

Fagner Luiz Lemes Rojas

Cuidado e Conhecimento: Passos da Educação aos Caminhos da Aprendizagem em Saúde



Lemes

**Cuidado e Conhecimento: Passos da Educação aos
Caminhos da Aprendizagem em Saúde**



UFMT

**Ministério da Educação
Universidade Federal de Mato Grosso**

Reitora

Myrian Thereza de Moura Serra

Vice-Reitor

Evandro Aparecido Soares da Silva

Coordenador da Editora Universitária

Renilson Rosa Ribeiro

Supervisão Técnica

Ana Cláudia Pereira Rubio

Conselho Editorial



Membros

Renilson Rosa Ribeiro (Presidente - EdUFMT)
Ana Cláudia Pereira Rubio (Supervisora - EdUFMT)
Adelmo Carvalho da Silva (Docente - IE)
Ana Carrilho Romero Grunennvaldt (Docente - FEF)
Arturo Alejandro Zavala Zavala (Docente - FE)
Carla Reita Faria Leal (Docente - FD)
Divanize Carbonieri (Docente - IL)
Eda do Carmo Razera Pereira (Docente - FCA)
Elizabeth Madureira Siqueira (Comunidade - UFMT)
Evaldo Martins Pires (Docente - CUS)
Ivana Aparecida Ferrer da Silva (Docente - FACC)
Josiel Maimone de Figueiredo (Docente - IC)
Juliana Abonízio (Docente - ICHS)
Karyna de Andrade Carvalho Rosseti (Docente - FAET)
Lenir Vaz Guimarães (Docente - ISC)
Luciane Yuri Yoshiara (Docente - FANUT)
Maria Corette Pasa (Docente - IB)
Maria Cristina Guimaro Abegão (Docente - FAEN)
Mauro Miguel Costa (Docente - IF)
Neudson Johnson Martinho (Docente - FM)
Nileide Souza Dourado (Técnica - IGHD)
Odorico Ferreira Cardoso Neto (Docente - CUA)
Paulo César Corrêa da Costa (Docente - FAGEO)
Pedro Hurtado de Mendoza Borges (Docente - FAAZ)
Priscila de Oliveira Xavier Sudder (Docente - CUR)
Raoni Florentino da Silva Teixeira (Docente - CUVG)
Regina Célia Rodrigues da Paz (Docente - FAVET)
Rodolfo Sebastião Estupiñán Allan (Docente - ICET)
Sonia Regina Romancini (Docente - IGHD)
Weyber Ferreira de Souza (Discente - UFMT)
Zenesio Finger (Docente - FENF)

Fagner Luiz Lemes Rojas

**Cuidado e Conhecimento: Passos da Educação aos
Caminhos da Aprendizagem em Saúde**

1ª Edição


EduFMT
Cuiabá, MT
2018

Copyright (c) Fagner Luiz Lemes Rojas, 2018.

A reprodução não autorizada desta publicação, por qualquer meio, seja total ou parcial, constitui violação da Lei n.9.610/98.

A EdUFMT segue o acordo ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, em vigor no Brasil, desde 2009.

A aceitação das alterações textuais e de normalização bibliográfica sugeridas pelo revisor é uma decisão do autor/organizador

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

R74lc Rojas, Fagner Luiz Lemes
Cuidado e conhecimento [e-book] : passos da educação aos caminhos da aprendizagem em saúde / Fagner Luiz Lemes Rojas. – Cuiabá : EdUFMT, 2018.
il. (algumas color.)

Modo de acesso : World Wide Web
ISBN: 978-85-327-0644-7

1. Educação em saúde . 2. Enfermagem – Estudo e ensino. I. Título.

CDU – 378.147.616-083

Bibliotecária Consuelo O. Melo – CRB-1/1468

Coordenação da EdUFMT: Renilson Rosa Ribeiro

Supervisão Técnica: Ana Cláudia Pereira Rubio

Revisão Textual e Normalização: Eliete Huguency de Figueiredo Costa

Diagramação: Kenny Kendy Kawaguchi

Arte da Capa: Adriano Figueiredo Ferreira



Editora da Universidade Federal de Mato Grosso
Av. Fernando Corrêa da Costa, 2.367
Boa Esperança. CEP: 78.060 - 900 - Cuiabá, MT.
Contato: www.editora.ufmt.br
Fone: (65) 3313-7155



À minha mãe, Jecira, por acreditar sempre em mim.
Ao meu pai, André (in memoriam), pelos ensinamentos.
Ao meu sobrinho, Arthur, pelos momentos de luz e alegria.
À minha irmã, Andréia, pelo apoio, força e companheirismo.

AGRADECIMENTOS

O sonho realizado a partir desta obra encontra nexos com várias pessoas e situações da minha vida. Digo sempre que as situações foram direcionando-me à aproximação dessa construção literária, mas, sobretudo, aproximaram-me de uma força que eu mesmo desconhecia.

Deus esteve sempre comigo durante esse processo, dando-me a oportunidade de aprender com cada situação ou pessoa que, nesse ínterim, ficaram representadas por um significado. Nesse período, alguns amigos se distanciaram, outras amizades foram criadas, porém o mais rico foi fortalecer os laços com os familiares, que, inesgotavelmente, acreditavam e apoiavam a prospeção durante esta trajetória.

À minha mãe amada, Jecira Ferreira Lemes, que sempre acreditou em minha capacidade de superar as dificuldades; ao meu sobrinho Arthur Ayres Souza Rojas, que me enchia de alegria e esperança a cada encontro; à minha irmã Andréia Fernanda Lemes Rojas, que me apoiava com muito companheirismo e créditos ao que eu almejava; e à minha Avó Isaura, que sempre dizia: “Ah, Faninho, dará tudo certo!”.

Ao estimado Wallace Medeiros de Melo Alves que sempre depositou fé nos meus projetos pessoais e profissionais e esteve disposto a contribuir, como fez, quando gentilmente realizou a revisão ortográfica e gramatical desta obra.

Aos amigos, são tantos! Os do percurso da vida: Adriana Bender, Paulo Henrique de Mello Garcia, Fernando Henrique Modolo, Sara Urrea Quintero, Kátia Maria K. Beck, Leny Amâncio, Selma Vieira de Moura, Maycon Luiz Basilio, Crislaine Veiga, Trevisan Viana da Silva, Marineide de Oliveira e Elton Castro.

Às professoras do grupo de pesquisa (GEM-UFMT), Dra. Márcia dos Santos Ferreira - na condição de minha orientadora do mestrado,

destino carinho especial; a Dra. Elizabeth Figueiredo de Sá, que me amparou junto ao GEM.

Ao Núcleo de Estudos e Pesquisas da Educação Permanente em Saúde (NEPEPS-UFMT), Dra. Neuci Cunha dos Santos, Dra. Juliane A. da Fonseca, Me. Weslen Santana Padilha e Enf^a Natasha Lorrana S. Santos, que sem dúvidas trouxeram luz à minha investigação e tornaram-se meus amigos.

A Dra. Ruth Terezinha Kehrig e Dra. Emília Carvalho Leitão Biato, na condição de orientadora e co-orientadora do doutorado, contribuíram com a minha formação enquanto pesquisador.

Ao Dr. Adelmo Carvalho da Silva do IE - UFMT, que escutava minhas dúvidas, com paciência; ao Dr. Ricardo Burg Ceccim, da UFRGS, que, com muita gentileza, me recepcionou para um “bate-papo” na cidade de Gramado-RS.

A todos que, direta ou indiretamente, fizeram parte desse percurso, que possibilitou o pensar e fazer desta obra.

O saber tem historicidade. Nunca é, está sempre sendo.

Paulo Freire

Nós oferecemos nosso saber por que pensamos que o da população é insuficiente, e por esta razão, inferior, quando, na realidade, é apenas diferente.

Víctor Vincent Valla

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 - Mapa geográfico da divisão administrativa - p.76

Ilustração 2 - Mandala da representação da Educação Permanente em Saúde - p. 92

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Equipes de Estratégia Saúde da Família de acordo com o teto, credenciamento, implantação, estimativa de cobertura e proporção da cobertura populacional 2004 – 2010 - p. 70

Quadro 2 - Descrição dos entrevistados - p.82

Quadro 3 - Cursos encontrados nos PAREPS analisados entre 2009 - 2010 - p. 107

Quadro 4 - Políticas Públicas aprovadas a partir das conferências que envolvem o tema saúde e preveem a participação social. - p. 134

Sumário

PREFÁCIO	12
INTRODUÇÃO	16
CAPÍTULO 1 - A busca por um modelo de Educação e as repercussões no campo da saúde	23
1.1 Educação permanente e seus cenários	26
1.2 Determinantes do direito universal à saúde: da Primeira República ao movimento sanitarista	32
1.3 A Reforma Sanitária brasileira e seus desdobramentos	36
1.3.1 Repercussões da Reforma Sanitária Brasileira no movimento de transposição da educação para a educação na saúde	43
1.4 VIII Conferência Nacional de Saúde e seu papel delineador para o Sistema Único de Saúde	46
CAPÍTULO 2 - Elementos para discutir sobre a Educação Permanente em Saúde	52
2.1 A ideia política da Educação na Saúde pelo Ministério da Saúde	55
2.2 A Enfermagem: educação na saúde no estado de Mato Grosso	64
2.2.1 A historicidade da formação em enfermagem no estado de Mato Grosso: aspectos político educativos do cenário em construção	66

2.3 O Enfermeiro: a atuação na educação na saúde em Mato Grosso	68
2.4 Os locais de atuação dos enfermeiros em Cuiabá: caracterização da divisão geográfica	75
CAPÍTULO 3 - O campo prático do enfermeiro em Mato Grosso: (re)configuração da identidade	81
3.1 Os Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) como dispositivo legal à PNEPS nos direcionamen- tos à formação permanente do Enfermeiro em Mato Grosso	104
3.2 O conhecimento e a compreensão da Política Nacional de Edu- cação Permanente em Saúde pelo enfermeiro da Equipe de Saúde da Família em Cuiabá – Mato Grosso	107
CAPÍTULO 4 - A Educação Permanente em Saúde e Popular no trabalho do enfermeiro em Mato Grosso	112
4.1 Os reflexos das ações do enfermeiro na formação do quadrilátero da saúde em Mato Grosso	126
4.2 Educação Permanente em Saúde e Educação Popular a partir do enfermeiro matogrossense: repercussões no campo político, identitário e do conhecimento	136
Algumas Considerações	147
Referências	154

PREFÁCIO

É com grande prazer que apresento esta obra, fruto da dissertação de mestrado do enfermeiro sanitarista Fagner Luiz Lemes Rojas, que de forma generosa partilha conosco reflexões resultantes da sua formação profissional. Tarefa que muito me lisonjeia, por se tratar de um empreendimento provindo do seu compromisso ético e político com a Educação Permanente em Saúde.

Destaco, inicialmente, o público a que se destina esta produção: todos os profissionais da saúde, especificamente, os enfermeiros. Estes, além de contribuir com a efetivação do Sistema Único de Saúde, por meio da gestão e do cuidado, respondem também pela formação de outros profissionais e pela educação em saúde de diversos grupos populacionais. Assim, são produzidas inúmeras portarias e orientações sobre processos educativos, as quais nem sempre levam em consideração saberes construídos e acumulados no próprio trabalho. Nisso se insere o objeto de reflexão do autor deste livro.

Também contribui para evidenciar a relevância dessa produção o reconhecido contexto de complexidade no qual está imersa a relação educação – trabalho. Veja que há muito tempo se reconhece a existência de vínculo ontológico-histórico na relação educação-trabalho. Como justifica Saviani (2007)¹, isso ocorre porque o “ser do homem”, “ser do trabalho” é histórico. Para existir, o homem produz a sua própria vida. Diferentemente dos animais, que se adaptam à natureza, ele tem de adaptar a natureza a si. Agindo sobre ela e transformando-a, o homem ajusta a natureza às suas necessidades.

¹ SAVIANI, Dermeval. Trabalho e educação: fundamentos ontológicos e históricos. Revista Brasileira de Educação, v. 12 n. 34 jan./abr. 2007.

O trabalho cumpre, a partir das condições efetivas reais, explicar a existência humana, assim como a educação. Ao mudar a natureza pelo trabalho, adequando-a as suas necessidades, acumula-se conhecimentos validados a partir do que vive e, pela educação, partilha estes conhecimentos com as novas gerações. Mesmo que na história da educação em que se observa, como traço de continuidade, a separação entre educação e trabalho, consumada a partir do desenvolvimento da sociedade de classes, especialmente nas suas formas escravista e feudal, no presente estudo temos a defesa de sua articulação.

E mais, no modo de produção capitalista, análises históricas apontam que, no processo de surgimento da sociedade de classes que, por sua vez, tem a ver com o processo de aprofundamento da divisão do trabalho, a escola, como forma institucionalizada da educação, assume a responsabilidade pela reprodução deste modo de produção, à medida que, desde sua origem, a escola foi posta ao lado do trabalho intelectual. No entanto, mais adiante, com o impacto da Revolução Industrial, questiona-se a separação entre educação e trabalho produtivo, forçando a escola a ligar-se ao mundo da produção e instruir trabalhadores para tarefas específicas na linha de produção. Assim, decisivas mudanças na educação colocaram em posição central o protagonismo do Estado, forjando a ideia da escola pública, universal, gratuita, leiga e obrigatória, cujas tentativas de realização passaram por diversos revezes. Tendo em vista esse contexto, Fagner Luiz Lemes Rojas recupera a origem do conceito de educação permanente e contextualiza esta concepção no campo da saúde trazendo uma análise histórica desde o seu nascedouro, e dissertando sobre os sentidos atribuídos a sua operacionalização na prática de enfermeiros.

Ressalto, também, o cuidado de iniciar o texto situando o leitor em relação ao lugar de onde fala e de como a temática do estudo surge em seu caminho. Revela como foi capturado pelo tema e descreve os elementos que mobilizaram a sua curiosidade, própria ao empreendedor que quer saber mais, por essa razão o autor mergulha, então, em uma análise minuciosa de fatos e falas tendo com base documentos oficiais e depoimentos tomados por entrevistas.

Com mérito, é trazida a ideia de que, na prática, a integração entre educação e trabalho em saúde se faz por processos dinâmicos e interativos, que envolvem estudantes, docentes, trabalhadores, gestores e usuários dos serviços, visando a qualidade, a resolubilidade e a atenção em redes para responder às necessidades de saúde da comunidade. Neste sentido, o trabalho pode ser entendido como práxis, isto é, como atividade teórico-prática por meio da qual os seres humanos se transformam, transformando a realidade. Conforme afirma Gadotti² (2012), o trabalho é práxis social, cultural e produtiva; e como princípio educativo se faz a partir de uma perspectiva emancipatória, para uma formação crítica. Com esta perspectiva, apresentam-se conexões evidenciadas no desenvolvimento de relações educativas da prática de enfermeiros e da população, especialmente aquelas que se dão pelo diálogo entre os sujeitos, valorizando o protagonismo e a autonomia.

Mesmo que em alguns momentos tenha destacado lacunas na formação inicial do enfermeiro e reconhecido os limites das condições objetivas do fazer profissional, considerando os preceitos que orientam a educação permanente, educação popular e educação permanente na

² GADOTTI, Moacir. Trabalho e educação numa perspectiva emancipatória. Florianópolis, de 28 de maio a 01 de junho de 2012. Palestra proferida no II Fórum Mundial de Educação Profissional e Tecnológica - Democratização, emancipação e sustentabilidade.

saúde, temos em mãos um texto reflexivo que nos revela o potencial transformador desses preceitos. Como indicam as citações de Freire e de Vala, disponíveis logo a diante, penso que temos um texto que realça a beleza de como enfermeiros constroem conhecimentos fazendo história e transformam a realidade, transformando a si mesmos.

