das CIES regionais e da CIES Estadual não é garantia de efetivação da Educação Permanente em Saúde no Estado. Percebem-se poucas mudanças, principalmente em relação à elaboração dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde (PAREPS), os quais deveriam ser construídos de forma coletiva, trazendo as necessidades da região de saúde, numa visão ampliada, onde os dados epidemiológicos se somariam aos aspectos sociais e econômicos.

### **3.2 Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde (PAREPS)**

É responsabilidade de cada CIR a construção coletiva dos Planos de Ação Regionais de Educação Permanente (PAREPS), de acordo com a Portaria GM/MS 1996, que estabelece essa responsabilidade em seu artigo 4º:

São atribuições do Colegiado de Gestão Regional, no âmbito da Educação Permanente em Saúde:

I – Construir coletivamente e definir o Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde para a região, {...} e das necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde;

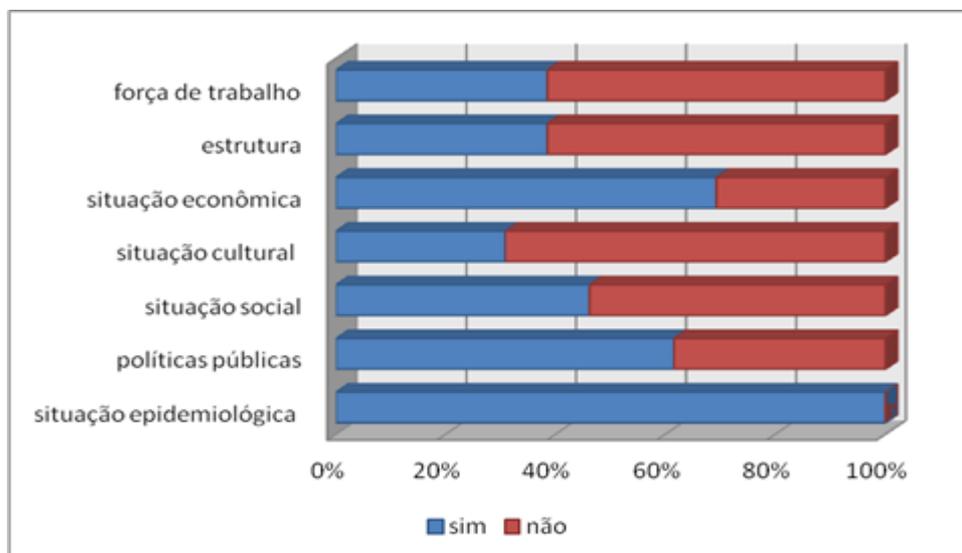
II – Submeter o Plano Regional de Educação Permanente em Saúde à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para homologação (BRASIL, 2007).

Primeiramente, cada município realiza, com os seus profissionais de saúde, Conselho Municipal de Saúde (Controle social) e demais parceiros, um diagnóstico da realidade social, econômica e de saúde do município. Baseado nesse instrumento construído no município e buscando soluções para os problemas apresentados, é feito um levantamento das necessidades de Educação Permanente em Saúde, no município. Em seguida, os gestores vão para sua Região de saúde na reunião da CIR, para construir o PAREPS.

Na regional, todos os gestores, juntamente com a CIES regional, vão analisar o que cada município apresentou como necessidade de Educação Permanente em Saúde, comum à maioria dos municípios. O que se apresentar como necessidade de ação em Educação Permanente regional, por ser necessidade da maior parte dos municípios da região de saúde, deve ser resolvido de forma regional, com os recursos que foram repassados pelo Ministério da Saúde para aquela região de saúde (CIES/MT, 2012).

Em 2011, após o envio dos PAREPS pelas CIES regionais, os membros da CIES estadual, juntamente com o grupo de Pesquisa Gestão e Formação em Saúde e Enfermagem (GEFOR), realizaram uma análise dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde (PAREPS), de Mato Grosso. Esses planos foram aprovados pelas Comissões Intergestores Regionais das regiões de saúde do Estado e encaminhados à Comissão Intergestores Bipartite (CIB), para homologação.

Gráfico 01 - Fatores utilizados como referência na elaboração dos PAREPS



Fonte: Elaborado pela equipe CIES/GEFOR/UFMTI em 2013

Esses dados demonstram que foram encaminhados 13 (treze) planos das 16 (dezesseis) regionais, ou seja, 81% das CIES regionais. Nesses PAREPS, a equipe da CIES estadual destaca:

Observamos que em 100% dos Planos foram levados em consideração o perfil epidemiológico de cada regional. No entanto outros elementos como situação social (46,2%), situação cultural (30,8%), situação econômica (69,2%), a situação das políticas públicas (61,50%), a estrutura dos serviços de saúde (38,5%) e da força de trabalho (38,5%) foram menos utilizados, vejam gráfico abaixo. (CIES/GEFOR/ UFMT, 2013).

E conclui dizendo que, conceber a conexão entre a esfera do trabalho e da educação, implica na ampliação do conceito de saúde, reconhecendo suas interfaces com outros temas e com a riqueza de valores e processos, somados à diversidade de olhares e subjetividades desse complexo sistema, na busca da transição de um modelo de atenção pautado na Promoção da Saúde. No entanto, a orientação predominante, expressa nos planos, ainda é alheia à organização local do setor saúde setorial e ao debate crítico sobre o cuidado na saúde, apresentando pouca relação com a realidade social da população (CIES/GEFOR/UFMT, 2013).

A CIES estadual, após essa análise, passou a trabalhar com as CIES regionais para que a construção do PAREPS aconteça de “baixo para cima”, começando nos municípios e, em seguida, se efetivando nas regionais. Em dezembro de 2012 foi realizada uma oficina pela CIES estadual, com as 16 CIES regionais, base para a produção de instrumento único, para que as regionais elaborassem os seus PAREPS. No final da oficina foi produzido o Manual de Elaboração dos PAREPS, para ser utilizado pelas CIES como base para a produção dos próximos planos.

A Portaria GM nº 1.996/2007, ao regionalizar a Educação Permanente em Saúde, garantiu que as ações (cursos, qualificações, rodas de conversas, especializações) ocorressem tendo por base as necessidades dos municípios. Em seguida, essas necessidades seriam discutidas na regional de saúde, com a participação de gestores, trabalhadores, instituições de ensino e controle social. A partir daí, e de forma coletiva, seriam definidas as ações necessárias para a região.

Porém, ao analisar os PAREPS elaborados pelas regionais, a equipe de pareceristas da CIES Estadual e do GEFOR/UFMT perceberam que: “também na modalidade formação dos trabalhadores da saúde, 83% dos planos indicaram a necessidade de se promover educação profissional técnica em saúde e em relação a capacitação 100% dos planos analisados solicitam uma infinidade de capacitações” (CIES/GEFOR/UFMT, 2013). Esse dado mostra que a formação dos

trabalhadores continua sendo vista como falta de competência do trabalhador, e que pode ser resolvida com cursos pontuais e compensatórios.

Para a equipe que realizou a análise documental dos planos no ano de 2013, a percepção é que,

*ainda prevalece a perspectiva de se produzir os PAREPS como uma ação de captação de recursos e não como uma proposta de trabalho a ser partilhada entre os entes federativos. A EPS terá sentido quando for trabalhada com ferramentas que buscam a reflexão crítica sobre a prática cotidiana dos serviços de saúde, sendo, por si só, um processo educativo aplicado ao trabalho que possibilita mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e nas pessoas. Neste sentido o envolvimento e as responsabilidades devem ser distribuídos nos diferentes âmbitos (CIES/GEFOR/UFMT, 2013).*

Buscando aprender o perfil dos sujeitos sociais que compõem as CIES regionais, em relação a Educação Permanente em Saúde, com o apoio da coordenação da CIES Estadual, foi enviado um roteiro com questões para as 16 CIES regionais, o que permitiu extrair dados que se encontram na tabela a seguir:

**Quadro 6: Perfil dos membros CIES regionais**

<b>TOTAL DE PARTICIPANTES:</b>	
- Membros que participaram: 16 - CIES que participaram: 09	
REGIONAIS PARTICIPANTES 09 Regionais (56%)	REGIONAIS QUE NÃO PARTICIPARAM 07 Regionais (44%)
Água Boa - 02 Alta Floresta – 02 Baixada Cuiabana – 02 Barra do Garças -02 Juara – 02 Juína – 01 P. Alegre do Norte – 01 Rondonópolis – 01 Sinop – 02	Cáceres Colíder Diamantino Peixoto de Azevedo Pontes e Lacerda São Felix do Araguaia Tangará da Serra
<b>SEXO:</b>	
Feminino - 13 (87%)	Masculino - 02 (13%)

<b>FORMAÇÃO PROFISSIONAL:</b>	
Nível Médio - 02	Superior – 13  Pedagogos: 05 – 38% Enfermeiros: 03 – 23% Psicólogos: 02 – 15% Ciências Sociais: 01 – 8% Serviço Social: 01 – 8% Letras: 01 – 8%
<b>REPRESENTATIVIDADE NAS CIES REGIONAIS:</b>	
Representantes do Estado: 10 - 66% Representantes de Instituição de Ensino: (UNEMAT) – 7%	Representantes do Município: 04 – 27%
<b>TEMPO DE TRABALHO NO SUS</b>	
Até 10 anos de trabalho no SUS: 07 + de 11 anos de trabalho no SUS: 07 + de 21 anos de trabalho no SUS: 01	Não trabalha no SUS: 01
<b>NO SEU LOCAL DE TRABALHO OS PARTICIPANTES SÃO RESPONSÁVEIS POR:</b>	
- Somente pela CIES Regional: 01 Pela CIES e mais um programa: 04 Pela CIES e mais dois programas: 03 Pela CIES e mais três programas: 01	- Pela CIES e mais de 04 programas: 05 - Não trabalha no SUS: 01

Fonte: Elaborado pela autora

Analisando os dados da tabela, observa-se que a maioria dos participantes são servidores estaduais que representam o Estado na CIES Regional. Predomina as do sexo feminino, com cursos de pedagogia e enfermagem e com mais de 6

(seis) anos de trabalho no SUS. Um dado relevante que chama atenção refere-se ao fato que somente um entrevistado é responsável apenas pela CIES; grande parte acumula o trabalho realizado na CIES, com ações relativas a outros programas.

O excesso de atividades sob a responsabilidade dos trabalhadores das CIES regionais pode levá-los à sobrecarga e ao desestímulo de participarem de forma mais efetiva das ações de Educação Permanente em Saúde na regional. Os dados permitem ainda questionar a importância atribuída às CIES regionais pelos gestores municipais e, principalmente, pela gestão estadual, já que a maioria é composta de servidores estaduais.

A valorização da produtividade com eficiência, eficácia e efetividade primado da política neoliberal, não combina com Educação Permanente em Saúde, como diz Ceccim (2014, p. 8), “A lógica administrativa não combina com Educação Permanente”.

Da mesma forma é importante que o profissional que vai atuar junto a CIES, entenda a complexidade de sua ação, visto que a mesma pode acontecer de duas formas distintas: a primeira é propor cursos e capacitação para a região, dentro de uma linha pré-definida em um programa pré-estabelecido, que visa apenas o mero repasse de conteúdo. A segunda opção é avançar, inventando saídas que possam se proliferar na sua prática, indo além, entendendo que o setor saúde precisa, como exigência ética, marcar conexão com o movimento social e com os usuários:

*Eu acho assim, que iniciou uma política de qualificação de pessoas, de qualificação da secretaria, nós do Estado temos o nosso PCCS. E nos municípios o que temos hoje? A maioria dos municípios não existe concurso público, não existe plano de cargos e carreira, não existe um piso e por quaisquer 100 reais a mais, a pessoa muda de lugar, uma vez que não se tem nada que a faça permanecer. {...}. Eu acredito que tem que ficar mais próximo dos municípios sim, não é só largar para os municípios. Não é só isso, é preciso o tempo inteiro a gente estar assessorando, acompanhando a gente estar fazendo o papel da Secretaria Estadual de Saúde. O SUS é tripartite, então a gente tem que andar junto, e ajudar o gestor, porque sozinho o município, eles não têm pernas para caminharem. Muitas vezes os gestores não têm qualidade técnica. Não adianta ter Portaria e recursos se os municípios não tiverem condições de fazer. (ENTREVISTADO 04, Cuiabá, 2014).*

Inicialmente, nas entrevistas se pediu aos membros das CIES regionais que analisassem o papel da Escola de Saúde Pública, como um dos órgãos

responsáveis pela Educação Permanente em Saúde para os trabalhadores do SUS de Mato Grosso. Abaixo, a visão apresentada:

<b>Quadro 7: Papel da Escola de Saúde na Formação dos trabalhadores do SUS</b>
<p><b><u>Pontos Positivos:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De suma importância para qualificar os trabalhadores do SUS e melhorar o atendimento aos usuários;</li> <li>- Importante, fundamental e essencial na construção, orientação e efetivação da Educação Permanente em Saúde;</li> <li>- Papel de articular o processo de formação dos profissionais do SUS, com as regionais e os municípios;</li> <li>- Importante para os trabalhadores do SUS se qualificarem e melhorar a atuação no cotidiano, já que no interior é difícil os trabalhadores do SUS ter acesso à qualificação,</li> <li>- Responsável pelos cursos técnicos e Especialização dos trabalhadores de nível médio e superior do SUS;</li> <li>- Responsável pela certificação das capacitações e cursos realizados.</li> </ul>
<p><b><u>Pontos Negativos:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Não consegue conduzir o processo de formação dos trabalhadores;</li> <li>- A maioria dos trabalhadores não tem acesso aos cursos (poucas vagas);</li> <li>- Demora para iniciar e para finalizar os cursos técnicos;</li> <li>- Pouca autonomia para desenvolver suas ações;</li> <li>- Dificuldade em efetivar mudanças na formação dos trabalhadores do SUS;</li> <li>- Não atende as demandas das regionais de saúde;</li> <li>- Falta de apoio governamental para melhorar seu desenvolvimento.</li> </ul>

No quadro 7 fica muito claro que os membros das CIES regionais reconhecem a importância da Escola de Saúde Pública e a consideram como fundamental e essencial na construção, orientação e efetivação da Educação Permanente em Saúde no Estado. Reconhecem ainda o papel que a escola tem

como órgão responsável pela formação e qualificação dos trabalhadores do SUS, porém, ressaltam os problemas que a escola tem enfrentado e as consequências dos mesmos na vida de cada trabalhador, em função da opção feita pelo governo estadual de privatizar a saúde pública.

Na sequência, discutiu-se o impacto da política de Educação Permanente em Saúde em Mato Grosso para a formação dos trabalhadores do SUS, no período de 2003 à 2013. As respostas dos entrevistados se dividiram em quatro eixos: impactos para as regiões de saúde, para os trabalhadores do SUS, para a escola e alguns trabalhadores não consideraram que houve impactos. No Quadro 8 apresentamos os impactos relatados:

**Quadro 8: Impactos da política de EPS no período de 2003 à 2013**

<b>Para as Regiões de Saúde e Municípios do Estado porque:</b>
<p>Regionalizou os recursos financeiros e proporcionou o planejamento das ações de Educação Permanente, de acordo com as necessidades locais;</p> <p>Melhorou e muito, a qualidade dos serviços de saúde;</p> <p>Foi um avanço para nossa regional, pois veio de encontro com a necessidade dos trabalhadores e gestores dos municípios</p> <p>Permitiu a efetivação da formação dos trabalhadores da saúde nos municípios.</p>
<b>Para os trabalhadores do SUS:</b>
<p>A EPS levou o profissional de saúde a problematizar o seu cotidiano de trabalho e a assumir mudanças de posturas;</p> <p>Os profissionais de saúde, tiveram através da EPS, a possibilidade de se aperfeiçoar e, com isso, melhorar o trabalho na saúde;</p> <p>Garantiu a maior participação dos trabalhadores na gestão da saúde e no seu processo de formação;</p> <p>Agregou valores nas práticas diárias e, com isso, melhorou a qualidade dos serviços prestados;</p> <p>Possibilitou a valorização do profissional do SUS.</p>

***Para a Escola de Saúde Pública:***

Aconteceu uma mudança em relação à formação dos profissionais do SUS, ao se definir que as capacitações e cursos, que fossem certificados pela ESPMT, deveria-se utilizar a metodologia da problematização;

Enfrentou um certo estranhamento por parte dos profissionais da saúde no processo de implantação e desenvolvimento da EPS e da metodologia da problematização;

Através de suas capacitações, a escola foi quem deu o pontapé inicial da Educação Permanente em Saúde em MT.