Boa leitura!

Neuci Cunha dos Santos

Enfermeira, doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp), docente associada do Departamento de Enfermagem da UFMT.

INTRODUÇÃO

Esta obra apresenta uma investigação no campo da História da Educação. Sua discussão teórica faz interface entre saúde e educação, a partir da ideia da Educação Permanente e Educação Popular, destacando aspectos próximos ao da Educação Permanente na Saúde (EPS). A obra objetivou expressar as apropriações da EPS com base na perspectiva dos enfermeiros de Cuiabá, Mato Grosso.

Na investigação, adotam-se os recursos do processo investigativo historiográfico, obedecendo rigorosamente aos métodos e teoria que fundamentam as análises. Isso oportunizou o estabelecimento de relações entre as etapas da pesquisa.

As interpretações basearam-se na análise documental e em depoimentos desses profissionais de saúde para a construção da análise situacional. Os documentos coletados pertencem ao acervo da Secretaria de Saúde do Estado de Mato Grosso e da Comissão de Integração Ensino-Serviço Estadual (CIES) e, na esfera municipal, ao acervo da Secretaria Municipal de Saúde da capital.

A fundamentação teórica desta proposta baseia-se na concepção da Educação Popular, bem como da Educação Popular em Saúde (EPS), luz das teorias de Paulo Freire (2013), Eymard Mourão Vasconcelos e Victor Vincent Valla(2014). Ao longo do processo historiográfico circunscrito à investigação, baseia-se compreender a origem do conceito da Educação Permanente, a partir das análises de Paulo Freire (2013), Moacir Gadotti (1987) e Pierre Furter (1970, 1975). Os principais autores da EPS são teóricos contemporâneo que entrelaçam suas ideias no que tangencia o trabalho e a produção

do conhecimento na saúde, entre eles, Ricardo Burg Ceccim (2004, 2005) e Laura Camargo Macruz Feuerwerker (2004), Emerson Elias Merhy e Túlio Batista Franco (2009).

Durante a análise do material coletado, foi possível encontrar aspectos que se articulam à proposta da Educação Permanente e Educação Popular em Saúde, com a Educação Permanente em Saúde, à medida que se percebeu que essas teorias buscam colocar em exercício o processo criativo e protagonista dos trabalhadores dessa área.

Por meio da historiografia, compreende-se a história política em torno da Educação Permanente e as repercussões dessa modalidade educativa discutida fortemente entre as décadas de 1960-1970, quando essa concepção educacional passou a ser adotada para qualificação de trabalhadores. Nesse período, o Brasil enfrentava discussões nos campos da educação e saúde que culminaram no movimento sanitário e na Reforma Sanitária Brasileira (RSB), que alcançou repercussão nacional e foi determinante à abertura da discussão e posterior aprovação na Constituição Federal (CF) de 1988 (BRASIL, 1988). Esses movimentos incentivaram a formulação de propostas que foram discutidas durante a VIII Conferência Nacional de Saúde e culminaram na aprovação das Leis n 8.080/1990 e 8.142/1990 com a de criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A CF estabelece, no artigo n. 196, que saúde é direito de todos e dever do Estado, e, no artigo n. 200, que ao SUS competiria a ordenação da formação dos seus próprios recursos humanos. Ambas as concepções ainda são fortemente debatidas na atualidade e enfrentam problemas quanto à sua implementação e ampliação. Foi nesse contexto que se originou a concepção da ideia da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), aprovada pela portaria

GM/MS n. 198/2004 e substituída pela GM/MS n. 1.996/2007. Em ambos os casos o propósito era promover a interlocução entre trabalhadores de saúde, docentes e pesquisadores das instituições de ensino, da gestão do sistema de saúde e da comunidade, utilizando os espaços de saúde como lugares propícios ao fortalecimento da cogestão e do ensino-aprendizagem.

O termo Educação Permanente na Educação não se refere a um tempo atual, sobretudo por estar restrito ao campo da educação e suas concepções educativas. Já a Educação Permanente na Saúde é temática atual de uma história recente. A implementação desta última vertente pedagógica, no território nacional, enfrentou vários momentos políticos, que tiveram início com a aprovação da Política de Educação na Saúde pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 2003. O resultado das negociações entre CNS e pactuação intergestores culminou na primeira portaria GM/MS n. 198/2004, reestabelecida e substituída pela portaria GM/MS n. 1.996/2007.

No processo de implementação da política de educação na saúde nos estados da federação, os movimentos políticos no centro dos Conselhos de Saúde-foram importantes instrumentos para a compreensão dessa ação e dos reflexos da PNEPS no âmbito mato-grossense. Em face disso, fundamenta-se aqui a análise desse momento, tendo-se por base o *corpus* documental governamental, acumulado pela Secretaria do Estado de Saúde de Mato Grosso (SES/MT), que foram todos digitalizados para garantir sua preservação material e histórica.

Os dados e informações contidos no *corpus* documental subsidiaram a investigação quanto ao estabelecimento de relações entre a Política de Educação Permanente na Saúde e as três esferas de governo. Nesses documentos continham informações sobre as negociações e

pactuações relativas à implantação da Política de Educação na Saúde em Mato Grosso, a partir de 2003 até os dias atuais, porém, nessa obra, foram utilizados documentos até 2010, obedecendo ao recorte temporal de 2003 a 2010.

O início da baliza cronológica, 2003, justifica-se por ter sido esse o período de negociação entre agentes do Ministério da Saúde, dirigentes da Secretaria do Estado de Saúde e Escola de Saúde Pública. A partir de 2003, ocorreram reuniões periódicas com representantes dos governos federal e estadual para tratar da implantação dos Polos de Saúde e da Política de Educação Permanente na Saúde. Assim, os anos de 2004 e 2007 foram caracterizados pela aprovação e repactuação das portarias da PNEPS. O período que se segue até 2010 representa uma janela temporal para a observação das apropriações/repercussões da Educação Permanente em Saúde tanto no território mato-grossense como nos cenários das práticas dos enfermeiros.

No âmbito nacional, foram entrevistados sujeitos que estavam relacionados à idealização da PNEPS – o enfermeiro Ricardo Burg Ceccim, além de pessoas ligadas ao Ministério da Saúde pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Na esfera estadual, foi entrevistado um sujeito dotado de representatividade na área da enfermagem, destacando sua importância política e deliberativa dentre os enfermeiros mato-grossenses. Outros entrevistados foram enfermeiros alocados em Unidades Básicas de Saúde das quatro macrozonas (norte, sul, leste e oeste), caracterizados como sujeitos fundamentais à idealização, desenvolvimento e análise do estudo.

A utilização de depoimentos foi justificada tendo em vista a inexistência de produção bibliográfica mato-grossense sobre o tema. Nesse sentido, a oralidade foi utilizada como subsídio à construção de

materialidade para a análise da Política de Educação na Saúde, seus reflexos em Mato Grosso e repercussões nas Unidades de ESF em Cuiabá, bem como colaborou com o repensar dos enfermeiros sobre suas práticas e sua identidade e com o controle social dessas localidades.

Foram obedecidas as especificidades associadas a cada sujeito, atendendo o que prevê o Conselho Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP), resolução CONEP n. 466/2012, quanto à aprovação do projeto, instrumentos de coleta de dados e Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Assim, o comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller foi aprovado, em 12/02/2014, sob o CAAE n. 22875013.1.0000.5541. Nesse sentido, com exceção de Ricardo Burg Ceccim, que autorizou revelar sua identidade, os demais depoimentos, oferecidos pelos servidores do Ministério da Saúde, do representante dos enfermeiros mato-grossenses e dos sujeitos (enfermeiros) de Cuiabá, tiveram suas identidades resguardadas, conforme previa o projeto aprovado.

Por se tratar de um estudo que considera a oralidade substancial à construção do panorama mato-grossense sobre a EPS, é importante destacar que as falas dos sujeitos, hora ou outra, sofreram recortes, não contemplando a sequência ou totalidade do discurso. Isso pode resultar no adelgamento do sentido e entendimento, o que, possivelmente, a leitura do conteúdo na íntegra eximiria. Assumiu-se o compromisso ético e procurou-se com a máxima fidedignidade possível, levando em consideração os pressupostos teóricos, metodológicos e analíticos.

Os capítulos abordam os movimentos sociopolíticos, educacionais e de saúde que influenciaram a construção da Política de Educação Permanente em Saúde. Todo esse pressuposto se fez necessário para a compreensão de como ela foi pensada, materializada e implementada

no estado de Mato Grosso, a fim de captar seus reflexos e repercussões no campo prático dos enfermeiros:

- No primeiro capítulo, apresentam-se as discussões referentes à Educação Permanente em torno da educação laica e seus reflexos no Brasil, nos anos 1960. Esses momentos foram fundamentais para a compreensão da retomada da responsabilidade do Estado na garantia do direito à educação e à saúde, universalizadas, como também a aprovação do Sistema Único de Saúde (SUS).
- No segundo capítulo, parte-se da aprovação do SUS para a identificação dos caminhos que resultaram na ideia da construção de uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e suas relações com a historicidade da formação em enfermagem no estado de Mato Grosso.
- No terceiro capítulo, discorre-se sobre a identificação de aspectos da Política de Saúde que repercutiram no processo de aprendizagem-trabalho, formação de coletivo político-educativo (quadrilátero da saúde), e os reflexos que, a partir do campo prático do enfermeiro, influenciaram na reconfiguração da identidade desse profissional.
- No quarto capítulo, discute-se a implementação, pelos enfermeiros, da Política de Saúde no campo prático, bem como a influência que a Educação Permanente em Saúde, direcionada pela concepção da Educação Popular, exerceu a partir dos processos dialógicos nos trabalhos em saúde, repercutindo diretamente nos cenários e práticas dos enfermeiros.

O estudo revelou a proximidade da PNEPS com a concepção político-educativa freireana de Educação Popular, na perspectiva de

que os sujeitos se reconheçam e utilizem seus hábitos e manifestações culturais como elementos importantes no processo de autoformação e cogestão para o fortalecimento do SUS. Em Mato Grosso, os enfermeiros foram convidados a falar sobre suas práticas, condições de trabalho, suas atividades de educação na saúde e os movimentos de articulação com a comunidade, destacando a força política emanada dessa geometria educacional-pedagógica agregadora de sujeitos e segmentos. Portanto, o estudo historiográfico possibilitou reconhecer expressões da EPS nas ações locais realizadas pelos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família e pela população do entorno, de forma a destacar as inovações que surgiram nesses contextos como capazes de modificar as práticas, identidades, concepções político-educativas dos sujeitos e seu cotidiano.

CAPÍTULO 1

A busca por um modelo de Educação e as repercussões no campo da saúde

A disseminação das premissas da Educação Permanente teve início na Europa, durante o auge da Revolução Francesa. Conforme afirma Moacir Gadotti (1987, p. 21), “Se a expressão ‘educação permanente’ parece ser recente, a ideia, como vimos, não é nova. Na França próxima de uma educação prolongada, continuada, ‘progressiva’ era a base do programa educativo da Revolução em 1789”.

No Brasil, é possível encontrar manifestações do ideário da Revolução Francesa sobre as preocupações acerca da educação, características do final do século XIX, sobretudo nas discussões envolvidas no processo de implantação do regime republicano no país. Nas palavras de Maria Lúcia Spedo Hilsdorf (2005, p. 60),

A educação pelo voto e pela escola foi instituída por eles como a grande arma da transformação evolutiva da sociedade brasileira, e assim oferecendo em caução do progresso prometido pelo regime republicano: a prática do voto pelos alfabetizados e, portanto, a freqüência à escola que formaria o homem progressista adequado aos tempos modernos, é que tornaria o súdito em cidadão ativo.

A busca por um modelo educacional único, público e laico ganhou novo impulso na década de 1930, no início do governo de Getúlio Vargas, com a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública e com a ampla divulgação do Manifesto dos Pioneiros da Educação Nova. Ambas as iniciativas expressavam o intuito de organização de

um novo modelo de educação pública, com maior grau de integração e que assumisse características de laicidade, gratuidade e universalidade.

Foi, então, por intermédio das reivindicações dos educadores que, na Constituição Federal de 1934, a educação tornou-se responsabilidade do Estado Nacional. No entanto, a primeira Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN)-ainda demoraria muito para se tornar realidade. Segundo o Ministério da Educação (2017, não paginado):

Em 1934, com a nova Constituição Federal, a educação passou a ser vista como um direito de todos, a ser ministrada pela família e pelos poderes públicos. De 1934 a 1945, o então ministro da Educação e Saúde Pública, Gustavo Capanema Filho, promoveu uma gestão marcada pela reforma dos ensinos secundário e universitário. Naquela época, o Brasil já implantava as bases da educação nacional.

A LDBEN Lei n. 4.024 de 20 de dezembro de 1961, no momento da sua aprovação, apresentava características sociais bem delineadas, conforme indicado nos seus dois primeiros artigos: “*art. 1º - A educação nacional, inspirada nos princípios de liberdade e nos ideais de solidariedade humana; e art. 2º - A educação é direito de todos e será dada no lar e na escola*” [grifo nosso]. Segundo o Ministério da Educação (2017) afirma que até 1960 o sistema educacional brasileiro tinha o perfil de uma gestão bem centralizadora. Contudo, outorgada a LDBEN, em 1961, os entes estaduais e municipais ganharam mais autonomia, oportunizando mudanças significativas na busca pela consolidação do Ensino Superior no país, que resultaram em outra reforma:

A reforma universitária, em 1968, foi a grande LDB da educação superior, ao assegurar auto-

mia didático-científica, disciplinar, administrativa e financeira às universidades. A reforma representou um avanço na educação superior brasileira, ao instituir um modelo organizacional único para as universidades públicas e privadas. (BRASIL, 2017, não paginado).

Os desafios continuaram no sentido de garantir e de fortalecer a obrigatoriedade de crianças e adolescentes em idade escolar frequentarem a escola. A partir da LDBEN Lei n. 5.692 de 11 de agosto de 1971, *que fixa diretrizes e bases para o ensino de 1º e 2º graus*, “A educação no Brasil se viu diante de uma nova LDBEN [...]. O ensino passou a ser obrigatório dos 7 aos 14 anos. O texto também previa um currículo comum para o primeiro e segundo grau e uma parte diversificada, em função das diferenças regionais”. Atualmente existe a LDBEN 1996.¹

Apesar de todo o mecanismo legal, as ações educativas não eram julgadas suficientes—por diversos segmentos sociais. Eram notórias as mudanças que aconteciam no país nos setores da Educação, Saúde e Economia, assim como a inter-relação entre eles. Havia clamores populares por melhorias em diversas áreas. O Brasil modernizava-se industrialmente, o que, porém, não acontecia com as políticas públicas, sendo, dessa maneira, um cenário de contrastes. Naquele momento, vários setores da população consideravam insuficientes as ações de políticas públicas que lhes eram destinadas. Em busca de dignidade e de melhores condições de vida, reivindicavam garantias quanto ao emprego, à educação e à saúde, as quais, em 1960, ainda eram insuficientes e precárias.

1 Uma nova reforma na educação brasileira foi implantada em 1996. Trata-se da mais recente LDBEN Lei n. 9.394 de 20 de dezembro de 1996, que trouxe diversas mudanças nas leis anteriores, propiciando *a inclusão da educação infantil (creches e pré-escola)*. A formação adequada dos profissionais da educação básica também teve prioridade, com um capítulo específico para tratar do assunto.

Em face do ensino no formato tradicional, representantes do setor da educação e da saúde apontavam a necessidade de formação diferenciada, mais adequada à qualificação para o mundo do trabalho. Foi naquele momento que a ideia de Educação Permanente, já difundida, passou a ser identificada como elemento capaz de atender às necessidades do país.