***Outras observações em relação ao impacto da EPS:***

Só a partir de 2008 a Educação Permanente em Saúde foi intensificada no Estado;

Acredito que impacto seja ao longo prazo;

Ainda está se iniciando a discussão sobre EPS, gestão de pessoas e vínculos do profissional de saúde;

O impacto ainda não aconteceu;

Não tenho dados para avaliar o impacto da EPS no Estado.

Analisando o quadro acima, percebe-se que os entrevistados consideram como positivos os impactos no desenvolvidos pela Educação Permanente em Saúde no estado de Mato Grosso. Ressaltamos a valorização dada pelos membros da CIES, regionais entrevistados nessa pesquisa, à regionalização do Planejamento das ações e dos recursos da EPS. E em relação aos trabalhadores, eles ressaltam a garantia de maior participação dos trabalhadores na gestão da saúde e do seu processo de formação.

Na sequência, são apresentados os pontos positivos e negativos elencados pelos entrevistados em relação às mudanças que ocorreram com a formação dos trabalhadores do SUS, após a regionalização da EPS no Estado.

***Quadro 9: Mudanças a partir da portaria GM/MS 1996/2007***

***Pontos Positivos***

Descentralizou as ações de EPS;

Propiciou que se efetivasse nas CIES Regionais um espaço de discussão entre gestores, trabalhadores, instituições de ensino e controle social;

Implementou o processo de Educação Permanente em Saúde na Regional;

Permitiu aos gestores e aos trabalhadores do SUS a realização do planejamento anual das ações de EPS nos municípios;

Garantiu a regionalização da EPS através da construção coletiva dos PAREPS nas CIES Regionais, a partir dos Planos Municipais de Educação Permanente;

Contextualizou as capacitações e cursos com a realidade das regionais de saúde;

Agregou pessoas e instituições em torno da EPS;

Inovou ao permitir que as universidades, que possuem cursos na área de saúde, participassem das ações de EPS nas CIES Regionais;

Difundiu entre os trabalhadores do SUS a metodologia da problematização;

Mobilizou os profissionais com perfis diferentes para as ações de EPS e propiciou a interação entre eles;

Permitiu que a maioria das CIES Regionais se constituísse antes da CIES Estadual e também participassem do processo de criação da CIES Estadual.

### ***Pontos Negativos:***

Dificuldade dos municípios de administrar um recurso regional, recebedores de recursos da EPS;

Pouca participação do Controle social nas reuniões das CIES regionais e na construção dos PAREPS;

Alta rotatividade dos profissionais de saúde, o que atrapalha o planejamento das capacitações;

Atuação da ESPMT, não consegue efetivar os cursos aprovados pela CIB/MT (demora para iniciar os cursos aprovados e quando inicia nunca termina, chegando ao ponto de

demorar 3 a 4 anos para realizar um curso técnico de nível médio;

Pouco interesse por parte do governo do Estado e dos gestores da SES/MT em priorizar a Gestão de Pessoas e a EPS dos trabalhadores do SUS, como política de governo;

Falta de um diagnóstico da realidade em relação aos trabalhadores do SUS da gestão estadual e municipal, para a partir daí elaborar as estratégias de EPS;

Falta de planejamento para realização de capacitações de acordo com as necessidades dos municípios;

Inexistência de uma Política Estadual de Educação Permanente em Saúde

Pouco relacionamento entre a CIES Estadual e CIES Regionais, que só acontece através de *e-mail*;

Resistência de alguns profissionais em participarem dos cursos.

Novamente, os entrevistados ressaltam a importância da regionalização da EPS, e como esse processo valorizou e melhorou as ações da Formação dos trabalhadores do SUS. Outro dado relevante desse estudo foi a compreensão que os membros das CIES regionais possuem com relação à Educação Permanente em Saúde. O objetivo foi identificar se havia uma perspectiva ou proposta de mudança que poderia se efetivar mediante ações e princípios, que vão além de cursos, capacitação e qualificação, corroborando com PAIM (2009) que afiança:

A interface da educação e da saúde, constituída com base no pensamento crítico sobre a realidade, torna-se possível pensar educação em saúde como formas do homem reunir e dispor de recursos para intervir e transformar as condições objetivas visando alcançar a saúde como um direito socialmente conquistado, a partir da atuação individual e coletiva de sujeitos político-sociais. (PAIM, 2009, p. 35).

Por outro lado, seria possível identificar uma compreensão que viesse reafirmar o entendimento pelos entrevistados das mudanças ocorridas na portaria ministerial e seus anexos, relativos à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, em 2004, e que a regionalizou em função do Pacto pela Saúde, através da Portaria GM/MS 1996, de 20 de agosto de 2007. Nesse sentido, pode-se evidenciar pelo quadro abaixo que não houve nenhum relato sobre essa mudança.

**QUADRO 10: Visão dos membros das CIES regionais sobre EPS**

Política teórica e pedagógica para mudanças dos serviços de saúde;  
 Aprendizagem no trabalho;  
 Atividade educativa no setor saúde que tem foco no coletivo e que tem o processo de trabalho como norteador da aprendizagem;  
 Constante reflexão e avaliação do cotidiano do trabalho e da formação;  
 Processo de ensino-aprendizagem que ocorre entre o trabalhador e trabalhador, entre o trabalhador e gestão e entre o trabalhador e os usuários do SUS;  
 A mudança é a transformação no serviço e nas equipes, dos serviços de saúde;  
 Acesso ao conhecimento através da técnica da problematização do dia-a-dia, do trabalhador do SUS, por meio do levantamento de problemas, situações e ou questionamentos do processo de trabalho, estudando a maneira para entender e atuar no cotidiano.  
 Constante reflexão e avaliação do cotidiano do trabalho e da formação;  
 Instrumento de gestão para fortalecer a atenção à saúde e à vigilância em saúde dos municípios;  
 Formação a partir dos desafios que surgem junto aos processos de trabalho, buscando a transformação dos profissionais e das práticas de trabalho.

O conteúdo desses depoimentos permite analisar que os membros da CIES regionais se apropriaram do conhecimento em relação a EPS, e isso leva a questionar as práticas que estão sendo realizadas no dia-a-dia de cada um, pois se as pessoas se engajaram e se envolveram, como eles apresentam o que dizem? Se houve progresso, se entenderam o objetivo da educação permanente que é viabilizar mudanças, faz-se necessário um estudo mais aprofundado para que se possa compreender como estão se efetivando essas práticas.

Porém, não se pode deixar de falar que, em relação aos PAREPS elaborados pelas regionais, percebemos uma diferença muito grande entre o prescrito e o real em relação a Educação Permanente em Saúde. Ao se comparar o entendimento que os membros das CIES regionais apontam no quadro acima e os

PAREPS apresentados pelas regionais, existe uma distância enorme. Enquanto na visão dos membros a EPS, a mudança parte do trabalho, nos PAREPS, a maioria das regionais se limita a listar cursos, capacitação, especialização. Ao afirmar que o objetivo é mudança nas ações dos profissionais e que muitas vezes essa mudança não precisa ser necessariamente através de um curso, uma capacitação, se está dizendo que qualquer atitude do profissional do SUS, que vá melhorar o trabalho de sua equipe na unidade de saúde no qual está inserido, é uma ação de Educação Permanente em Saúde. Uma roda de conversa com a equipe, com o objetivo de melhorar o atendimento ao usuário, é uma ação de EPS.