Os movimentos realizados pela sociedade e intelectuais em torno das questões da educação culminaram, de maneira paralela, com as transformações na saúde. Não obstante, percebe-se que a Educação Permanente teve foco em alguns desses movimentos, pois esteve latente, no início, como ideia da educação laica, seguida da concepção de formar e qualificar para o trabalho e, recentemente, para questionar os moldes cartesianos da educação formal tendo em vista adequar-se a uma ideia pedagógica de educação para a autonomia.

1.1 Educação Permanente e seus cenários

A busca por um modelo educacional que contemple uma educação permanente ao longo da vida não é contemporânea, havendo indícios de que é bem antiga. O período que se estende do final do século XVIII à primeira metade do século XIX foi importante para a conquista dos direitos universais e caracterizou-se como um momento histórico de revolta da burguesia contra as amarras absolutistas.

Com o fim da servidão e a garantia de direitos civis e sociais, dentre as propostas das reformas previstas, figurava a universalização da instrução por intermédio do modelo escolar público e laico. Nesse contexto, discutia-se a ideia de uma educação permanente, oportunizando ao indivíduo educar-se ao longo da vida. Maria Valéria Jaques

Medeiros da Silva (1993, p. 7) enfatiza o discurso de Talleyrand sobre a instrução pública, em 1791, na França: “A educação deve existir em todas as idades. É um preconceito habitual vermos sempre nela uma instituição para a juventude, a instrução deve aperfeiçoar aqueles que já formou: ela deve portanto se aplicar em todas as idades”. Após ser reprovada pela Assembleia Constituinte francesa, essa ideia foi reafirmada por Condorcet, que se destacou como filósofo em defesa da formação cívica dos cidadãos. Conforme afirma a mesma autora:

A instrução não deveria abandonar os indivíduos no momento em que eles saem das escolas, ela deveria abarcar todas as idades, já que não há idade em que não seja útil aprender e que uma segunda instrução é tão ou mais necessária que aquela recebida na infância restrita apenas a alguns domínios. (p. 7-8).

Outros nomes insurgiram em defesa da educação pública encorajando o movimento francês, entre os quais Mirabeu, Robespierre, Danton, Lakal e Lepelletier. Os defensores da educação permanente acreditavam que os processos de aprendizagem não se limitavam à infância e à juventude, mas perpetuavam-se por todo o percurso do indivíduo.

Em um contexto mais amplo, Silva (1993) afirma que até 1957 não foi encontrado qualquer texto fazendo referência ao termo Educação Permanente, porém, em 1972, o documento denominado “*Relatório*

*Edgar Faure*², da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), consagrou internacionalmente o conceito, marcando o início de outro momento no processo de consolidação da educação permanente. Esse documento possibilita identificar três momentos distintos dessa modalidade de ensino:

Entre 1950 e 1970, a educação permanente esteve ligada à educação de adultos, sendo considerada uma prática marginal, não caracterizada pela formação política e cidadã, mas focalizada na formação para o trabalho com o intuito de suprir o “chão de fábrica”, qualificar trabalhadores. Isso representou, portanto, um motivo de luta contra as práticas escolares repressivas, nas quais o aluno não tinha direito ao diálogo que promovia a construção coletiva do conhecimento e o ensino tinha características autoritaristas devido ao regime militar. A revolta servia, pois, para alçar a mudança em favor da transformação radical da escola e da sociedade.

Entre 1960 e 1970, a EP ainda se definia como uma utopia educativa, porém, a partir de 1970, com a institucionalização do seu conceito, três patamares foram alcançados: o da legalização, mediante o reconhecimento do direito à formação contínua; o da operacionalização, com experiências de realização; e o da universalização, por meio

2 Em 1970, a UNESCO, percebendo a dimensão da crise internacional em torno da educação, deu início a um esforço sistemático para obter não apenas uma visão panorâmica da crise, como também para encontrar alternativas com vistas à redução do déficit educacional, sobretudo nos países pobres ou em desenvolvimento. Nessa direção, uma das primeiras iniciativas da UNESCO foi a elaboração do relatório coordenado por Edgar Faure, em 1972, considerado um marco importante na história do pensamento educacional da organização. Faure, na carta de apresentação do relatório ao Diretor-Geral da UNESCO, apresentou quatro postulados que orientaram a elaboração do documento: 1 – A existência da comunidade internacional; 2 – A crença na democracia; 3 – O desenvolvimento que objetiva a expansão integral das pessoas; e 4 – A educação formadora de pessoas.

do Relatório da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). A EP tornava-se, portanto, um modelo educacional institucionalizado, passando a ser definido não mais como utopia, mas como proposta educativa exequível.

O discurso vigente de promoção da Educação Permanente, ainda segundo Silva, pode ser entendido como parte do trabalho teórico desenvolvido pela UNESCO em torno do fenômeno. A considera, ademais, que outras organizações voltadas para o desenvolvimento econômico também colaboraram para a discussão, entre elas o Conselho da Europa (CS) a Organização para a Cooperação do Desenvolvimento Econômico (OCDE), o Banco Mundial (BIRD) e a Organização Internacional do Trabalho (OIT).

A formação para o trabalho tomou proporções e popularidade consideráveis desde que foi incorporada pela UNESCO como “ideia mestra” da política educacional para a Educação Permanente. Com base nessa nova perspectiva, por exemplo, criou-se no Canadá o Centro de Pesquisa e Desenvolvimento em Educação Permanente, na Universidade de Montreal.

A criação de espaços específicos como esse demonstra a força da disseminação da Educação Permanente em diversos países para além da França. Moacir Gadotti (1987, p. 62, grifo nosso) destaca que “A educação permanente, [tal como] afirma um dos seus idealizadores, só é uma ‘idéia mestra’ ou um ‘fator integrador’ porque é, antes de tudo, uma *necessidade social global e uma total reformulação educativa*”.

Os ideais da Educação Permanente serviriam para a introdução de uma nova concepção de aprendizagem, voltada à melhoria da qualificação da mão de obra, salários e condições de vida. Prosseguindo

em suas ponderações, Gadotti estabelece relações entre a defesa da Educação Permanente e o contexto social e político no momento do seu fortalecimento internacional:

Os acontecimentos de 1968, que levaram milhões de estudantes às ruas, preocuparam muito as “autoridades” internacionais, responsáveis pelo “bom comportamento” da educação. Por isso certas organizações internacionais procuraram novos “modelos” de sistema escolar. [...] Não é por mero fruto do acaso que a UNESCO, o Conselho da Europa e a OCDE (Organização da Cooperação do Desenvolvimento Econômico) após 1968, apresentam novos projetos para *substituir o sistema “tradicional” de ensino, por um sistema de educação Permanente* (p. 62-63, grifo nosso).

As organizações governamentais e intergovernamentais incorporaram o princípio da Educação Permanente como aquele capaz de enfrentar o momento de instabilidade econômica e política, mas ainda faltava sua operacionalização. No mesmo texto, Gadotti, ao referenciar Pierre Furter, um dos membros do Comitê Diretor da Educação Permanente do Conselho da Europa, traz as seguintes considerações a respeito do desenvolvimento da nova concepção de educação:

1. o plano de trabalho desse organismo, no âmbito da Educação Permanente, passou, primeiro, por uma “fase conceitual” (de 1966 a 1971), propondo, mediante um longo programa, 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?” (p. 63);

2. a partir de 1972, até 1978, seguiu-se uma “fase operacional”, colocando “[...] à prova as primeiras

tentativas de aplicação de certos aspectos e elementos do esquema geral da evolução da Educação Permanente, pelos países membros.” (p. 63). A transição esperada direcionava-se à educação de jovens e adultos, indicando a necessidade de adequações ao tempo escolar e à formação concomitante e voltada ao mundo do trabalho. Assim, buscava-se uma forma legal de reinserir nas escolas os indivíduos que interromperam seu percurso, sobretudo os adultos, que, com essa modalidade de ensino, teriam a possibilidade de retomar os estudos a qualquer momento.

Silva destaca, ainda, o que Bertrand Schwartz afirma: “[...] a função da escola seria preparar os futuros adultos para desejar ter condições de continuar a sua formação, a escola ensinaria uma profissão, daria a formação de base e ensinaria a aproveitar todas as possibilidades de formação fora dela”.

O francês Paul Legrand, teórico e defensor da Educação Permanente e secretário da Organização das Nações Unidas (ONU) para a Unesco, desde 1948, dedicou-se à educação de adultos e contribuiu com pesquisas para sua elaboração teórica e divulgação.

Politicamente, entre as décadas de 1960 a 1980, o Brasil passou por inúmeras transformações direcionadas às políticas públicas, mas, principalmente, às que se referem à previdência social, educação e saúde. Dreifuss (1981) aponta outro fato importante nesse período foi o modelo político instaurado após o golpe civil-militar de 1964. As “rédeas” do país estavam atreladas ao militarismo e ao capital: “[...] os tecno-empresários e empresários puderam assegurar, por meio de seus cargos públicos, o rumo do estado brasileiro ao longo de uma via capitalista, servindo aos interesses gerais dos industriais, banqueiros

multinacionais e associados”. Era, portanto, um contrassenso marcado pela *reivindicação por direitos sociais* e diminuição dos direitos civis.

A situação fortalecia insatisfações ocasionadas pela ineficiência e baixa qualidade dos serviços públicos. Nesse contexto, o movimento pela melhoria educacional e o movimento sanitário iniciado em 1960 ganharam força. Antes do golpe, a população saiu às ruas reivindicando direitos que já eram por ela financiados com o recolhimento dos impostos por meio das contribuições previdenciárias do empregado formal. A crise do petróleo, que se instaurou mundialmente na década de 1970, representou um colapso econômico que afetou os países ricos e pobres, industrializados ou em desenvolvimento. Ela foi fundamental para intensificar o sentimento de inadaptação aos moldes tradicionais de educação, fazendo com que as sociedades reivindicassem e procurassem novos meios de formação que atendessem ao paradigma político, econômico e educacional.

1.2 Determinantes do direito universal à saúde: da Primeira República ao movimento sanitário

No Brasil, entre o final do século XIX e início do século XX, foram iniciadas campanhas higienistas em massa, dotadas do propósito de dizimar as afecções que acometiam a população e romper as cadeias de transmissão de doenças. Entendia-se que essas endemias poderiam afetar as relações comerciais brasileira principalmente na economia agroexportadora cafeeira.

Para atingir o desenvolvimento econômico vislumbrado, era necessário mais do que implementação de ações sanitárias, visto que o país precisava modernizar-se, perder o caráter colonialista, identifi-

car-se como urbano. A esse respeito, Aparecida de Lourdes Paes Barreto (2011, p. 241) analisa que

As reformas urbano-sanitárias implantadas pelas políticas públicas visavam embelezar e sanear os espaços citadinos, mas também romper definitivamente com os vestígios do período colonial e os males herdados do regime imperial, entre eles, o caótico quadro das doenças que maculava a imagem do país.

Durante a Primeira República (1889-1930), o processo de modernização se expandiu, em especial no Sudeste do país, região na qual se concentravam as cidades que mais participaram efetivamente do processo de desenvolvimento econômico, de início pela potencialidade em fazer frente à expansão da economia capitalista e, também, por participar do início do processo urbano-industrial.

A calamidade patogênica nas regiões dos principais portos brasileiros, somada aos meios urbanos insalubres, culminou em processos contraditórios, pois, ao mesmo tempo em que o desenvolvimento econômico era evidente, havia uma profunda desigualdade social pelas distorções socioeconômicas e de condições de saúde entre ricos e pobres.

Para os pobres, a situação era ainda mais calamitosa, pois viviam precariamente em razão da baixa qualidade de vida, falta de moradia, alimentação e exaustivas condições de trabalho. Sobre esse período, Jairnilson Silva Paim (2009, p. 23) consider que “[...] a realização de campanhas lembrava uma operação militar, e muitas ações realizadas inspiravam-se no que denominava polícia sanitária”.

As doenças foram uma herança das condições insalubres do período colonial, visto que o processo de modernização urbana era

ainda tímido e não existia infraestrutura sanitária consolidada. Segundo Paim, “[...] as patologias que assolavam o meio urbano eram dotadas de caráter epidêmico, como a malária, febre amarela e varíola, escarlatina, influenza, sarampo, febre-tifóide e o cólera. As endêmicas: sífilis, tuberculose, hanseníase, e de cunho déficit-nutricional, o escorbuto e o raquitismo” (p. 28).

Ainda para o mesmo autor, “[...] as cidades do Rio de Janeiro e de Santos sofriam, no início do século XX, com surto epidêmico de peste bubônica, imputando a essas áreas o título de *loco* regiões mais insalubres dos trópicos. Pioneiros da atuação direta pela saúde nesse período estão [entre outros] os médicos Oswaldo Cruz, Carlos Chagas, Emílio Ribas, Belisário Penna” (p. 28). Foi nessas circunstâncias que instituições de pesquisas biomédicas foram criadas, influenciando a comunidade científica, mais tarde, no estabelecimento de políticas de saúde.

Moviam-se ações comunitárias de nível local destinadas a intervir sobre as epidemias a cada episódio ou por intermédio de solicitação conjunta via câmara dos vereadores. Em situações com maiores dimensões era determinante a decisão pelo Governo Central. Portanto, a organização sanitária brasileira era rudimentar, incapaz de responder às endemias e assegurar assistência aos doentes. Os que detinham poder financeiro favorável eram cuidados por médicos particulares, sendo que os demais eram atendidos pelas santas casas de misericórdia, instituições filantrópicas e de caridade (PAIM, 2009).

Em face da situação da saúde, a população, mesmo em manifestos de resistência, era forçada aos tratamentos oferecidos pelo governo, principalmente no que se referia à vacinação. Como reflexo da ação truculenta e arbitrária, “a causa” sanitária atingiu outra dimensão,

culminando na primeira expressão de resistência popular ao Estado, a Revolta da Vacina, de 1904.

Foi no campo dos questionamentos e da não aceitação de medidas estabelecidas pelo Poder Público que surgiram as mobilizações populares, objetivando despistar o governo do autoritarismo e garantir o cumprimento dos direitos civis. Conforme explicam Prates Melo, Cunha e Tonini (2005, p. 50), “[...] os problemas de saúde eram ainda considerados caso de polícia, visto que a política de saúde estava subordinada ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores”. O governo reagiu criando mecanismos legais, como elucida Paes Barreto (2011, p. 252):

A resistência da população em receber os vacinadores, faz o governo tomar medidas mais radicais e usar mecanismos indiretos de ação, como: criação da Lei sanitária, que propunha a vacinação obrigatória e a criação de um código sanitário uniforme para todo o território nacional; criação de tribunais especiais para forçar a submissão aos novos regulamentos sanitários; a instituição da “polícia médica”; além de usar a vacinação como critério ao acesso nos empregos públicos e estabelecimentos ensino.

Visando atender a meta do programa quanto à salubridade da capital brasileira, Rio de Janeiro, à época, Paes Barreto complementa:

No Rio de Janeiro, o então Presidente da República Rodrigues Alves ao assumir a função, em 1902, apresenta como meta do programa de governo, o saneamento do Porto da Baía de Guanabara e da capital do Rio de Janeiro. Para cumprir seu intento, indicou o Engenheiro Francisco Pereira Passos para a prefeitura do Distrito Federal e o médico Oswaldo Cruz, para o saneamento. (p. 252).

As campanhas sanitárias não primavam pela garantia de acessibilidade integral à saúde. Nesse sentido, Prates Melo, Cunha e Tonini consideram que, apesar dos esforços empreendidos e dos recursos empregados no combate de determinadas moléstias, todo o movimento implementado para intervir nos surtos de doenças não caracterizava a campanha sanitária, realizada, então, como política nacional de saúde.

1.3 A Reforma Sanitária brasileira e seus desdobramentos

O desenvolvimento do sistema público de saúde no Brasil, segundo Paim (2009), ocorreu por três vias: saúde pública, medicina previdenciária e medicina do trabalho. Outros estudos afirmam que a medicina do trabalho e a saúde ocupacional estão atreladas à criação do Ministério do Trabalho, a partir de 1930.

Esses três subsistemas, no entanto, desde sua criação, caminhavam paralelamente, respondendo a situações distintas. Em separado, outras instituições atuaram como responsáveis pela medicina liberal: clínicas e instituições privadas, casas filantrópicas e medicina popular.

Esse cenário insere-se num contexto conflituoso entre sociedade e poder público, mas é importante enfatizar que, por intermédio desses embates, foi possível construir novas formas de pensar a saúde pública. Outro fato notório desse período foi a criação dos Centros de Saúde, o que, com a chegada dos primeiros sanitaristas formados nos Estados Unidos da América, na Universidade Johns Hopkins, desencadeou uma alteração significativa na forma de atuar em saúde pública: *de coerção para a persuasão*. Trata-se de um modelo característico das novas concepções trazidas ao Brasil por Geraldo de Paula Souza, que, ao retornar dos Estados Unidos, passou a trabalhar em São Paulo (PAIM, 2009).

As campanhas coletivas, na década de 1960, passaram a ter outro caráter, sem tomar proporções policiais, como as do início do século XX. Nesse cenário, buscou-se intervir não apenas na erradicação da malária, mas também nos casos de tuberculose, utilizando a abreugrafia e a vacina oral BCG, além da vacinação contra varíola, igualmente comum nesse período.

Durante o governo de Juscelino Kubitschek, foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais – DNERu, em 1960 substituído pela Superintendência de Campanhas (Sucam) que, então, desenvolveram as campanhas denominadas criticamente de “sanitarismo campanhista” ou “sanitarismo dependente” (por utilizar o modelo americano).

Duas considerações feitas por Paim (2009, p. 31) caracterizam claramente o cenário:

Este tipo de saúde pública não tinha qualquer integração com a medicina previdenciária implantada nos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), nem com a saúde do trabalhador. Separava, artificialmente, a prevenção e a cura (tratamento), a assistência individual e a atenção coletiva, a promoção e a proteção em relação à recuperação e à reabilitação da saúde. A organização dos serviços de saúde no Brasil, antes do SUS, vivia em mundos separados: de um lado, as ações voltadas para a prevenção, o ambiente e a coletividade, conhecidas como saúde pública; de outro a saúde do trabalhador, inserida no Ministério do trabalho; e ainda, curativas individuais, integrando a medicina previdenciária e as modalidades de assistência médica liberal, filantrópica e, progressivamente, empresarial.

A medicina previdenciária teve, em seu início, inúmeros desdobramentos, desde a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP), até sua substituição pelo Instituto de Aposentadoria e Pensões (IAP), em 1930 (PAIM, 2009).

A partir de então, foram criados institutos para atender às categorias trabalhadoras, os comerciários (IAPC), bancários (IAPB), industriários (Iapi), marítimos (IAPM), servidores do Estado (Ipase) e trabalhadores de transportes e cargas (Iapetec). Em 1966, com a criação da autarquia Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), todos esses institutos, exceto o Ipase, agruparam-se (PAIM, 2009, p. 33).

Naquele período, o Estado direcionava o direito de assistência à saúde aos trabalhadores formais, que possuíam carteira de trabalho assinada. Essa condição acentuava a dificuldade de acesso da população aos serviços prestados, pois quem não contribuía com o recolhimento dos encargos trabalhistas ficava sujeito a procurar assistência nas santas casas e/ou em instituições filantrópicas. Dessa maneira, percebe-se que a absorção das necessidades populacionais pelo sistema era insuficiente e precária, paralelamente ao investimento estatal escasso. Paim (2009) afirma que o orçamento do Ministério da Saúde, até 1975, não alcançava 1% dos recursos públicos da União.

Sarah Escorel (2009) considera que o movimento sanitário, à época, tinha três propósitos: um, fundamental, que era reivindicar o direito universal à saúde, e outros dois tangenciais. Destes, o primeiro era transformar a forma de fazer saúde, que, naquele momento, se caracterizava pela cisão das ações estatais devido à compra de serviços privados, pois acreditava-se que essa barganha dava margem à corrupção normatizada. O segundo propósito era intervir na forma de ensino dos espaços produtores do conhecimento (escolas médicas), preten-

dendo reformular estratégias pedagógicas que fizessem os estudantes se atentar para atitudes profissionais de caráter sociopreventivo.

Durante o movimento sanitário, outras modalidades foram desenvolvidas, como as Ações Integradas de Saúde (AIS), que, tendo surgido para modificar o modelo centralizador, tinham caráter de universalização e descentralização, formando redes dentro do Sistema. Em 1987, às vésperas da aprovação da nova CF, criou-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), dando sentido ao que se conhecia como modelo assistencialista universal. Analisando esse momento, Silva e Silva (2013, p. 23), ao referenciar Noronha e Levcovitz, elucidam que: “O SUDS não esperou a nova Constituição para desenhar as estratégias e táticas de mudança, mas interveio no processo político, inclusive como determinante no que a Constituição expressou sobre o Sistema Único de Saúde”.

A necessidade de dar respostas às mobilizações foi impositiva durante o governo Geisel, tendo-se em vista o processo de mobilização da população, o que culminou no chamamento à V Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1975, e VI CNS, em 1977. Conforme Paim (2009), o aglomerado de empresas estatais e privadas que prestavam serviços de saúde somava 71, na instância federal, sem contar as estaduais, municipais, filantrópicas, privadas liberais e empresariais. Seguindo o que o autor considerou, esse estudo quantitativo foi censurado e omitido na V Conferência, porém, era possível mensurá-lo devido à tamanha em reorganizar o sistema vigente.

O problema enfrentado pela estruturação da saúde se configurava, sobretudo, pelas variadas tensões oriundas do embate existente entre setores democráticos e autoritários. Nesse sentido, Kucinski (1982, p. 106) avalia:

Em 1976, todas as energias da oposição liberal ao regime concentraram-se num dado momento na reunião anual da SBPC. Ali, em clima de grande tensão, à sombra do próprio Palácio, a comunidade acadêmica, no seu sentido mais amplo e convencional, repudia os valores do estado autoritário e pede o retorno aos quadros universitários, dos professores expurgados pelo regime.

Sarah Escorel (2009, p. 77) analisou o contexto da seguinte forma: “As reuniões da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) passaram a congregar um número cada vez maior de pessoas exigindo a redemocratização do País. Por este motivo, a partir de 1977, foram controladas pelas forças de repressão, que chegaram até mesmo a impedir a realização da reunião desse ano em Fortaleza”.

Mesmo enfrentando dificuldades, em decorrência das discussões na V CNS, o Governo Federal aprovou a Lei 6.229, que criou o Sistema Nacional de Saúde (SNS) de 17 de julho de 1975, revogada pela Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, apresentando como novidade da proposta eliminar a herança dicotômica que vinculava a Saúde Coletiva - ao Ministério da Saúde, e a saúde individual - ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS).

O estudo elaborado pelo MPAS descrevia seis características do sistema de saúde: insuficiente, descoordenado, mal distribuído, inadequado, ineficiente e ineficaz. Em análise pessoal sobre o que chamou de *não-sistema* (saúde pública brasileira da época), Paim (2009) adjetiva outras quatro peculiaridades: autoritário, centralizado, corrupto e injusto.

Ao analisar as Conferências Nacionais de Saúde, Pedro Luiz Barros da Silva (1984, p. 129, apud, ESCOREL, 2009, p. 61) afirma:

As Conferências Nacionais de Saúde voltam a ser um locus importante de debate das prioridades de governo para o setor e para as estratégias de transformação do perfil médico-assistencial privatista. Por sua própria natureza e ligação com o Ministério da Saúde, órgão responsável por sua convocação, nas conferências aparecem com destaque os problemas de atenção sanitária.

Evidenciada a baixa potencialidade dos setores educacional, saúde e educação para a saúde, o II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND) passou a priorizar propostas com financiamentos para o desenvolvimento de tecnologias nesses eixos. Na elucidação dos fatos da época, Sarah Escorel (2009, p. 42) afirma:

A saúde, inclusive assistência médica da Previdência, carecem, ainda, de capacidade gerencial e estrutura técnica e, com isso, se reduz a eficácia dos recursos públicos a eles destinados e se eleva o risco de decisões de aumentá-los substancialmente. No entanto, foi o que orientou as estratégias para o desenvolvimento do setor, fundamentalmente as reformas institucionais e administrativas.

Analisando a entrevista concedida ao Projeto Memória e Patrimônio da Saúde Pública no Brasil, Escorel (2005) declara que a trajetória de Sérgio Arouca reforça o que ela considera sobre as estratégias direcionadas ao movimento sanitário, ao se referir à Semana de Saúde Comunitária (SESAC). Para a autora, a SESAC era um espaço no qual ocorriam discussões que nem mesmo a União Nacional dos Estudantes (UNE), nem jornais ou partidos políticos publicavam. Mediante o cenário repressivo, a sanitarista considerou:

Então você podia ter a impressão chegando na SESAC de que a revolução estava em curso e que

a vitória era certa, porque as discussões eram acaloradíssimas, as análises eram aprofundadas, e o setor saúde não era uma coisa de pessoas especializadas (enfermeiros, técnicos), a saúde era a vida das pessoas, da sociedade, ultrapassando em meio até o próprio conceito de bem estar físico e mental da Organização Mundial de Saúde, porque tinha uma determinação social da doença que era analisada. Então eu acho que houve uma confluência de vários movimentos num determinado contexto particular da sociedade.

A partir de 1975, com o II PND, visava-se priorizar a saúde como integrante do campo social, e, portanto, recursos, antes insuficientes, passaram a ser substanciais, chegando a atingir, equiparadamente, a totalidade dos gastos da União.

Naquele momento, eclodiram nas academias, em especial nos Departamentos de Medicina Preventiva (DMPS), movimentos, ainda fracos e velados, reivindicatórios de melhorias na medicina preventiva, de forma a reverter o modelo vigente, curativista e hospitalacêntrico, propondo um modelo de saúde preventivista. Ao explicar o contexto da época, Escorel (2009, p. 20) afirma:

Ainda desarticulados, os críticos do setor concentravam-se nas universidades. No meio acadêmico, por meio de um esforço conjunto de alunos e professores, constituía-se base de um movimento sanitário, formado por profissionais e estudantes do setor – ou atuantes nele – e que, a partir de uma postura democrática e oposicionista ao regime autoritário, iria formular propostas cada vez mais elaboradas de transformação do regime e do SNS, visando, em termos gerais, a um país democrático e a melhores condições de saúde para a população brasileira.

Quanto ao modelo preventivista, foco da discussão naquele cenário alvoroçado de reivindicações sanitário-educacionais, Sarah Escorel (2009, p. 21) evidenciou os conceitos estratégicos que davam sentido ao contexto:

[...] a integração no interior da escola médica, na procura da formação de uma consciência consensual que determinasse a transformação da própria escola; a inculcação, que pretendia, a partir de experiências pedagógicas, transformar a consciência dos estudantes, buscando incorporar uma nova atitude de prevenção; e a mudança, segundo a ótica de que a História é feita pelos sujeitos individualmente, e considerando o setor de saúde dotado de autonomia política, neutralizando, assim, o conjunto de relações sociais que determinam o próprio sujeito.

Seria, portanto, o fortalecimento de movimentos sociopopulares que definiria novos direcionamentos ao modelo de saúde a ser proposto, deixando de ser um Sistema Único Descentralizado, com isso adquirindo caráter universalista, igualitário e equitativo.

1.3.1 Repercussões da Reforma Sanitária Brasileira no movimento de transposição da educação para a educação na saúde

Inicia-se, aqui, uma abordagem dos momentos históricos e das bases legais necessários à compreensão da dinâmica entre a apropriação da ideia de Educação Permanente, na educação e na saúde, a qual culminou na materialização da PNEPS.

Com a aprovação da Constituição Federal, em 1988, e a garantia do direito à saúde, tornou-se necessária a criação de outros mecanis-

mos jurídicos complementares para legitimar e direcionar o então “recém-nascido” SUS. Exemplo desses mecanismos são as Leis Orgânicas da Saúde (LOS), GM/MS n. 8.080/1990 e 8.142/1990, ambas da década de noventa, quando teve início outra etapa: a busca pela formação dos recursos humanos que comporiam o SUS. Além disso, buscou-se, principalmente, a definição de uma identidade ao profissional formado nos antigos padrões, atribuindo-lhe outras características que atendessem às novas perspectivas na construção do novo modelo formativo.

No auge da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), segundo Smaha e Carloto (2010, p. 8), “[...] buscou nos documentos da UNESCO as bases da Educação Permanente que até então era aplicada exclusivamente na área da educação, trazendo para a saúde um impulso, rumo aos novos tempos e às necessidades que emergiam junto à população usuária da saúde”.

Nesse mesmo período, a RSB, com o apoio do Ministério da Saúde, tentou assumir definir a Educação Permanente como “a ideia máxima”, que, para Moacir Gadotti (1987, p. 28) é a “[...] palavra de ordem capaz de reunir correntes, de reduzir as concepções opostas e alargar o conceito de educação”. As diretrizes da reforma influenciariam, ainda, outra proposta educativa no cenário brasileiro: a Educação Popular, que, em alguns aspectos, mantinha relações político-educativas com a Educação Permanente.

No Brasil, conforme afirma Arouca (1996, p. 72), a disseminação da ideia de Educação Permanente estabeleceu relações com aspectos da educação de adultos:

Cabe a UNESCO a difusão no nosso país das idéias de Educação Permanente. Algumas referências esparsas sobre esse tema começaram a pare-

cer na literatura educacional, no início dos anos 60, com a difusão do conceito de Alfabetização Funcional que objetivava dar condições a cada indivíduo para desempenhar um papel ativo na vida econômica do país.

Necessitava-se, então, de uma nova concepção de formação que não fosse estrita às escolas e aos tempos escolares, mas que produzisse conhecimento imediato e, principalmente, que se distanciasse da perspectiva cumulativa e conteudista, identificada por Freire como “conhecimento bancário”. Gadotti (1988, p. 12) reafirma a necessidade da práxis como essencial à inversão do modelo tradicional de ensino: “Tive a preocupação de confrontar teoria e prática. A educação é um fenômeno dinâmico e permanente como a própria vida e o educador busca compreender justamente esse fenômeno para compreender melhor o que faz”.

Era o início da transposição do “*ser educado*” para “*transformar-se em educador em tempo real*”. Com esse posicionamento ativo, o profissional seria capaz de refletir sobre suas práticas e realizar o movimento dialético entre ação-reflexão-ação, transformando e ressignificando-as, além de moldar sua identidade profissional. Conforme afirma Ceccim (2005, p. 167), “[...] precisamos ser produção de subjetividade: todo o tempo abrindo fronteiras, desterritorializando grades (gradis) de comportamento ou de gestão do processo de trabalho”.

O modelo denominado “aprendizagem-trabalho”, apropriado pela saúde, aproxima-se da proposta de Paulo Freire (2013b, p. 136): “Este modo, que é a situação figurada (codificada) e que antes havia sido apreendido difusamente, passa a ganhar significação na medida em que sobre ‘cisão’ e em que o pensar volta a ele, e a partir das dimensões resultantes da ‘cisão’”.