Percebemos que, infelizmente, no entendimento dos entrevistados a solução para o SUS é capacitar seus trabalhadores através de cursos para melhorar o atendimento e isso fica muito claro nos PAREPS apresentados. Não se trata de dizer que os cursos não sejam importantes diante de tanta tecnologia que a todo dia surge para o atendimento na saúde, mas, faz-se necessário entender que a EPS não é solução para todos os males.

Cabe à EPS, quando é realmente entendida por quem tem uma ação concreta no SUS, apenas o papel de tornar o usuário sujeito das mudanças necessárias para o SUS que se deseja. E se cada trabalhador do SUS conseguir realizar com sucesso essa tarefa, a proposta de uma Educação Permanente em Saúde, numa perspectiva crítica, se efetivou.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao finalizar esse trabalho, vale dizer que o olhar não foi neutro por parte da pesquisadora, pelo fato de ter uma relação muito próxima do objeto da pesquisa, pela sua condição de servidora da saúde pública atuando no campo da formação. A escolha da política de Educação Permanente em Saúde como problema de pesquisa, além da necessidade do reencontro com a academia, decorreu do interesse pessoal na busca de respostas para algumas questões vivenciadas no exercício profissional, exatamente por ser servidora da saúde pública e atuar no campo da formação. Ao definir como objeto: *A política de Educação Permanente no Sistema Único de saúde do estado de Mato Grosso, no período de 2003 a 2013*, além do exercício acadêmico, existia um interesse pessoal na busca de respostas para algumas questões vivenciadas no exercício profissional.

Ao assumir o cargo de Secretária Executiva da CIES estadual, no mês de fevereiro de 2011, dei início à busca por essas respostas. Analisada numa perspectiva crítica, a educação, a saúde, e a Educação permanente em saúde entende-se que, na sociedade capitalista, as ações desenvolvidas sempre buscam legitimar a ordem burguesa. Dessa forma, fica bem mais fácil entender os avanços e retrocessos que o campo da formação dos trabalhadores da saúde tem enfrentado no processo de se efetivar como uma política pública no campo da saúde.

A formação na saúde começou bem antes do movimento da reforma sanitária e da constituição do SUS. Respondeu a uma conjuntura de desenvolvimento do país em que se fazia necessária uma saúde de qualidade para atender as demandas da nova forma de investimento que o capital implementava.

Ainda na década de 1960 aconteceram as ações de formação na saúde e, a partir daí, se inicia um processo de alternância da sua força, de acordo com a importância dada em cada governo. Às vezes, ela tinha maior visibilidade e intensidade, e em outras, profundo silêncio, mas sempre se apresentando de acordo com a vontade de quem estava na gestão e sua política de governo, que se alterna em função das mudanças.

Desde o seu início, passando pela ditadura militar, na efetivação do acordo entre a OPAS e o governo brasileiro, pela reforma sanitária brasileira, implantação do SUS, pela contrarreforma no Estado em 1994, na era FHC, pela criação da

SGTES, no governo Lula até os dias atuais, a formação dos trabalhadores da saúde tem sido apresentada como a solução de todos os males.

Porém, basta uma leitura crítica para entender que a educação permanente não tem como resolver um problema que é muito mais amplo. Sendo uma estratégia da política saúde, ela também cumpre o mesmo papel de toda política social, que é a reprodução do modo de produção capitalista.

Não podemos também, de forma ingênua, afirmar que não houve tentativas de implementar alternativas que ajudasse o trabalhador a se tornar sujeito crítico, através de ações educativas onde o educador trabalhasse na perspectiva de mudança. Porém, essas ações se perderam dentro da lógica burocrática do Estado.

Na pesquisa documental, bem como nas entrevistas realizadas ficou claro, em vários momentos, que a Educação Permanente tem se constituído numa ferramenta que depende do funcionamento do sistema de saúde para atingir o objetivo de preparação de recursos humanos para a mudança. Pensar que ela sozinha é capaz de resolver os problemas da saúde e dos trabalhadores é uma doce ilusão.

Houve, sim, um momento que se vislumbrou outras possibilidades. A criação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no seu primeiro momento, em 2004, com o fito de recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor saúde. Contudo, o novo que vinha para contribuir no processo de mudança na saúde, via formação, enfrentou resistência dentro do Ministério da Saúde, onde a burocracia estava institucionalizada e enraizada, para favorecer as ações de manutenção da ordem.

Para o professor Gadotti (2012, p. 184), “[...] os tecnoburocratas ou tecnocratas são os responsáveis por fixar normas, sobrevalorizar o planejamento, a hierarquia, a ordem, a impessoalidade e agindo assim impedi que se avance qualquer ação da educação em direção a mudança uma vez que visa a continuidade e racionalidade técnica”.

Ceccim (2014, p. 7), nessa mesma direção, defende que a Educação Permanente não combina com racionalidade administrativa e gerencial, uma vez que existe muita dificuldade de fazer com que a área econômica entenda que, agregar pessoas, articular e fazer as pessoas se encontrar, debater, pensar e coletivamente construir um projeto de saúde, é menos relevante. Eles não conseguem entender

que é exatamente nessas ações que está o potencial criador dessa proposta de mudança na saúde.

Afirma-se, nessa pesquisa, que as ações de EPS não são necessariamente cursos, qualificações, mas sim mudanças produzidas no cotidiano do trabalho na saúde e que tem um impacto positivo na qualidade de vida das pessoas. Uma roda de conversa da equipe de saúde, que melhorou o atendimento ao usuário, pode ser constatada numa ação desenvolvida no município e que fez a diferença, já que melhorou o quadro da saúde da população, são ações de Educação permanente em Saúde. A identificação da educação permanente em saúde, corroborando com Ceccim (2005, p.161), está carregando a definição pedagógica como um processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que é permeabilizado pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano.

Porém, retomando a questão colocada no início da presente dissertação, reafirma-se que a verdadeira missão da educação é se tornar instrumento de luta e de transformação da sociedade, visto estar assentada no compromisso e na decisão. Educar é tomar partido, é preciso entender de gente, é preciso entender todo processo histórico econômico e social da saúde e da educação. A EPS deixa muito claro seu papel político centrado em organizar, mobilizar para a participação, de fazer do usuário sujeito da mudança que contribua para reformas progressistas.

Ao analisar a EPS em Mato Grosso, fica evidente que hoje não existe uma política pública para a Formação dos trabalhadores do SUS. As ações acontecem de forma descontínua e são apresentadas como políticas de governo, ficando a formação dos trabalhadores do SUS nas mãos de quem assume a Secretaria Estadual de Saúde.

Avançando, outras vezes retrocedendo, esse processo guarda a certeza de que os avanços conquistamos estão diretamente ligados à luta dos trabalhadores da saúde e ao apoio de alguns gestores que tinham compromisso com a saúde pública e acreditavam na EPS enquanto estratégia de mudança. Também, deve-se ressaltar o papel assumido pela Escola de Saúde Pública do estado de Mato Grosso, através de seus profissionais e gestores que participaram do desenvolvimento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

Essas são algumas considerações que este estudo possibilitou extrair. Evidentemente, muitos aspectos precisam ser aprofundados para enriquecer o debate, que não se conclui aqui e pode produzir novos objetos de estudo.

## **REFERÊNCIAS**

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

Antunes R. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 15. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

AROUCA, A. S. S. **O dilema Preventivista**: contribuição para a compreensão e Crítica da medicina preventiva. Tese (Doutorado Medicina) – Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Campinas, 1975.