A educação na saúde, portanto, no auge da discussão pela educação atemporal e pelos novos moldes, deveria incorporar esses inovadores aspectos no interior do processo ensino-aprendizagem. Daí surgiu a Educação Permanente em Saúde, a primeira inscreveu-se muito mais no campo teórico, em defesa dos seus pressupostos que ancoravam a ideia de liberdade, do aprender a aprender na escola, na comunidade e com o povo. A segunda reconheceu as potencialidades advindas do conhecimento do povo e seu potencial cultural, a gestão do trabalho e dos trabalhadores em processo de discussões possíveis em “pé de igualdade”, transformando, construindo teorias e práticas a partir das relações do trabalho em saúde.

1.4 VIII Conferência Nacional de Saúde e seu papel delineador para o Sistema Único de Saúde

A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), cujo tema era “Democracia é Saúde”, ocorreu em março de 1986 e foi considerada um marco, no cenário da RSB, dada sua magnitude. O relatório do evento, elaborado pelo Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CE-BES), possuía características autenticamente democráticas e, durante a conferência, foi reconhecido o documento de referência ao que se pretendia aprovar como sistema público. Os oito princípios conjunturais do projeto em defesa da saúde pública, segundo Escorel (2009, p. 87) apontavam para os seguintes objetivos:

[...] deter o empresariamento da medicina; transformar os atos médicos em bem social gratuito; unificar o sistema de saúde; atribuir ao Estado a administração total desse sistema; entregar a esse sistema a tarefa de planejar e executar a política na-

cional de saúde; estabelecer mecanismos eficazes de financiamento do sistema; descentralizar esse sistema; viabilizar uma real participação popular em todos os níveis e etapas da política da saúde.

O setor privado não apresentou proposta durante a conferência e retirou-se da composição de delegados que fariam proposições. Ao longo da VIII CNS, discutiu-se a concepção de saúde que seria incorporada no documento elaborado pela CEBES. Arouca (1986, p. 39), que era presidente e conferencista da Fundação Oswaldo Cruz, enfatizou, em seu discurso de abertura, o recuo das entidades privadas:

Há uns dias atrás, algumas entidades ligadas ao setor privado se retiraram da Conferência, alegando que, como representavam uma grande percentagem dos serviços de saúde prestados ao País, deviam ter maior número de delegados. Mas se equivocaram. No meu entender, essa proporção de serviços prestados não corresponde à proporção da população brasileira. E esta é uma Conferência da população brasileira e não uma Conferência dos prestadores de serviço.

O evento foi, portanto, crucial para apontar sugestões de encaminhamentos políticos que foram introduzidos no processo de construção do modelo de saúde, o qual passou a reestruturar não só o fator “assistir a população”, mas também a influenciar o perfil de profissional de saúde que comporia as estruturas espalhadas pelos estados da federação.

Ao propor uma reflexão sobre o conceito de saúde, afirmando ser um “bem-estar social”, o conferencista envolveu a discussão de vários outros desdobramentos desse bem-estar, em especial no poder de decisão e expressão popular. Ressalta-se que esse poder, muitas vezes,

foi suprimido por opressões explícitas, como as que ocorreram no governo militar, e por opressões implícitas, relacionadas a vários outros direitos, como educação e saúde.

A educação, historicamente, foi privilégio exclusivo das elites, e a saúde expressou direcionamentos fragmentados, pois se destinava apenas aos trabalhadores formais, que contribuíam com “tributos”, excluindo desempregados ou trabalhadores informais.

Sérgio Arouca expõe sua concepção de saúde/bem-estar social:

Talvez seja interessante pensar um pouquinho sobre o que significa isso, o que significa o conceito de saúde, colocado quase como algo a ser atingido. Não é simplesmente não estar doente, é mais: é um bem-estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e, até a informações sobre como se pode dominar este mundo e transformá-lo”. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas, que, pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente; a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de auto-determinação de um povo. É não estar o tempo todo submetido ao medo da violência, tanto daquela violência resultante da miséria, que é o roubo, o ataque, como da violência do governo contra seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não são os do povo [...].(p. 36)

As colocações, reflexões e considerações, ou seja, todas as afirmativas feitas no discurso de Arouca retratam exatamente as condições do sistema de saúde naquela década, nas quais o setor privado era evidentemente mais atuante que o setor público.

Outros textos importantes fizeram parte da chamada “proposta cidadã”, que fomentou o direito à educação, “direito de todos e dever do Estado e da família”. Todos esses registros frutos dos desdobramentos da corrente de ideias que se fortaleceu no início dos anos de 1970 e nasceu da luta por melhorias nas políticas públicas, tendo sido alimentada pelo esforço e engajamento de setores da sociedade e da academia.

Acerca dessa realidade, Arouca afirma: “Esta é a primeira vez em que se encontram o setor saúde e a sociedade”. A partir dessa interação, configurou-se a possibilidade de aprovar a saúde e a educação enquanto direitos plenos, como previsto na Constituição Federal de 1988.

Foi, portanto, pelo acesso universalista e equânime, que, no Art. n. 196 da CF “Cidadã”, se estabeleceu: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Dessa forma, por ocasião da aprovação da Lei Orgânica da Saúde 8080/1990, incorporou-se a ideia proposta na VIII CNS: “[...] saúde é um direito do brasileiro e dever do Estado” (BRASIL, 1988). O texto da CF, no entanto, foi aprovado e ampliado na semântica textual, de forma que o direito ao exercício da saúde pública passou a abranger não somente os brasileiros natos, mas todos os cidadãos de outras nacionalidades que habitassem o território nacional.

Sendo assim, a referida lei definiu o SUS, que já alcançava o patamar de “mais abrangente plano de saúde pública do mundo” e ao qual foi designado o legado de prover os Recursos Humanos da Saúde,

conforme o Art. 200 da constituição: “Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei, ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”.

No mesmo ano, devido à intensa pressão popular, foi publicada a Lei Orgânica da Saúde n. 8.142/1990 para complementar a Lei GM/MS n. 8.080/1990, propondo a recuperação das propostas vetadas na primeira lei do SUS, ocasião na qual alguns vetos puderam ser incorporados. Como afirmam Bertolozzi e Greco (1996, p. 393), “[...] a Lei 8.142 recuperou a transferência automática de recursos e a questão da participação e controle sociais, mas não tocou na questão da carreira, mantendo o SUS com uma série de vínculos empregatícios diferenciados nos serviços de saúde”.

Nesse sentido, aconteceu, em agosto de 1992, a IX Conferência Nacional de Saúde, considerada pelos críticos do setor um evento mobilizatório tão relevante quanto a VIII Conferência, visto que contou com a participação de 5.000 pessoas, que discutiram estes temas: Sociedade, Governo e Saúde, Seguridade Social, Implementação do SUS e Controle Social. No relatório, reiterou-se o proposto na VIII Conferência, evidenciando a máxima “Cumpra-se a Lei” (p. 394), conforme os autores citados.

Após a promulgação da CF, a luta passou a ser outra, não mais por legalidade de direito e sim pelo exercício pleno da lei maior. Isso gerou inúmeros outros desdobramentos, entre eles, a implantação de escolas e do SUS. Nesse contexto, buscou-se tanto a erradicação de doenças, quanto o estabelecimento de outras diretrizes e concepções de saúde preventivista e coletiva, sobretudo em relação aos direitos determinantes do acesso social à saúde, pautada nos princípios da universalidade, equidade e integralidade.

A legislação era enfática quanto à garantia dos direitos, mas não existiam condições estruturais, nas esferas de governo, que pudessem atender a todos. Tornou-se, pois, necessária a criação de outros mecanismos legais (leis orgânicas) para fomentar uma força motriz que movimentasse a construção de espaços, contratação de pessoas, capacitação, qualificação, educação dos trabalhadores do SUS, em observância aos níveis de governo e governabilidade, pré-determinando o direcionamento das responsabilidades às esferas de governo federal, estadual e municipal.

CAPÍTULO 2

Elementos para discutir sobre a Educação Permanente em Saúde

A ideia da Educação Permanente em Saúde surgiu da necessidade de uma vertente pedagógica que dialogasse com o campo específico da saúde, pois, até então, as discussões atreladas à questão davam-se na perspectiva da educação formal, baseando-se apenas em conteúdos e, desse modo, desligadas da prática e do cotidiano. Portanto, essa modalidade de ensino pouco respondia à demanda de formação continuada do futuro profissional ou do profissional do trabalho.

Em 2003, a partir das experiências acumuladas pelo enfermeiro Ricardo Burg Ceccim, abriu-se outra perspectiva de educação na saúde, dando origem a uma vertente pedagógica capaz de atuar nos contextos complexos desse âmbito, sem desconsiderar os problemas de saúde e seus agentes: usuário, trabalhador, gestor e educador. A lógica desse processo tinha por base a utilização desses quatro elementos para a constituição de coletivos dialógicos potentes, construtivos, políticos, autocríticos e autoformadores, direcionados pela proposta pedagógica da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

Neste ponto da discussão, cabem aqui algumas reflexões sobre as memórias da gênese e do caráter organizador da formação para o SUS, tendo em vista a PNEPS. Nesses termos, tomou-se o depoimento do Servidor I (30 mar. 2014) do Ministério da Saúde, que estava atuando na Unidade Produtiva da Educação Permanente no MS/DEGES e havia participado de todo o processo do desenho dessa política:

[...] quando a política foi implementada e discutida, ela teve um ano todo de discussão em 2003 e depois a escrituração dela, o desenho, a elaboração das diretrizes dela pactuada em setembro de 2003, mas a portaria só foi publicada no

início, que agora não me lembro muito bem, perdi um pouco essa coisa de data, mas foi no início de 2004. Então ela ganhou muita força no território, porque ele tinha como eixo a política, contando inclusive numa transversalidade de todas as ações de programas dentro do Departamento de Gestão da Educação, porque naquele momento a gestão entendia a educação permanente como uma ação transversal a todos os programas e políticas desenvolvidas.

Os criadores do termo “quadrilátero da saúde”, Ricardo Burg Ceccim e Laura Camargo Macruz Feuerwerker (2004, p. 41), afirmam que ele é a representação composta por quatro agentes que tangenciam a concepção da Política de Educação na Saúde: “A imagem do quadrilátero da formação serve à construção e organização de uma gestão da educação na saúde integrante da gestão do trabalho no sistema de saúde, redimensionando a imagem dos serviços como gestão e atenção em saúde e valorizando o controle social”. Em outras palavras, trata-se da integração entre ensino, serviço, comunidade e gestão para a construção de processos decisórios e transformadores no âmbito da saúde.

As relações efetivadas nesses espaços, entre os sujeitos políticos, usuários e profissionais, tendem a desencadear aproximações e estreitamentos, reconhecendo a todos igual importância, ou seja, estimulam a construção de relações na perspectiva do processo dialógico freireano, reconhecendo cada indivíduo e sua capacidade de construir, criticizar e interagir a partir daquilo que concebe sobre suas vivências e espaço social. Em entrevista, Ceccim (29 mar. 2014) trouxe à tona a ideia do surgimento da noção que, posteriormente, viabilizou a construção do conceito de quadrilátero, incorporada à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde:

A gente pode dizer que o quadrilátero resulta de um conjunto de aprendizado de tudo isso, os aprendizados foram aqueles que diziam que: Se não é a capacitação, porque envolve o próprio modelo de gestão, eu tenho que focar a gestão, eu não posso também pensar só na capacitação sem discutir o próprio modelo pedagógico, então, tem o tema educação, tem o tema gestão, mas eu quero fundamentalmente discutir o trabalho, e no trabalho tem órgãos do tipo: conselhos profissionais têm sindicatos, então, como é que eu enfoco o trabalho? Tenho que olhar criticamente para o trabalho. Fica claro que tinha que olhar para esse componente da Atenção que tinha que ser destacado, e, a gente sabe que no caso brasileiro a participação tem o sentido inclusive de controle social. Está velhinho focar o movimento social, aí veio o destaque, é um quadrilátero, tem quatro coisas nesse negócio que a gente não pode deixar de olhar. Foi assim que surgiu a noção de quadrilátero.

O Ministério da Saúde (2004, p. 9) enfatizava a “repolitização” pela política, considerando que: “Num trabalho articulado entre o Sistema de Saúde e as instituições de ensino, a Educação Permanente será capaz de reorganizar, simultaneamente, os serviços e os processos formativos, transformando as práticas educativas e as de saúde”. Porém, analisando a proposição, pode-se compreender que o quadrilátero de Ceccim carrega consigo um forte significado da força política que atrelou a força motriz além do poder partilhado, sobretudo para que os elementos do grupo fossem capazes e capacitados, definindo propostas e posições sobre o que emerge do espaço de vivência.

2.1 A ideia política da Educação na Saúde pelo Ministério da Saúde

A Política de Educação na Saúde resultou de movimentos voltados para a melhoria no campo de atuação e educação dos trabalhadores de saúde. A princípio, a proposta de uma Política de Educação na Saúde foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e pela pactuação intergestores em 2003, o que resultou na primeira portaria GM/MS n. 198 de 13 de fevereiro de 2004, posteriormente repactuada pelos intergestores tripartite e substituída pela portaria GM/MS n. 1.996 de 20 de agosto de 2007.

A PNEPS surgiu, portanto, como forma de transformar uma ideia em realidade. Em 7 de agosto de 2003, por meio do Decreto n. 8.065, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), com suas subdivisões administrativas, seus departamentos e coordenações, consolidando as ações estratégicas que envolvem a Educação Permanente na Saúde, planejada no âmbito do Ministério da Saúde. Todas as ações ministeriais impactaram diretamente as esferas de governo estadual e municipal e influenciaram o planejamento estratégico nesses locais, principalmente nos direcionamentos da Educação na Saúde, em seus recursos e no trabalho dos profissionais.

A secretaria ministerial passou a ser responsável por planejar e desenvolver ações em consonância com os estados da federação, implementando uma política de saúde, que intensificasse a ressignificação da identidade profissional, a práxis e a construção do conhecimento nesses espaços. Essas ações oportunizaram a configuração de um espaço de proposições e poder decisórios aos atores do quadrilátero, sobretudo retomando a ideia de fortalecimento do controle social, já prevista pela Lei Orgânica da Saúde 8.142/1990.

À perspectiva de aglutinação, em coletivos que promovessem a participação de segmentos da sociedade na construção de propostas ao Sistema e ao corpo do trabalho, incorporou-se a lógica, já prevista nessa lei de o controle social assumir seu papel decisório e homologatório nas instâncias do SUS, reconhecendo outras pessoas e outras possibilidades de agregar sujeitos. E isso porque, segundo a SGTES (BRASIL, 2011, p. 7), é possível

Buscar alinhamento entre os atores envolvidos com relação às mudanças e processos dinâmicos nos sistemas de saúde; Garantir a distribuição equitativa e adequada de profissionais de saúde; Instituir mecanismos que regulem a migração de profissionais de saúde, e Promover a interação entre as instituições de ensino e de serviço de saúde de modo que os trabalhadores em formação incorporem os valores, as atitudes e as competências do modelo de atenção universal fundamentado na qualidade e equidade.

Bruno Dominguez, em reportagem publicada na revista *Reunião, Análise e Difusão de Informações sobre Saúde (RADIS)* (2014, p. 11), apresentou uma análise sobre a participação popular no setor das políticas públicas e considerou: “Políticas públicas de participação ampliam espaço para a expressão das demandas sociais ante as demandas do mercado, no momento em que instâncias de representação reavaliam suas formas de atuar”.

Nesse sentido, conforme previsto na Política de Educação Permanente em Saúde, sua defesa pelo processo democrático para a reconstrução do sistema de saúde reforçou a consolidação da educação e da saúde, privilegiando o diálogo com os setores da população. Ao propor atividades e ações de caráter transdisciplinar, colegiada, e enfatizar

o olhar multiprofissional, outros desdobramentos ocorreram ao longo do processo de construção e fortalecimento do que se considerou ser o propósito da EPS, configurando-se, então, em dispositivo divisor de águas, isso se comparado à forma anterior da produção dos saberes.

É nesse sentido que são estabelecidas as relações da PNEPS com as considerações político-sociais feitas por Sérgio Arouca na VIII conferência do Conselho Nacional de Saúde, em 1986, e o processo de cogestão a partir do controle social, sendo ele fundamental para alcançar a democratização do Sistema de Saúde. Sobre esse aspecto, a representante da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG) no CNS, Maria do Socorro de Souza, afirmou: “[...] em conselhos, comissões e conferências nasceram propostas cruciais para o desenvolvimento nacional”. Articulamos a representação social à perspectiva de Ceccim (2005, p. 161), que descreve as necessidades de incorporação da lógica da Educação Permanente no campo social e educacional da saúde, considerando:

Faço a escolha pela designação “Educação Permanente em Saúde” e não pela designação “Educação Permanente” (simplesmente), porque como vertente pedagógica, esta formulação ganhou o estatuto de política pública “apenas” na área da saúde. A introdução da Educação Permanente na área da saúde 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, uma noção de educação no e pelo trabalho. A Educação Permanente em Saúde no SUS envolve suas Diretrizes, Princípios e Premissas. É

neste ponto que deixa de ser algo metodológico para ser estratégico-situacional ou Pensar Saúde.

A ação social e educativa da EPS é, portanto, a formação integral, em tempo real, no cotidiano da vida e do trabalho, dimensão micropolítica que implica a relação entre os sujeitos sociais que devem estimular a definição de proposições para a Educação Permanente em Saúde. Isso porque ela entende que os interlocutores do quadrilátero são fundamentais, ou peças chaves, sem as quais se fragiliza o processo e se distancia da ideia impressa no cerne da PNEPS. A respeito dessa questão, Ceccim (29 mar.2014) reafirma:

A Educação Permanente em Saúde olha para esse “quadrilátero”, porque não é um “programa de capacitação”. O desenvolvimento e a formação alteram a gestão, alteram os modos com que fazemos a atenção, alteram os modos com que fazemos a escuta do usuário ou a escuta dos movimentos sociais, alteram o próprio modelo de práticas e de gestão do Sistema de Saúde.

Tal partilha de saberes atrela-se aos fatores “reais” e “agora”, em que, espacial e instantaneamente, inúmeras atividades dos âmbitos prático e teórico se concretizam, desdobrando-se em labor, o que é determinante para alcançar soluções no serviço que se revertam em benefícios para o sistema de saúde e seus interlocutores (sujeitos/segmentos do quadrilátero). Essa resultante da ação interpessoal, chamada trabalho, é assim descrita por Merhy e Franco (2009, p. 282): “[...] a produção em saúde se realiza, por meio do ‘trabalho vivo em ato’, isto é, o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado”.

Nessa perspectiva de formação, ampliada a partir das subjetividades do encargos na saúde, Rolim, Cabral e Koerich (2004, p. 610)

descrevem o processo como “A aquisição de competências e habilidades, tal qual a educação, não se completa com a formatura, mas deverá ser um processo permanente e contínuo também na vida profissional”.

Ceccim (2005, p. 48) considera a questão da seguinte forma: “Podemos dizer que o objeto da saúde não é *objetificável*, que não pode ser reificado”. Além disso, o autor reafirma sua ideia ao citar o que propõem Merhy: “[...] as tecnologias de ação mais estratégicas em saúde configuram processos de intervenção em ato, operando tecnologias de relações. O trabalho em saúde promove processos de subjetivação, está além de práticas e saberes tecnológicos estruturados”.

O Brasil atribuiu ao Estado a responsabilidade pelas questões da educação e da saúde, sendo que neste setor os direitos foram garantidos e ampliados legalmente, dada a relevância social desse serviço. Nesse sentido, foi instituído um modelo assistencialista universal de saúde, que dá direito à acessibilidade em todos os níveis do sistema. Portanto, conforme propõe Teixeira (2011, p. 2), “[...] o SUS é um projeto que assume e consagra os princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde da população brasileira”. Esses princípios garantem ao usuário acesso aos serviços de saúde de baixa, média e alta complexidade.

A iniciativa do Conselho Nacional de Saúde em instituir a Norma Operacional Básica para os Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (NOB-RH SUS), n. 330/2003, deu-se no sentido de assegurar que o sistema fosse operado por recursos humanos que compreendessem a lógica de cogestão, protagonismo educativo e reconhecimento da importância da participação populacional na condição de controle social. Isso também aconteceu a fim de estimular a abertura de espaço para fortalecer as comissões intersetoriais internas na discussão sobre

a portaria da Educação Permanente em Saúde (EPS), como indicam Smaha e Carloto (2010, p. 9):

Documento este que abriu campo para o Conselho considerar o parecer favorável da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos para o SUS e criar a Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde e a estratégia de Pólos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde - MS. Com esta decisão, homologada pelo Presidente do Conselho, o Sr. Ministro da Saúde, através da Resolução CNS n. 335, de 27 de novembro de 2003, a Educação Permanente começou a se tornar realidade na Política de Saúde.

Dessa maneira, o Ministério da Saúde, em parceria com os conselhos intergestores, formulou e aprovou uma política pública de educação na saúde, a qual incorporou a ideia da educação continuada. O intuito foi corrigir a herança tradicionalista da construção do conhecimento e formação dos profissionais, sobretudo no período pós-formação (no trabalho, em serviço), propondo a reorientação de práticas educativas e técnicas e a repolitização dos trabalhadores e usuários por intermédio da gestão participativa.

A primeira portaria da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, GM/MS n. 198/2004, assegurou a democratização nas discussões e decisões referentes à formação dos Recursos Humanos do Sistema de Saúde, fortalecendo e reinstituindo à população o poder de controle social, conforme já previsto pela Lei GM/MS n. 8.080/1990.

A portaria substitutiva, a GM/MS n. 1.996/2007, mesmo com as mudanças textuais em relação à primeira, priorizou o cumprimento da formação e gestão participativa. Nesse sentido, atendeu ao disposto na Lei Orgânica da Saúde n. 8.142/1990, que assegura a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e é solidária ao artigo 200, item III, da Constituição Federal de 1988, quando determina que compete ao Sistema de Saúde Pública ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde.

Essas remodelações do SUS, mediante a PNEPS, foram determinantes para o estabelecimento do diálogo entre o Ministério da Saúde, os estados e os municípios. Num cenário menor, mas não menos importante, o estado de Mato Grosso também esteve representado pela Escola de Saúde Pública, em 2003, e posteriormente pela Comissão de Integração Ensino-Serviço Estadual, no ano de 1995. Essas propostas coletivo-colegiadas focalizaram o que dizem Smaha e Carlotto:

[...] os membros deste espaço democrático tiveram pautadas sua qualificação e formação na Política de Saúde para poder trabalhar na efetivação do SUS e na garantia dos direitos de trabalhadores, prestadores e usuários da saúde. Neste sentido a objetivo central da Educação Permanente de garantir a qualidade, o desenvolvimento e a autonomia da população em relação à própria saúde e a educação em saúde. Na busca de possibilitar que a participação e controle social sejam efetivados esta Política traçou diretrizes, funções e objetivos, tudo na tentativa de propiciar o que vinha sendo solicitado deste a 4ª Conferência Nacional de Saúde. (p. 11).

A criação da SGTES, segundo Mathias (2011, p. 10) “[...] possibilitou a formulação articulada de políticas de desprecarização e for-

mação permanente para os trabalhadores” A esse respeito, o Servidor II (30 mar. 2014), do Ministério da Saúde na Unidade Produtiva da Educação Permanente no DEGES, reiterou:

[...] penso que essa é uma grande dificuldade, o entendimento para que de uma forma ascendente você organize suas demandas municipais, regionais, estaduais, para que aí sim, haja um impacto do que você precisa pensar em relação aos problemas que te acometem. Se eu não sei organizar e identificar quais são os meus problemas para eu pensar em novas práticas, eu não consigo organizar, o, que, seja um processo de educação que é permanente, baseado nos problemas [...].

Há, no entanto, a necessidade de dar visibilidade às experiências cotidianas do trabalho, visto que elas caminham para além das metas estabelecidas, fugindo do habitual a todos os profissionais. A clareza disso projeta o profissional da saúde para acima da esfera do cuidado e transforma o ato negligenciado em significativo, o que amplia a concepção de cuidado no sentido de entendê-lo como ato educativo inovador/inédito, capaz de operar mudanças nas práticas e na vida dos envolvidos.

Utilizar as experiências como ‘possibilidades indutivas’ aos processos de dialogicidade, interatividade, redemocratização, transdisciplinaridade, entre outras, é, intencionalmente, despertar para a participação coletiva na reestruturação e afirmação do SUS como política assertiva, democrática e universalista, na qual sujeitos, estruturas, processos e experiências/experimentos devem estar movimentando-se, conforme considerou Pinheiro (2008), num processo de autoflagrantes.

A população, o trabalhador, o gestor, no entanto, podem não compreender a sistemática em torno das ações de saúde su-

plementar e/ou privada, que, de forma direta (o financiamento) ou indireta (a regulamentação de serviços) são custeadas com recursos públicos, ou seja, é uma infinidade de ações que despende de recursos públicos e necessita do sistema de saúde para validá-la e regulá-la. Nesse sentido, é possível observar o SUS para além de ações procedimentais de saúde, fazendo-se necessário transpor as críticas ao sistema de saúde para observar o quanto foi possível construir por mais de duas décadas o plano de saúde do brasileiro, desde a promulgação da LOS n. 8.080/1990 e n. 8.142/1990.

No âmbito ministerial, ocorreu um movimento que encontrou nexos com a portaria GM/MS n. 1.996/2007, quando aprovada a portaria GM/MS n. 278, de 27 de fevereiro de 2014, que instituiu diretrizes para a implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde (MS), e previu:

Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; pela identificação das necessidades sociais de saúde; pela mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho; e pelo compromisso com a ambiência e com a melhoria das condições de trabalho e de atendimento. (BRASIL, GM/MS n. 278, de 27 de fevereiro de 2014).

A Política de Educação na Saúde encontrou aplicabilidade no âmbito do trabalho, nos cenários dos profissionais de saúde, os enfermeiros, entretanto, ela percorreu o caminho inverso para ser implementada nas ações do Ministério da Saúde, uma vez que, no âmbito da gestão central ou local, esse processo democratizador da política educacional na saúde, quando reconhecido pelos segmentos que compõem o quadrilátero, tem a capacidade de influenciar as discussões que

fortalecem ações na micropolítica (plano do desejo ou imaginário psicossocial) dos territórios.

Assim, a retomada das concepções de saúde, como processos políticos e educativos, tem encontrado repercussões em variados lugares, inclusive, mesmo onde, em meio a tanta precariedade, conforme destacou o entrevistado Ricardo Burg Ceccim (2014): “[...] regiões ou locorregiões onde predominam zonas de floresta, de rios, de fronteira da América Latina (zonas rurais ou do campo, zonas de floresta ou de nossas matas e zonas ribeirinhas ou das águas)” existem pessoas que assumem postura protagonista, criando inventividades potentes capazes formular táticas e criar práticas para solucionar os problemas.

É nesse sentido que se atribui, a partir daqui, um olhar particularizado ao enfermeiro, aquele que atua direta e diuturnamente com os atores sociais, nas mais variadas situações, tendo que enfrentar e desenvolver respostas imediatas ao público. Essas experiências no/em trabalho, muitas vezes, são negligenciadas, não ganhando o status de ineditismo. Portanto, é no trabalho desse profissional que podemos reconhecer as repercussões político-educativas atreladas ao processo continuado da Educação Permanente na Saúde.

2.2 A Enfermagem: Educação na Saúde no estado de Mato Grosso

De forma a entender elementos significativos da formação do Enfermeiro em Mato Grosso e o processo de fortalecimento das atividades de enfermagem nesse território, busca-se, nesta parte, destacar o papel político-educativo imbricado com as políticas de saúde, no âmbito federal e estadual, evidenciando os movimentos e reflexos que permearam a atuação e foram determinantes para a atribuição de ou-

tras características que, para além da formação, mantém relação com o trabalho em saúde, seus agentes, espaços e dimensões socioeducativas.

Considera-se que, para além do papel de formação de profissionais para o trabalho, o enfermeiro mato-grossense, ou mesmo aqueles advindos de outros lugares, identificaram particularidades, no campo de trabalho, que foram sendo incorporadas aos processos educativos e de práticas. Esse aspecto determinou a incorporação de características regionalizadas na identidade desse profissional em formação e, sobretudo, influenciou na formação político-educativa do profissional em formação nas escolas mato-grossenses.

Portanto, foram considerados próximos aos aspectos historiográficos da formação em enfermagem, para entender como, a partir da escola de enfermagem e da constituição política em torno da profissão, ele contribuiu com o SUS no estado de Mato Grosso. Esse processo vai além de considerar a enfermagem como maior categoria de profissionais de saúde no âmbito brasileiro e mato-grossense, e, sobretudo, compreender como o trabalho desses profissionais tem contribuído para o fortalecimento do SUS e das relações orgânicas no processo de implementação da Política de Educação na Saúde, considerando o local de trabalho essencial ao processo continuado de educação permanente na saúde.

Nesse sentido, busca-se compreender, a partir dos encontros entre o profissional de saúde, o usuário e a comunidade, para ‘revelar’ as repercussões da EPS que estão representadas na ação intrínseca do cuidar, educar, transformar as práticas e cenários a partir das relações dialógicas e políticas, sobretudo quando são desenvolvidas durante o trabalho, por meio do desdobramento de ações capazes de modificar

as concepções ingênuas, e trazer “à luz”, o aspecto político-educativo que culmina na transformação do sujeito.

2.2.1 A historicidade da formação em enfermagem no estado de Mato Grosso: aspectos político educativos do cenário em construção

A formação de profissionais de nível superior no estado de Mato Grosso foi fomentada a partir da criação do curso de graduação em enfermagem, no período de 1975 a 1976, junto à Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), sendo esse, um dos primeiros cursos da saúde da instituição. Esse movimento garantia a formação de profissionais para atuar no contexto de Mato Grosso (UFMT/FAEN, 2014).

Essa iniciativa “se desenvolveu de forma concomitante à expansão e solidificação desta no cenário regional e à consolidação da prática de enfermagem em Mato Grosso” (UFMT/FAEN, Histórico FAEN, 2014, s/p). Os docentes do curso eram de professores (as) graduados e com especialização, uma vez que havia dificuldade de atração de profissionais com mestrado e doutorado, além da inexistência de uma política local de investimento à rápida capacitação de docentes nesses níveis (UFMT/FAEN, Histórico FAEN, 2014, não paginado).

Na década de 1980, intensificaram-se as formações *lato sensu* e *stricto sensu*. Entre os anos de 1982 e 1985, o curso de Enfermagem da UFMT assumiu duas estruturas importantes que garantiram sua identificação enquanto formação em saúde, determinante ao adequado funcionamento e gerenciamento da saúde mato-grossense. Primeiro a coordenação do curso assumiu o Centro de Saúde Escola e, logo após, o Hospital Júlio Müller. Concomitantemente a esse processo, foi necessário readequar a grade curricular do curso, de 2.540 horas, para 3.660

horas, em consonância com os parâmetros curriculares nacionais dos cursos de saúde para a formação do SUS (UFMT/FAEN, Histórico FAEN, 2014, s/p).