AROUCA, S. **O Dilema Preventivista**: Contribuição para a compreensão medicina preventiva. São Paulo; Rio de Janeiro: EdUNESP; FIOCRUZ, 2003.

AROUCA, A S. Reforma sanitária brasileira Tema (proj. Radis) 1988; (11), p. 2-4.

BEHRING, E. R. BOSCHETTI. **Política Social**: fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2006.

BERING, E. R. **Brasil em contrarreforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: MS, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. RH/SUS. **Política de Recursos Humanos para o SUS**. Prioridades e diretrizes para a ação do Ministério da Saúde. Brasília DF: MS, 1995.

\_\_\_\_\_. **Portaria GMS/MS Nº 198, de 13 de fevereiro de 2004**. Brasília, DF: Diário Oficial da União, Poder Executivo, 16 fev. 2004.

\_\_\_\_\_. **Portaria GMS/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Brasília, DF: Diário Oficial da União, Poder Executivo, 22 de ago. 2007.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Textos básicos de Saúde. Série Pactos pela saúde 2006, Brasília-DF: MS, 2009.

BRESSER PEREIRA, L. C. A Reforma do Aparelho do Estado e a constituição de 1988. **Revista del Clad**: Reforma y Democracia, nº 4, Brasília, 1995, p. 01 - 11.

\_\_\_\_\_. L. C. A reforma do estado dos anos 90: lógica e Mecanismos de controle. **Caderno do MARE**, nº1. Brasília: 1997, p. 07-23.

BUITRON, A; PIERRE F. Educação na perspectiva do desenvolvimento. UNESCO. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**. MEC/INEP, v. 51, n. 113, p. 63-93. Rio de Janeiro. janeiro/março de 1969,

CAMPOS, G. W. S. **Paidéia e modelo de atenção**: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. São Paulo: Olho Mágico, 2003.

CARDOSO, F H; FALETTO. E. **Dependência e desenvolvimento na América Latina**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1973.

CAVALCANTI, F.O.L. **Democracia no SUS e na reforma sanitária é possível?** Um debate a partir da experiência da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Dissertação (Mestrado em 2010)– Instituto de Medicina Social, UERJ. Rio de Janeiro, 2010.

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

CECCIM; R B Educação Permanente em Saúde; descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. v. 10, n.4, p.975- 976, São Paulo, out/dez. 2005.

CECCIM, R.B, **Entrevista com Ricardo Burg Ceccim**, realizado por Fagner Luiz Lemes Rojas realizada em Gramado, em 29 de abril de 2014.

CHIZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

COHN, A. ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil**: políticas e organização de serviços. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **1ª Conferência Nacional de Educação e 1ª Conferência Nacional de Saúde**. Rio de Janeiro, 1941. Disponível em:[www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio\\_1.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_1.pdf)

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **3ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília DF, 1963**. Disponível em:[www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio\\_3.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_3.pdf)

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **4ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília DF, 1967**. Disponível em:[www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio\\_4pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_4pdf)

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **5ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília DF, 1975.** Disponível em: [www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio\\_5.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_5.pdf)

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **6ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília DF, 1977.** Disponível em: [www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio\\_6.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_6.pdf)

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **7ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília DF, 1980.** Disponível em: [www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio\\_7.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_7.pdf)

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília DF, 1986.** Disponível em: [www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf)

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde. **Relatório Final da 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde.** Brasília-DF, 13 a 17 de outubro de 1986. Brasília: Ministério da Saúde, 1986A.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **10ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília DF, 1996.** Disponível em: [www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio\\_10.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_10.pdf)

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **11ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília DF, 2000.** Disponível em: [www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio\\_11.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_11.pdf)

COSTA, N. R. **Lutas urbanas e controle sanitário:** origens das políticas de saúde no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1986.

COUTINHO, C. N.; NOGUEIRA M. A. (Org.). **Gramsci e a América Latina.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

\_\_\_\_\_. **Contra a Corrente:** ensaios sobre democracia e socialismo. 2. ed.rev.e atual. São Paulo: Cortez, 2008.

DAVINI, M. C; HADDAD, J. Q; ROSCHKE, M. A. C. (Ed.). **Educación permanente de personal de salud.** Washington, DC: Organización Panamericana de La Salud, 1994.

DELORS, J. **Educação:** um tesouro a descobrir. 10. ed. São Paulo; Brasília: Cortez/ MEC-UNESCO.

DURKHEIM, E. **A divisão do trabalho social.** São Paulo: Companhia Nacional, 1960.

DURKHEIM, E. **As regras do método sociológico.** 2ª ed. São Paulo: Companhia Nacional, 1971.

SCOREL, S. **Reviravolta na saúde:** origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

FARIA, R.; VIANA, A.L.D. **Recursos humanos em saúde:** política, desenvolvimento e mercado de trabalho. São Paulo: NEPP, 2002.

FIGUEIREDO, B. G. **A arte de curar**: cirurgiões, médicos, boticários e curandeiros no século XIX em Minas Gerais. Rio de Janeiro: Vício de Leitura, 2002.

FLEURY, S. M. T. **Os direitos (dos desassistidos) sociais**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1991.

\_\_\_\_\_. A análise necessária da reforma sanitária. **Saúde Debate**, n. 22, p. 25-27, Rio de Janeiro, 1988.

\_\_\_\_\_. **Saúde e democracia**: a luta do CEBES (Org.) São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

FONSECA, C. M. O. **A criação da ENSP**: integração e diversidade na formação em saúde pública. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Buenos Aires, Siglo XXI; Tiera Nueva, 1972.

\_\_\_\_\_. **Educação como prática da liberdade**. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1974.

FURTER, P. **Educação e vida**. 10. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1983.

\_\_\_\_\_. **Educação e reflexão**. 15. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1985.

\_\_\_\_\_. **Educação Permanente e desenvolvimento cultural**. Rio de Janeiro: Vozes, 1975.

FREIRE, P.; BETTO, F. **Essa escola chamada vida**: depoimentos ao repórter Ricardo Kotscho. São Paulo: Ática, 1986.

GADOTTI, M. **A educação contra a educação**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981.

GADOTTI, M. **História das ideias pedagógicas**. 8. ed. São Paulo: Ática, 2011.

GADOTTI, M. **Concepção dialética da educação**: um estudo introdutório. 16. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

GIL, C.R.R.; CERVEIRA, M.A.C.; TORRES, Z.F. NEGRI, B.; FARIA, R.; D'AVILA, A.L. **Recursos humanos em saúde**: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: Universidade de Campinas, 2002.

GONDRA, José Gonçalves. **Conformando o discurso pedagógico**: a contribuição da medicina. Belo Horizonte: Autêntica, ANO.

GRAMSCI, A. **The formation of intellectuals in the mordem. Prince and other writings**. Londres: Lawrence and Wish ant Gran, 1957.

\_\_\_\_\_. **Os intelectuais e a organização da cultura**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1989.

HARBISON, F.H.; PEREIRA, L. **Desenvolvimento, trabalho e educação**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1974.

IASI, M. **Ensaio sobre consciência e emancipação**. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

IPOLA, E. "Note sur l' 'idéologie de l' éducation permanente". In: PINEAU, G. **Éducation ou aliénation permanente?** Montréal: Dunod, 1979.

LAKATOS, E. M; MARCONI, M. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Atlas, 1992.

LENGRAND, Paul. **Introduction à éducation Permanente**. Paris: UNESCO, 1970

LESSA, S. A emancipação política e a defesa de direitos. **Revista Serviço Social e Sociedade**. N. 90, p. 35- 57. São Paulo, jun. 2007.

LIMA, M. C. **Monografia: a engenharia da produção acadêmica**. São Paulo: Saraiva, 2004.