Ocorreu posteriormente, em 1990, a ampliação das disciplinas referentes à saúde pública (coletiva). Em seguida, nos anos 2000, foram criadas três linhas de pesquisa que atenderam a pós-graduação *lato sensu*. Isso determinou a desvinculação do curso de Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS), culminando na criação da Faculdade de Enfermagem (FAEN), em 2004. O processo de criação da FAEN também fortaleceu a criação do mestrado em enfermagem, concretizado em 2006 (UFMT/FAEN, Histórico FAEN, 2014, não paginado).

Atualmente, a UFMT descentralizou a formação em enfermagem, tendo sido pioneiro nesse processo o campus de Rondonópolis, com a primeira turma especial, o que consolidou e abriu espaço para a implantação do curso nos campi de Barra do Garças e Sinop. Essa iniciativa garantiu a interiorização da formação, bem como a melhoria no processo aprendizagem-trabalho e/ou ensino-aprendizagem, sendo que as Unidades de Saúde e Complexos Hospitalares se firmaram como instituições parceiras na construção de novos conhecimentos e fortalecimento dos espaços políticos de saúde.

Esse estreitamento das relações entre a academia e o serviço foi determinante à produção de outras respostas aos serviços, influenciando, sobretudo, no processo de formação na perspectiva de novas possibilidades no enfrentamento das dificuldades/subjetividades demandadas diuturnamente pelo Sistema de Saúde.

Atualmente, existem outras escolas formadoras, públicas e privadas, de nível superior e médio corresponsáveis no processo de mudança do cenário da Saúde estadual, visto que influenciaram e influenciam no processo de gestão, educação/trabalho e decisório, como também respondem afirmativamente à formação de profissionais para o trabalho e no trabalho.

2.3 O Enfermeiro: a atuação na educação na saúde em Mato Grosso

O município de Cuiabá possui as principais estruturas políticas e de saúde do Estado. A identificação quantitativa das estruturas relacionadas à Atenção Básica pautou-se, sobretudo, nas Unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF), constituídas enquanto espaços de prática dos sujeitos investigados.

Compreende-se a ESF como o local no qual o Enfermeiro encontrou ambiente propício à composição do quadrilátero, implementação da EPS e maior contato com a perspectiva do saber popular. Defendemos essa ideia por reconhecer que as articulações entre os sujeitos nesses espaços repercutem em processos e produtos que culminam na construção do conhecimento e fortalecimento político, somente possíveis a partir das reuniões de grupos e dos conselhos gestores, conversas informais, consultas de enfermagem, ações conjuntas entre agentes da ESF e a população.

Para caracterizar a abrangência da cobertura populacional, foram levantados dados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Também foram incorporadas informações referentes à cobertura por ESF junto à Coordenação da Atenção Básica do município de Cuiabá.

Nessa etapa de busca por informações do campo empírico, dificuldades foram encontradas, pois, mesmo com a autorização junto a Coordenadoria de Desenvolvimento e Desempenho Profissional (CDDP) do município de Cuiabá, deferida e autorizada pela portaria GAB/SMS n. 061/2009, não fui autorizado a gravar entrevista com o chefe ou funcionários da coordenadoria da Atenção Básica. O impedimento, segundo a instituição, trata-se da chefia geral que ocupa o cargo por nomeação direta e não é funcionário de carreira, portanto não ter a intenção de participar da pesquisa para preservar-se de quaisquer esclarecimentos futuros.

Quando coletados os dados na base do sistema nacional, houve dúvida se a taxa cobertura estava condizente com a situação atual dos números do município. Nesse sentido, inúmeros esforços foram implementados visando contato com a Coordenadoria de Atenção Básica, sendo possivelmente o contato com apenas alguns funcionários do setor responsável pelo acompanhamento da Atenção Básica que revelaram serem esses os percentuais de cobertura por ESF no município, portanto, o percentual da baixa cobertura do quadro abaixo, das famílias cuiabanas por UBS e números das Unidades, condizem com a fonte do Ministério da Saúde/ Dados da Atenção Básica (DAB) e do SIAB.

Quadro 1 - Equipes de Estratégia Saúde da Família de acordo com o teto, credenciamento, implantação, estimativa de cobertura e proporção da cobertura populacional 2004 – 2010

Ano	Mês	População	Equipe de Saúde da Família	Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Cadastradas no Sistema	Implantadas	Estimativa da População coberta	Proporção de cobertura populacional estimada
			Teto					
2004	01	500.288	208	37	19	19	65.550	13,10
2004	12	509.831	212	37	25	25	86.250	16,92
2005	01	509.831	212	37	25	25	86.250	16,92
2005	12	509.831	212	39	29	29	100.050	19,62
2006	01	509.831	212	39	28	28	96.600	18,95
2006	12	536.000	223	39	31	31	106.950	19,95
2007	01	536.000	223	39	31	31	106.950	19,95
2007	12	545.061	227	39	31	31	106.950	19,62
2008	01	545.061	227	39	31	31	106.950	19,62
2008	12	545.061	227	39	31	31	106.950	19,62
2009	01	544.737	227	39	31	31	106.950	19,63
2009	12	544.737	227	71	56	54	186.300	34,20
2010	01	544.737	227	71	53	50	172.500	31,67
2010	12	550.562	229	71	63	63	217.350	39,48

Fonte: BRASIL, MS/SAS/Departamento de Atenção Básica - DAB. 2004-2010.

Os dados do Quadro 1 indicam a cobertura populacional das ESF em 2004, que era de 16,92 %, e, em 2010, de 39,48. Os dados também demonstram que, entre 2004 e 2014, houve aumento quanto à cobertura da população, pois, se observarmos a estimativa de população coberta em 2004, que era de 65.560, se verificou um salto em 2010, para 217.350. Outro indicativo está relacionado ao salto quantitativo destacado entre 2008 a 2009. Nesse sentido, deduz-se que isso está relacionado 1 fator: Aumento da implantação de ESF, dado evidenciado pelo número de Unidades de Saúde implantadas, que, em 2004, era 19, e, em 2010, saltou para 63.

Esse aumento de 331,57% é reflexo tanto do investimento público na implantação das Unidades de Saúde nos bairros, como de um maior

incentivo financeiro, mas, sobretudo, do fortalecimento das diretrizes do Sistema, quando preconizava a Promoção e Proteção da saúde dos brasileiros, o que foi conseguido graças à estreita relação entre os usuários e profissionais de saúde.

Por outro lado, a quantidade, em 2010, mesmo dobrada, não conseguiu cumprir os princípios fundamentais do SUS, quais sejam, a Universalidade, Equidade e a Integralidade. Para atingir essa meta maior, seria necessária a cobertura de 100% da população. Entende-se que as mudanças nas relações dos profissionais de saúde com os usuários, as alterações de governança quanto ao sistema, e as mudanças na relação saúde/doença têm sido modificada, demonstrando que, mesmo a passos lentos, a iniciativa da saúde coletiva, do incentivo na atenção básica e da formação de profissionais para atuar na saúde pública, tem surtido resultados. É nesse sentido de transformação pelo trabalho e pelo ensino-serviço que Ceccim e Caballero (2013, p. 6) consideram que:

A integração Ensino-Serviço em Saúde como interrogação às políticas nacionais de educação e de saúde culminou em uma importante mudança de posição: da expectativa de políticas federais de financiamento ou incremento de pessoal ou, então, de premiação ou ranqueamento qualitativo ou normativo, para práticas locais de interação ensino-serviço, ousadia nas invenções de colaboração Educação-Saúde e relevante integração Universidade-Sociedade, experimentando, desenvolvendo e avaliando instrumentos, métodos e técnicas de “pesquisa-formação”.

Fortalecer, portanto, a implantação de ESF não significa apenas o aumento de unidades de saúde e número de pessoas atendidas, significa, sobretudo, que o profissional de saúde esteja inserido numa realidade em que as ações de educação na saúde, as ações dialógicas e as relações afeti-

vas culminem em amorosidade, que instaurarão processos de pensar no outro, na realidade do outro, uma vez que toma-se como ponto de partida a concepção de mundo na qual a saúde, sendo uma necessidade humana fundamental, estará ampliando olhares quando às condições de vida e transformações de realidades. Esse processo está intrinsecamente relacionado à situação de pobreza, ao lado da negligência do Estado quanto a oferta de serviços públicos que atendam aos direitos do cidadão, previstos na Constituição Federal.

Comparando os dados do SIAB, a partir do que preconiza a política de Atenção Básica, no objetivo de atingir a cobertura populacional de 100%, o quantitativo acompanhado se encontra aquém e distante. Conforme analisado, a baixa cobertura das famílias cuiabanas pelas ESF associa-se à ideia apresentada no estudo de Mattos (2002, p. 85):

De um lado a confiança na superioridade universal do PSF frente a outras modalidades de organização de atenção básica, que se associa a uma imagem-objetivo de um nível de cobertura de 100% do PSF e que desemboca em incentivos proporcionais à cobertura. De outro, uma aposta na superioridade da avaliação local para estabelecer os ideais (também locais) de cobertura do PSF, no contexto de seus objetivos e de (re)organização da rede básica e do sistema como um todo.

Essa desproporção entre o contingente populacional e a baixa do acompanhamento interfere diretamente na possibilidade de atuação, junto à comunidade, dos profissionais de saúde na ESF. Influencia o enfermeiro no que concerne a conquista de espaço, possibilidade em intervir frente à recuperação, promoção e proteção à saúde da população, à orientação ao usuário na sua referência de saúde ser a ESF, mas, sobretudo, estabelecer

vínculos com a comunidade para a reorganização do sistema local de saúde, fortalecendo o propósito da educação popular e educação permanente.

A insuficiência dessas estruturas, conseqüentemente, deixa de disponibilizar, aos usuários, equipes multiprofissionais nas quais a população possa buscar respostas e trocar informações para desvelar as fragilidades do conhecimento e a concepção de cuidado no seu espaço (domicílio/bairro) com familiares, afirmando o conhecimento e o exercício dos seus direitos sociais e políticos, só alcançados quando estimulados a discutir sobre suas condições pregressas e atuais.

Esses espaços têm papel fundamental na reordenação do SUS e na implementação da política de saúde, sobretudo por se configurar enquanto territórios em que a população tem acesso direto, ou mesmo mais possibilidades de dialogar e trabalhar em conjunto com os profissionais de saúde. O movimento político sanitário, que garantiu esses direitos, tende ao enfraquecimento, pois o Sistema deixou de estimular a reversão do modelo curativista para o promocional/preventivista, ou ir além, no sentido de perpetuar a concepção de transversalidade entre as ações e concepções de saúde presentes na micropolítica de territórios constituídos de sujeitos sociais atuantes.

Os profissionais da saúde e os docentes Leocarlos Cartaxo Moreira e Joceli Fernandes Alencastro Bettini de Albuquerque Lins, ambos vinculados à Faculdade de Enfermagem da UFMT, na reunião 002 da CIES Estadual, em 2009, destacaram dificuldade no estabelecimento de parcerias com os gestores de Cuiabá, bem como de pensar em processos de cogestão, o que ocorreu no momento da formulação e pactuação da proposta referente à Residência Multiprofissional de Saúde do Adulto e do Idoso em condição de hospitalização clínica.

A professora da FAEN, conforme consta no documento da reunião ordinária 002 de 2010 da CIES Estadual, considerou “o taylorismo que ocorre nos municípios e no estado e a necessidade da própria CIES/MT começar a trabalhar a sensibilização destes gestores para a superação do tão conhecido conflito entre a prática e teoria, o confronto com tudo aquilo que é novo” (REUNIÃO ORDINÁRIA 002 DA CIES ESTADUAL, 2010, p. 2).

Com relação à dificuldade encontrada na articulação e discussão da práxis, sobre a teoria aliada à prática, e sobre novas formas inventivas de fazer saúde, é possível pensar na contribuição que a Educação Permanente em Saúde pode trazer aos profissionais da área. Sobre este assunto, Ceccim (2014) afirma:

[...] o grande produto é a clareza quanto aos nossos territórios de prática serem abertos, inventivos, permanentemente construídos. Desafiadoramente construídos, ousadamente recriados. Não adianta perguntar como é que outros países fazem e como é que em outra cidade se fez. Temos de ser capazes de uma escuta ética - aqui e agora - e topar o “desenhar”. Acho que seria isso assim, acho que educação permanente em saúde é, então, dizer isso pelo menos, que o território é vivo e em ato, pura construção, rede de relações no cotidiano local e nas intercomunicações que estabelecemos com todos em quaisquer lugares. Há necessidade de uma ética de corresponsabilidade entre todos, necessariamente colaborativa, necessariamente cooperativa, necessariamente de reconhecimento de cada minúcia (aquilo que se percebeu, se compreendeu, se descobriu), a minúcia positiva não a minúcia da queixa, do dano, do defeito, aquela minúcia de: espera aí, tem uma potência isso aqui. A noção de rede, a noção de linha de costura atravessando os serviços. Acho que quando se está em municípios

pequenos isso é tão evidente, mas a gente vê tudo muito fragmentado pela imposição de normas gerenciais formais, não vivas. **Eu fico dizendo que, quem tem mais para nos ensinar é o pequeno município, é a região de floresta, é a região dos rios, as regiões rurais, que são as coisas mais incomuns para nós. Esses lugares, se eles acharam saída, essas saídas tinham que ser escutadas por quem está em lugar tão fácil de gerir e tão fragmentado e tão recortado, tão segmentado.** Tem que sumir essa segmentação, essa fragmentação, essa “recortação” de todas as coisas. (CECCIM, 29 mar. 2014, grifo nosso).

Essa retirada do profissional de saúde dos espaços públicos para atuação/trabalho, evidenciou desdobramentos para além da compreensão e do conhecimento da portaria, mas, sobretudo, foi reveladora da incapacidade da gestão da saúde pública, no que respeita à absorção dos profissionais enfermeiros, inviabilizando “o encontro” para o diálogo e a formação permanente entre a equipe de saúde e a população. Essa desproporcionalidade manteve-se por vários anos durante o pré-SUS, e vem se perpetuando, no pós-SUS, dada a dificuldade de implantação de espaços físicos e de afirmação junto à população para viabilização e compreensão de que a cultura popular é fundamental no fortalecimento da EPS.

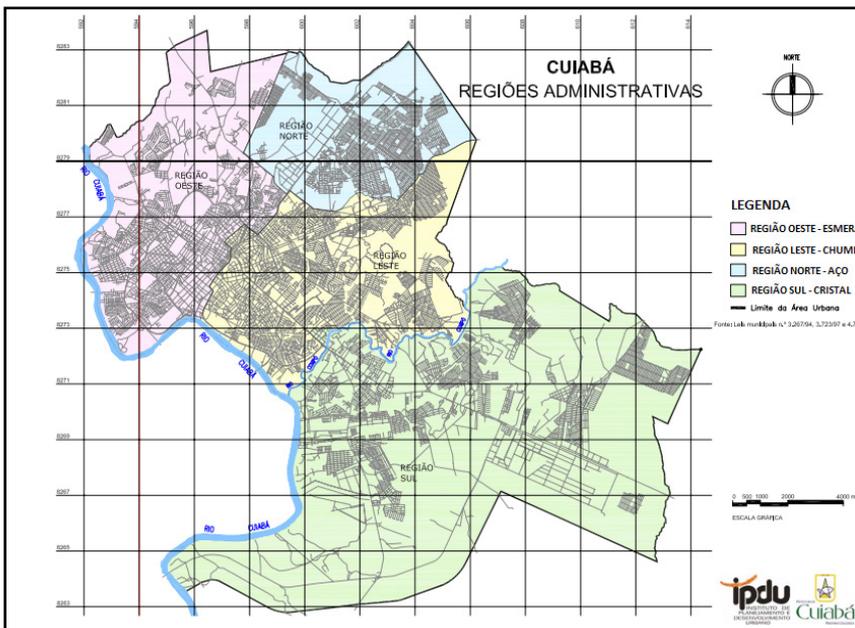
2.4 Os locais de atuação dos enfermeiros em Cuiabá: caracterização da divisão geográfica

Conforme organização geográfica municipal estabelecida pela Lei 3.262, de 11 de janeiro de 1994, aprovada durante o governo do prefeito Dante de Oliveira, existiam quatro regiões administrativas no

município de Cuiabá, sendo: I – Administração Regional Norte; II – Administração Regional Centro-Oeste; III – Administração Regional Centro-Leste; IV – Administração Regional Sul-Leste.