LIMA, N. T, FONSECA, C. M. O. **História da especialização em saúde pública no Brasil**: nota introdutória. Uma escola para a saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

LIMA, N. T. (Org.). **Saúde e Democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

LUZ, M. T. As **Conferências Nacionais de saúde e as políticas de saúde da década de 80**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

MACHADO, C.V. **Direito universal, política nacional**: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002. Tese (Doutorado em Medicina) – Instituto de Medicina Social/ UERJ. Rio de Janeiro, 2005.

MAY, Tim. **Pesquisa Social**: questões, métodos e processos. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MELLO, J. M C. **O capitalismo tardio**. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1982.

MENDES, D. Um novo mundo, uma nova educação. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, n. 51 (113), p. 10-18. Rio de Janeiro, 1969.

MÉSZÁROS, I. **A educação para além do capital**. Tradução de Isa Tavares. São Paulo: Boitempo, 2008.

MINAYO, M. C. S. **Pelo direito universal à saúde**: contribuição da Abrasco para os debates da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Rio de Janeiro: Hucitec, 1985.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa social Teoria, Método e Criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2004.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINISTERIO DA SAÚDE: SGTES/DGES. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS:** caminhos para a Educação Permanente em Saúde – Polos de Educação Permanente em Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

MONTAÑO, C; DURIGUETTO, M L. **Estado, classe e movimento social.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

MONTAÑO, C. **Terceiro Setor e questão social na reestruturação do capital: O canto da Sereia.** Tese (Doutorado em Serviço Social). Rio de Janeiro: ESS/UFRJ, 2001.

MÜLLER J.N. **Entrevista com Júlio Müller Neto,** realizada pela autora em 13 de agosto de 2014 em Cuiabá MT.

NETTO, J.P, BRAZ, M. **Economia política:** uma introdução crítica, São Paulo: Cortez, 2011.

NUNES, T.C.M. **A especialização em saúde pública e os serviços de saúde no Brasil de 1970 a 1989.** Tese (Doutorado em 1998) Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, 1998.

\_\_\_\_\_. **Pelo direito universal à saúde:** contribuição da Abrasco para os debates da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Rio de Janeiro: s/ed., 1985.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Série b. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela saúde 2006, Brasília-DF: s/ed., 2009.

PAIM, J. S. **Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil.** Rio de Janeiro: Abrasco, 1982.

AUTOR. A política de saúde no governo Lula e a dialética do menos pior. **Saúde Debate**, v. 29, n. 31, p. 268-283. Rio de Janeiro, 2005.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira:** contribuição para a compreensão e crítica. Salvador; Rio de Janeiro: EdURFBA; Fiocruz, 2008.

\_\_\_\_\_. Uma análise sobre o processo da reforma sanitária brasileira. **Saúde em Debate** v.33, nº.81, p.27-37. Rio de Janeiro, 2009.

PAIVA, Carlos. H.A. **A Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e a reforma de recursos humanos na saúde na América Latina.** Rio de Janeiro: COC/FIOCRUZ-OPAS/OMS, 2004.

PEREIRA, ISABEL B. **Dicionário da educação Profissional em Saúde**. 2. ed. Rede Observatório de Recursos Humanos na Saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, ANO.

PEREIRA, N.A.F. **Ser médico no Brasil: o presente no passado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

PINEAU, G. **Éducation ou aliénation permanente?** Montreal: Éditions Dunod, 1977.

PIRES, A.F.A; PAIVA, C. H. A.; SANTANA, J.P.; MEJÍA, D.V. **A cooperação técnica Opas – Brasil e o desenvolvimento de recursos humanos em saúde: trajetórias históricas e agendas contemporâneas**. Rio de Janeiro: RECIS, 1977.

POTYARA, A. P. P; BRAVO, M I S.(Org.). **Política social e democracia**. 5. ed. São Paulo; Rio de Janeiro: Cortez, EdUERJ, 2012.

RADIS. **Graduação: é preciso mudar**. Transformações dependem de políticas de educação e de saúde. RADIS 5. Tema especial: Formação profissional. P.9. Disponível em: [www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/05](http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/05)>. Acessado em janeiro de 2014.

RADIS. **11ª Conferência Nacional de Saúde: o Brasil diz como quer ser tratado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

RADIS. **12ª Conferência Nacional de Saúde: o início de uma nova política de saúde**. LOCAL: EDITORA, 2004.

RAMOS, F.R.S. et al. Trabalho, educação e política em seus nexos na produção bibliográfica sobre o cuidado. **Texto e Contexto Enfermagem**. v. 18, n. 2, p. 361-8, Rio de Janeiro, 2009.

REZENDE, M. **A articulação educação-saúde (AES) no processo de formulação das políticas nacionais voltadas para a formação de nível superior dos profissionais de saúde**. Tese (Doutorado em Ciências na Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2013.

RIBEIRO, M S. et al. **A Rede de Apoio ao SUS em Mato Grosso: uma estratégia para fortalecimento do papel do município na regionalização**. Cuiabá: COSEMS, 2008. Disponível em: <http://www.cosemsmt.org.br/arquivos/redesus/>

Schwartz, B. Reflexões sobre o desenvolvimento da Educação Permanente. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**. v. 51, n. 113. p. 41-60. Rio de Janeiro, jan. Mar de 1969.

SAMPAIO, G. R. **Nas trincheiras da cura: as diferentes medicinas no Rio de Janeiro imperial**. Campinas: EdUnicamp, 2001.

SANTOS, M. O território e o saber local: algumas categorias de análise. **Cadernos IPPUR**, ano XII, n. 2, p. 15-25, Rio de Janeiro, 1999.

\_\_\_\_\_. **Por uma outra globalização, do pensamento único à consciência universal**. 3. ed. Rio de Janeiro: Record, 2000.

\_\_\_\_\_. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. 4. ed. São Paulo: EdUSP, 2004.

SAVIANI, D. **História das Ideias pedagógica no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Autores Associados, 2011.

SILVA, I. M. F. **Conselhos de saúde: construindo uma nova linguagem**. Cuiabá: EdUFMT, p.40,1998.

\_\_\_\_\_. **A questão social no Brasil**. Cuiabá: EdUFMT, 2008.

TEMPORÃO, J. G. Problemas devem ser discutidos desde já. **Jornal da Reforma Sanitária**, n. 1, p. 11, mar.1987.

TEIXEIRA, S.(Coord.). **Antecedentes da reforma sanitária: textos de apoio**. Rio de Janeiro: ENSP-PEC, 1988.

\_\_\_\_\_. (Org.) **Reforma sanitária em busca de uma teoria**. São Paulo: Abrasco, 1989.

TRIGUEIRO, D. Um novo mundo, uma nova educação. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**. v. 51, n. 113, Rio de Janeiro. jan./mar de 1969.

VIANNA, L.W. **A revolução passiva: liberalismo e americanismo no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2004.

VIANA, A. L. D. et al. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **São Paulo em Perspectiva**. v. 22, n. 1, p. 92-106, São Paulo, jan./jun.2008.

### **Apêndice A – Entrevista semiestruturadas com os profissionais da ESPMT**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO  
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS  
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL  
 ORIENTADORA: PROF. Dra. Ivone Maria Ferreira da Silva  
 ALUNA: Josiéd Marprates Cunha

Pesquisa: Análise do desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde no Estado de Mato Grosso no período de 2003 a 2013
---

### Roteiro de Entrevista

NOME DO PARTICIPANTE:	
FORMAÇÃO PROFISSIONAL	
TEMPO DE TRABALHO NO SUS	TEMPO NA ESPMT
VC ATUOU NO POLO DE: SAÚDE DA FAMÍLIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO EDUCAÇÃO PERMANENTE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO CIES ESTADUAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO DE QUE FORMA? OUTRO SETOR DA ESPMT <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO QUAL? DATA:	

#### Questões:

1. Para vc, qual foi o papel da ESPMT, como um dos órgãos formadores responsáveis pela educação permanente dos trabalhadores do SUS, na efetivação da Política de Educação Permanente no Estado de Mato Grosso?
2. O que você entende por educação permanente em saúde?
3. Qual a sua análise da “Política Nacional de Educação Permanente” no nosso Estado no período de 2003 a 2013?
4. No momento, como vc analisa a Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso, como órgão formador do SUS?

**Apêndice B – Entrevista semiestruturada realizada com as CIES regionais**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL  
ORIENTADORA: PROF. Dra. Ivone Maria Ferreira da Silva  
ALUNA: Josiéd Marprates Cunha**

<b>Pesquisa:</b> Análise do desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde no Estado de Mato Grosso no período de 2003 a 2013
--

NOME DO PARTICIPANTE:	
FORMAÇÃO PROFISSIONAL	
TEMPO DE TRABALHO NO SUS	
Além da CIES Regional vc é responsável por algum outro programa? ( ) SIM ( ) NÃO Qual?  Qual a Instituição que você representa na CIES Regional?	

**QUESTÕES:**

1 Como você analisa o papel da Escola de Saúde Pública de Mato Grosso, como um dos órgãos responsáveis pela educação permanente em saúde dos trabalhadores do SUS?

2 Para você qual foi o impacto para a formação dos trabalhadores do SUS, a Política de Educação Permanente em saúde no Estado de Mato Grosso, no período de 2003 a 2013?

3 Cite os pontos positivos e negativos, em relação a sua CIES Regional após a Port.1996/2007 que regionalizou a Educação Permanente em saúde após o Pacto da saúde.

4 O que você entende por educação permanente em saúde?

**ANEXO 01 - Repasses de recursos para ações de Educação Permanente em Saúde realizados pelo Ministério da Saúde por regiões de saúde do MT.**

<b>REGIÃO DE SAÚDE DO ESTADO DE MT</b>	<b>ANO 2007</b> <i>Res.CIB.51 de 08/2007 Port. Nº 19962007</i>	<b>ANO 2010</b> <i>RES. CIB.001 de 03/2010 Port. Nº 2953/2009</i>	<b>ANO 2011</b> <i>Res. CIB 127 de 11/2011 e Port. Nº 2.200/2011</i>
ALTA FLORESTA	39.159,50	35.409,69	34.403,65
BAIXADA CUIABANA	231.821,200	136.877,94	132.989,03
PORTO A. DO NORTE	38.261,50	35.597,71	34.586,32
SÃO FÉLIX DO ARAGUAIA	48.596,00	25.507,44	24.782,73
DIAMANTINO	45.954,00	30.571,54	29.702,95
BARRA DO GARÇAS	54.252,00	54.031,98	52.496,84
ÁGUA BOA	47.669,00	35.730,72	34.715,55
TANGARÁ DA SERRA	58.786,00	52.597,19	51.102,82
JUÍNA	46.476,50	41.346,79	40.172,06
COLIDER	37.791,00	28.537,35	27.726,55
PONTES E LACERDA	60.643,00	47.799,52	46.441,46
CÁCERES	57.376,50	54.583,12	53.032,32
RONDONÓPOLIS	78.693,00	113.497,33	110.272,69
JUARA	34.712,00	24.925,41	24.217,24
PEIXOTO DE AZEVEDO	43.392,50	30.575,38	29.706,68
SINOP	54.918,50	80.772,96	78.478,16
<b>REPASSE P/MUNICIPIOS</b>	<b>989.501,70</b>	<b>828.362,09</b>	<b>804.827,05</b>
<b>REPASSE PARA AÇÕES CIES/ ESTADUAL</b>		<b>207.090,71</b>	<b>201.206,94</b>
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>989.501,70</b>	<b>1.035.452,80</b>	<b>1.006.033,99</b>

Fonte: CIB SES/MT

**Anexo 2 - Repasses do Ministério da Saúde Para ESPMT Formação Técnica Recursos Educação Permanente em Saúde de 2007 a 2013**

Resolução CIB nº 051 de 15/08/2007 - Portaria GM/MS nº 1996 de 20/08/2007

<b>Curso</b>	<b>Recursos</b>	<b>Saldo</b>	<b>Observação</b>
Habilitação profissional para T. em Higiene Dental Patologia Clínica, Enf. Vig. Sanitária e Saúde Ambiental	R\$ 1.158.725,99		Concluídos
Curso de especialização em Atenção Básica a saúde PSF sub área Enfermagem	R\$ 50.887,50		Concluídos em Dezembro de 2011 na regional de Peixoto de Azevedo
Capacitação de Socorristas	R\$ 58.330,10		Repactuado para Mortalidade Infantil. Res. CIB nº 121 de 08/10/09
Curso de especialização em Saúde do Idoso	R\$ 99.252,48		Realizado na Baixada Cuiabana
Curso de Especialização em Odontologia para pacientes Especiais	R\$ 47.716,90		Realizado em Cuiabá Concluído em novembro de 2010
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 1.414.912,96</b>		

Fonte: Resoluções CIB.

## Resolução CIB nº 04 01 de 12/03/09 - Portaria GM/MS nº 2813 de 20/11/2008

<b>Curso</b>	<b>Recursos</b>	<b>Saldo</b>	<b>Observação</b>
Qualificação para organização dos serviços de radiologia, saúde Bucal e Bodiagnóstico	238.390,00		Realizado em Cuiabá
Especialização Pós Técnico em UTI adulto e Neonatal nos hospitais Regionais	203.554,70	122.132,00	Foi realizado apenas no Hospitais Regionais de Sorriso e Colíder
Iª Mostra de Trabalhos Técnicos científicos da ESPMT	151.290,98		Realizada em Junho de 2011
Capacitação para Cuidador de Idoso	24.634,00		Concluído em 2011
Consultoria em Educação Profissional			
Técnico de Enfermagem	R\$ 327.125,00	207.000,00	Repactuado para Mortalidade Infantil. Res. CIB nº 121 de 08/10/09
Curso de aperfeiçoamento para Motoristas	R\$ 35.000,00		Concluídos em 2010 três turmas em Cuiabá
Curso de aperfeiçoamento em Gestão de Saúde nível Médio	R\$ 40.000,00		Concluídos em 2009 duas turmas em Cuiabá
Capacitação Pedagógica	R\$ 317.000,00	149.000,00	Realizado em Baixada Cuiabana
Curso de Especialização em Odontologia para pacientes Especiais	R\$ 47.716,90		Realizado em Água Boa Alta floresta Peixoto de Azevedo Juara Juína Baixada Cuiabana Rondonópolis Pontes e Lacerda e Diamantino
Consultorias e oficinas de monitoramento e avaliação dos cursos ofertados pela SES/MT	40.200,00	40.200,00	Ação ainda não realizada
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 1.414.912,96</b>	<b>543.771,82</b>	

Fonte: Resoluções CIB.

## Resolução CIB nº 001 de 04/03/2010 - Portaria GM/MS nº 2953 de 25/09/2011

<b>Curso</b>	<b>Recursos</b>	<b>Saldo</b>	<b>Observação</b>
Qualificação dos profissionais ACS, auxiliares e técnicos de enfermagem que atuam nos Municípios prioritários de acordo com o Plano Estadual de Mortalidade Infantil  Foi repactuado pela Res. CIB nº 121 os recursos da portaria 1996/2007 e 2813/2008	R\$ 677.120,00  R\$ 178.330,10	R\$ 856.450,10	Municípios parcialmente contemplados: Alta Floresta, Barra do Garças, Sorriso e várzea Grande
Capacitações Pedagógicas	R\$ 250.000,00	R\$250.000,00	Municípios parcialmente contemplados: Alta Floresta, Barra do Garças, Sorriso e várzea Grande
Técnico em Vigilância em Saúde	R\$ 150.000,00	R\$150.000,00	A ser realizado na Regional de Diamantino
Técnico em Análises clínicas	R\$180.750,00	R\$180.750,00	A ser realizado na regional de Tangará da Serra
Qualificação em Auxiliar de Saúde Bucal Indígena	R\$ 58.648,28	R\$ 58.648,28	Previsto para o Dsei Xavante Kaiapó Cuiabá
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 1.499.848,38</b>	<b>R\$ 1.499.848,38</b>	

Fonte: Resoluções CIB.

## Resolução CIB nº 029 de 11/03/2011 - Portaria GM/MS nº 4033 de 17/12/2010

<b>Curso</b>	<b>Recursos</b>	<b>Saldo</b>	<b>Observação</b>
Técnico Vigilância em Saúde	R\$ 208.792,30	R\$ 208.792,30	Baixada Cuiabana e São Félix do Araguaia
Qualificação para Agentes de Combate a Endemias Introdutórias	R\$ 24.694,05	R\$ 24.694,05	Baixada Cuiabana
Capacitação pedagógica na Metodologia da Problematização e avaliação por competências	R\$ 48.900,20	R\$ 48.900,20	Capacitação pedagógica para docentes dos cursos técnicos
Qualificação de Auxiliares em Saúde Bucal - ASB	R\$278.980,00	R\$278.980,00	Baixada Cuiabana, Colíder, Juína e Pontes e Lacerda
Técnico em Saúde Bucal	R\$ 85.272,00	R\$ 85.272,00	Porto Alegre do Norte
Técnico em Enfermagem	R\$162.000,00	R\$162.000,00	Juara Cuiabá e Várzea grande
Capacitação Antropológica para os profissionais dos CAPS AD e dos hospitais de referência dos Subsistemas de saúde Indígena	R\$ 38.320,00	R\$ 38.320,00	Distrito sanitário especial Indígena Cuiabá
Qualificação de Motoristas de Ambulância	R\$31.550,00	R\$31.550,00	Regionais de Saúde
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 868.508,65</b>	<b>R\$ 868.508,65</b>	

Fonte: Resoluções CIB.

## Resolução CIB nº 127 de 10/11/2011 - Portaria GM/MS nº 2200 de 17/10/2011

<b>Curso</b>	<b>Recursos</b>	<b>Saldo</b>	<b>Observação</b>
Qualificação da atenção à Saúde da Mulher e da Criança com Ênfase na Atenção Primária	R\$ 1.437.191,41	R\$1.437.191,41	Todas as 16 regiões de Saúde de Mato Grosso
TOTAL	R\$ 1.437.191,41	R\$ 1.437.191,41	

**Anexo 3 - Repasses do Ministério da Saúde Para ESPMT Formação Técnica  
Recursos PROFAPS de 2009 a 2013**

Primeiro Recurso repassado pelo ministério da saúde para o PROFAPS Resolução em 2009  
Resolução CIB [SI] - Portaria GM/MS nº [SI]

<b>Cursos</b>	<b>Recursos</b>	<b>Saldo</b>	<b>Observação</b>
Auxiliar de Saúde bucal Indígena	R\$ 147.921,00	R\$ 147.921,00	A ser realizado em Dsei Cuiabá
TOTAL	R\$ 147.921,00	R\$ 147.921,00	

## Resolução CIB nº 163 de 15/07/2010 - Portaria GM/MS nº 1624 de 24/06/2010

<b>Cursos</b>	<b>Recursos</b>	<b>Saldo</b>	<b>Observação</b>
Técnico em Vigilância em saúde	R\$ 531.169,20	R\$ 531.169,20	A ser realizado em Peixoto de Azevedo, Água Boa, Barra do Garças e Colíder
Curso Técnico em Saúde Bucal Complementação	R\$ 170.544,00	R\$ 170.544,00	São Félix do Araguaia e Diamantino
Curso técnico em Hemoterapia	R\$ 168.665,52	R\$ 168.665,52	Sede dos ERS e dos Hospitais Regionais e dos 13 Municípios com Unidades de Coleta e Transfusão
Curso Técnico de Radiologia	R\$ 193.269,80	R\$ 193.269,80	Todas as sedes de ERS
Capacitação Pedagógica para Docentes	R\$ 145.105,47	R\$ 145.105,47	Todas as regionais onde realizar cursos
Agente Comunitário de Saúde	R\$ 246.940,60	R\$ 246.940,60	Municípios das Regionais
Auxiliar de saúde Bucal	R\$ 209.235,00	R\$ 209.235,00	Sinop, Rondonópolis e Porto alegre do Norte
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 1.664.929,69</b>	<b>R\$ 1.664.929,69</b>	

## Resolução CIB nº 163 de 15/07/2010 - Portaria GM/MS nº 1624 de 24/06/2010

<b>Cursos</b>	<b>Recursos</b>	<b>Saldo</b>	<b>Observação</b>
Técnico em Vigilância em saúde	R\$ 531.169,20	R\$ 531.169,20	A ser realizado em Peixoto de Azevedo, Água Boa, Barra do Garças e Colíder
Curso Técnico em Saúde Bucal Complementação	R\$ 170.544,00	R\$ 170.544,00	São Félix do Araguaia e Diamantino
Curso técnico em Hemoterapia	R\$ 168.665,52	R\$ 168.665,52	Sede dos ERS e dos Hospitais Regionais e dos 13 Municípios com Unidades de Coleta e Transfusão
Curso Técnico de Radiologia	R\$ 193.269,80	R\$ 193.269,80	Todas as sedes de ERS
Capacitação Pedagógica para Docentes	R\$ 145.105,47	R\$ 145.105,47	Todas as regionais onde realizar cursos
Agente Comunitário de Saúde	R\$ 246.940,60	R\$ 246.940,60	Municípios das Regionais
Auxiliar de saúde Bucal	R\$ 209.235,00	R\$ 209.235,00	Sinop, Rondonópolis e Porto alegre do Norte
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 1.664.929,69</b>	<b>R\$ 1.664.929,69</b>	

## Resolução CIB nº 090 de 06/11/2011 - Portaria GM/MS nº 1307 de 06/06/2011

<b>Curso</b>	<b>Recursos</b>	<b>Saldo</b>	<b>Observação</b>
Técnico em Saúde Bucal	R\$ 268.990,80	R\$ 268.990,80	Colíder Juína, Porto Alegre do Norte
Técnico em Análise clínicas	R\$ 384.660,90	R\$ 384.660,90	Porto A. do Norte, Barra do Garças e São Felix do Araguaia 1ª Turma Diamantino e Sinop 2ª Turma
Qualificação para agentes de combate a Endemias	R\$ 370.410,75	R\$ 370.410,75	Cáceres, A. Floresta, B.do Garças, Colíder, Juína, Juara, Sinop, Rondonópolis, Pontes e Lacerda, P. Alegre do Norte, T. da Serra, Diamantino, Peixoto de Azevedo, Água Boa, São F. Araguaia.
Formação de Professores	R\$ 35.311,00	R\$ 35.311,00	Água Boa, A. Floresta, Peixoto de Azevedo, Juara, Baixada Cuiabana, Juína, Rondonópolis, Pontes e Lacerda e Diamantino.
Ap. pós técnico em saúde do idoso p/ PSF.	R\$ 109.427,85	R\$ 109.427,85	Juara, Cáceres, diamantino, Baixada Cuiabana e Barra do Garças
Esp. Profissional técnica saúde da mulher/ criança	R\$ 83.138,17	R\$ 83.138,17	Peixoto de Azevedo e Colíder
Especialização de nível Técnico em S. da família	R\$ 101.586,02	R\$ 101.586,02	Sinop e Colíder
Especialização de nível técnica em S. Mental	R\$ 56.793,26	R\$ 56.793,26	Barra do Garças
Cap. Antropológica p/ prof.is de saúde do CAPS AD e Hospitais de Ref. da Saúde Indígena	R\$ 28.727,60	R\$ 28.727,60	Colíder
Ap. em saúde Mental para A. Básica	R\$ 20.598,53	R\$ 20.598,53	São Félix do Araguaia
<b>TOTAL</b>	<b>R\$1.742.132,97</b>	<b>R\$1.742.132,97</b>	

Fonte: Resoluções CIB.