Posteriormente ao governo Dante de Oliveira houve um novo processo de organização territorial-administrativa das regiões do município de Cuiabá, impactando na estruturação e gestão por esferas administrativas regionais durante mandato do prefeito Roberto França Auad, foi aprovada a Lei 3.723, de 23 de dezembro de 1997, que redefiniu as regiões administrativas e suas administrações regionais em regiões Norte, Sul, Leste e Oeste, conforme demonstrado no mapa abaixo:

Figura 1 - Mapa geográfico da divisão administrativa



Fonte: Prefeitura de Cuiabá. Instituto de planejamento e desenvolvimento urbano (IPDU). Organização geopolítica de Cuiabá (2007). Adaptado pelo autor com os nomes adotados dos sujeitos-enfermeiros.

Os sujeitos desse estudo (enfermeiros) estão alocados nessas macrozonas³ urbanas (Regiões Administrativas), em Unidades Básicas de Saúde, especificamente de Estratégia em Saúde da Família. Essas Unidades se caracterizam como espaço imprescindível ao que propõe a reorganização e regionalização em saúde, como também no processo de fortalecimento da microeconomia local nos bairros aos quais pertencem.

Esses locais se configuram como “pontos de encontro” entre profissionais e população (controle social), configurando-se como potentes e capazes de remodelar processos de caráter político e educativo, à medida que compartilham as decisões que influenciam no trabalho em saúde e no processo de saúde local.

2.5 A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e sua implementação pelos enfermeiros no município em Mato Grosso

Cuiabá se caracteriza como município de referência, devido à condição de capital do estado de Mato Grosso. O município detém as principais estruturas do governo federal e estadual responsáveis pelas deliberações e execuções referentes à saúde pública. No âmbito municipal, quando pactuou a “gestão plena”, assumiu ser capaz e gerir os recursos da saúde, e, com isso, garantir o acesso e atendimento de saúde em todos os níveis de complexidade.

3 Macrozonas: Os territórios do município de Cuiabá eram divididos em regiões menores, microzonas/microrregiões, o que acarretava em dificuldades administrativas, atualmente, em 2007, foi subdividido em 4 macrozonas (op cit.) que são administradas regionalmente, porém com poder centralizado e vinculado a prefeitura municipal.

Em todos os estados da federação, conforme Decreto Presidencial n. 7.508/2011,⁴ art. 8º, da Hierarquização do Sistema de Saúde nos municípios brasileiros, há obrigatoriedade garantir o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde, que se inicia pelas “Portas de Entrada” do SUS, e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço. Conforme prevê o artigo 9º, são “Portas de Entrada, às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde, os serviços: I - de atenção primária; II - de atenção de urgência e emergência; III - de atenção psicossocial e IV - especiais de acesso aberto (BRASIL, Decreto Presidencial n. 7.508/2011).

Nesse sentido, outra deliberação da mesma legislação, em sua seção II – Parágrafo Único, instituiu a liberdade de criação de outras Portas de Entrada, definidas: “Mediante justificativa técnica e de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores, os entes federativos podem criar novas Portas de Entrada às ações e serviços de saúde, considerando as especificidades e necessidades da Região de Saúde” (BRASIL, Decreto Presidencial n. 7.508/2011, p. 3).

Essas decisões, conforme legislação do SUS possibilitaram regionalizar e reorganizar o sistema regional/local, sendo assim, cada município, região e estado, de acordo com suas peculiaridades dos serviços (estrutura e especialidades), enfrentou discrepâncias, criando o Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS). Essas decisões legais foram pautadas conforme análise realizada por Botti et al. (2013, p. 492):

4 Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

O Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS) foi uma alternativa proposta pela Norma Operacional Básica NOB 01/96, considerando o contexto da regionalização da rede de serviços. O CIS é importante estratégia para articulação e mobilização dos municípios, com coordenação estadual, de acordo com características geográficas, epidemiológicas, oferta de serviços e, principalmente, a vontade política expressa pelos gestores dos diversos municípios, considerando a especificidade do pacto federativo brasileiro.

Dessa forma, o SUS em Mato Grosso se reorganizou e se regionalizou atendendo as diretrizes da Norma Operacional Básica (NOB). Foi uma alternativa que se configurou como viável para os enfrentamentos das desproporções estruturais e dos recursos humanos que as regionais de saúde e os municípios vivenciavam. Atualmente, as regionais conseguem pactuar serviços que, anteriormente, eram usufruídos somente se os usuários fossem encaminhados para a capital do estado, o que acarretava em fluxo extenso de usuários acessando aos serviços, demandando capacidade máxima das estruturas de saúde.

A partir do novo pacto estabelecido entre os municípios das regionais, passaram a ser encaminhados para Cuiabá apenas os pacientes regulados, já avaliados em suas localidades, caso constatado que naquela regional de saúde o Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS) não dispunha de capacidade ou tecnologia em saúde suficiente para o tratamento. Nos CIS existem enfermeiros responsáveis por encaminhar processos e realizar os procedimentos burocráticos que demandam análise do profissional de saúde. Esses profissionais qualificados poderiam, juntamente com as instâncias colegiadas, propor discussão sobre o fortalecimento da reorganização e regionalização, como tam-

bém pensar em melhorias na pós- formação, uma vez que conseguem perceber as carências e deficiências no trabalho em saúde.

Essa organização de caráter intermunicipal possibilitou aos municípios passarem a se organizar, de forma a garantir acessibilidade às especialidades, partilhando sua capacidade técnica no que se refere à saúde. Tal capacidade não deve se cindir a identificar nuances do conhecimento tecnologicamente específico, transforma-se em capacidade para interagir com as comissões, os colegiados, as variadas gestões, a educação na saúde e todas as possibilidades de extrapolar o cunho especificamente avaliativo e regulatório que dispõem os Consórcios de Saúde. Sendo assim, eles podem servir de apoio aos demais “entes” governamentais e sociais que buscam por melhorias aplicáveis no âmbito da assistência, do trabalho, da educação na saúde, da regionalização e da gestão do sistema na saúde.

CAPÍTULO 3

O campo prático do enfermeiro em Mato Grosso: (re)configuração da identidade

Durante a investigação foram entrevistados quatro enfermeiros das Unidades de Estratégia Saúde da Família no município de Cuiabá. Os profissionais participantes estão alocados nas quatro macrorregiões: Norte, Sul, Leste e Oeste, sendo, respectivamente, identificados como Chumbo, Esmeralda, Cristal e Aço. Eles foram selecionados por indicação aleatória de sua livre escolha, ou seja, o primeiro indicou o próximo até completar um de cada região.

Outro entrevistado, o quinto sujeito, também enfermeiro, não se encontra atuante no campo prático, se enquadrando no campo legislativo, deliberativo, disciplinar e fiscalizatório do exercício profissional da enfermagem mato-grossense. Suas considerações foram substanciais para compreender aspectos legais e educacionais que interferiram nas práticas e na educação dos enfermeiros em Mato Grosso. Assim, por essa particularidade não compôs as análises, como o foram os sujeitos⁵ Chumbo, Esmeralda, Cristal e Aço.

Apesar de tratar a discussão especificamente do enfermeiro e suas práticas, outros dois sujeitos, não enfermeiros, porém servidores do MS/SGTES (Servidor 1 e 2), foram incorporados a partir desse capítulo. Aqui, não analisaremos suas falas quanto às práticas, mas bus-

5 Sobre a identificação por nomes fictícios, coube ao primeiro enfermeiro da ESF se identificar com qualquer substância encontrada na natureza. A partir da escolha do primeiro, seriam direcionadas as demais. Nesse sentido, profissional que iniciou a rodada das entrevistas atribuiu a sua identidade como Esmeralda, portanto, os demais, foram convidados a escolher um metal ou mineral para serem identificados, e, assim, escolheram Cristal, Chumbo e Aço.

cou-se levantar dados sobre a Política de Saúde no âmbito ministerial. A partir de suas percepções, o Ministério da Saúde tem influenciado as atividades dos profissionais saúde, sobretudo dos enfermeiros mato-grossenses, no campo prático e político-educacional.

O quadro a seguir apresenta a descrição de cada um dos entrevistados, a fim de facilitar a compreensão sobre peculiaridade de cada sujeito que colaborou com o presente estudo.

Quadro 2 - Descrição dos entrevistados

Entrevistados	Descrição da atuação profissional dos sujeitos que colaboraram no estudo.
<ul style="list-style-type: none"> • Chumbo, Aço, Esmeralda e Cristal 	<p>Essas identificações referem-se aos sujeitos de estudo que adotaram nomes de elementos minerais e metais para preservar sua identidade. Todos são enfermeiros que estão nas Unidades de Estratégia Saúde da Família distribuídas nas quatro macrozonas administrativas de Cuiabá (norte, sul, leste e oeste) e desenvolvem atividades práticas e educativas.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Ferro 	<p>O entrevistado Ferro é enfermeiro, mas tem características laborais diferenciadas dos demais. Exerceu atividade prática no início da carreira, porém, na maior parte da vida laboral atuou como educador em enfermagem, e, atualmente, tem posição política ligada ao Conselho Federal de Enfermagem, para assuntos da representação da categoria profissional no estado de Mato Grosso.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Ricardo Burg Ceccim 	<p>O entrevistado Ricardo Burg Ceccim é professor da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Sua história profissional está ligada à idealização e implementação na Política de Educação Permanente em Saúde no âmbito nacional, regulamentada e fomentada pelo Ministério da Saúde.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Servidores do Ministério da Saúde 1 e 2 	<p>Os servidores do Ministério da Saúde estão vinculados à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), na Unidade Produtiva da Educação Permanente. O servidor 1 participou, em 2003, da memória viva do processo histórico da PNEPS; o segundo, representou o Ministério da Saúde nos movimentos mato-grossenses durante a realização do Seminários de Integração Ensino Serviço e Comunidade (SIESC).</p>

Fonte: Acervo de entrevistas realizadas pelo autor em 2014.

A escolha dos elementos minerais e metálicos foi adotada para que significasse com o indivíduo em consonância com o dia a dia do ambiente de trabalho. Os entrevistados se mostraram satisfeitos em se identificar com os elementos da natureza: minerais e metálicos. A descrição de suas características pessoais através das características desses elementos foi dotada de perceptível positividade, como também de fatores do cotidiano que influenciam seus trabalhos.

Nas falas, os entrevistados denotaram expressões de autoafirmação das suas características pessoais a partir dos minerais e metais, porém, esses adjetivos que eles atribuíram a si, representam, sobretudo, as facetas pessoais e profissionais desenvolvidas no campo prático, para responder aos problemas e dificuldades que eles encontraram e

ainda encontram. Além da demonstração de satisfação em vencer os embates diários na saúde, eles revelaram força e altruísmo em inventar para si e para o trabalho representações que os caracterizavam como sujeitos e trabalhadores militantes pela causa da saúde pública, pela mudança e melhoria da área.

As expressões sobre si e sobre o trabalho a partir das características que identificaram nas pedras e minerais foram às seguintes:

Aço, da região norte, ESF I, considerou “*Acho que tem que ser uma bem rústica [...]; E tem muito trabalhador que gosta do que faz, que investe, que luta, e, não sou só eu que luto dessa forma que a gente luta aqui [...], eu acho que a aqui a gente tem que ter nervos de aço, mesmo, para aguentar o rojão*” (AÇO, 23 mai. 2014).

Cristal, da região sul, ESF II, revelaram “*me aproximo do cristal porque o cristal é transparente, e a gente consegue transparecer e ele traz luminosidade, ele traz alegria, ele traz clareza, [...] e a gente conseguiu trazer uma luz para essas pessoas, trazer uma clareza para as pessoas [...]*” (CRISTAL, 22 mai. 2014).

Chumbo, da região Leste, ESF III, afirmou “[...] *me vem muito o chumbo; ao mesmo tempo em que ele é duro, ele é maleável, sob pressão ou sob aquecimento ele muda sua forma. A minha forma varia conforme o local que eu estou, conforme a temperatura que eu represento, é isso! a pressão que exercem sobre mim*” (CHUMBO. Entrevista. Cuiabá, 11 jun. 2014).

Esmeralda, da região oeste, ESF IV, expressou: “*Força, brilho, sabe! De fazer a diferença, de chegar e mudar alguma coisa*” (ESMERALDA, 22 mai. 2014).

Foi possível observar nas falas introdutórias dos sujeitos do estudo (enfermeiros) as questões que foram importantes: o tempo, o cansaço, os desafios, e, sobretudo, a resistência, fortemente exigida, tantos dos metais quanto em suas vidas profissionais. Os depoimentos de Aço e Chumbo foram marcados pela dureza com que se referiram às questões do trabalho, da exaustão, assim como pela dedicação a ele e a disposição para enfrentar desafios do dia-a-dia. As entrevistadas Cristal e Esmeralda atribuíram às pedras escolhidas suas características pessoais, identificando-as com a situação de trabalho, sob uma perspectiva pessoal, que, também expressou dificuldade circunscrita ao trabalho, porém, as explicitaram com mais tranquilidade que os depoentes anteriores.

Os depoimentos permitiram observar marcada diferenciação entre o que pode ser entendido como “dois padrões de comportamento distintos”, que diferenciam Aço e Chumbo, e Cristal e Esmeralda. Apesar das positivities expressas, levantamos duas hipóteses: O fato de ESF ser conjugada gera estresse e desacordos entre as equipes e os usuários? Seria esse um fator contribuinte para os profissionais demonstrarem maior rigidez ao descrever e caracterizar o seu trabalho?

Aço e Chumbo demonstram forte comprometimento com o ambiente de trabalho, visto que o exercício de suas funções se dá em locais muito movimentados, que funcionam de forma conjugada, ou seja, duas ESF em um mesmo prédio e atendendo a dois bairros distintos. Cristal e Esmeralda, por sua vez, o fizeram de forma amena, ou menos contundente, fato que pode ser relacionado ao desenvolvimento de atividades em Unidades de Saúde que funcionam em prédios que hospedam apenas uma equipe, atendendo apenas um bairro.

Percebeu-se que os enfermeiros que trabalham na Estratégia Saúde da Família exprimem em suas falas: cansaço, exaustão, luta, perseverança, compromisso e resiliência. Mostraram-se aguerridos para continuar suas atividades, e, sempre ao referenciar à mudança dos aspectos do bairro e à concepção dos usuários quanto ao seu estado de saúde, percebeu-se satisfação e bem-estar a partir dessas lembranças. O mesmo pode ser encontrado na entrevista, realizada em 7 de agosto de 2014, com Ferro, sujeito com expressão representativa na enfermagem mato-grossense. Ele associou sua identidade pessoal/profissional a esse metal, considerando vários aspectos das suas atividades que se assemelharam aos sujeitos acima:

Eu me identificaria com o metal ferro, assim, pela minha trajetória na enfermagem, por ter suportado muitos desafios, entendeu! Porque assim, o ferro, ele não tem um brilho. [...] Eu me identifico como ferro assim! A rudez da enfermagem, a enfermagem é muito desafiadora [...]; [...] não tive esse brilho todo, mas eu tive toda a rudez e persistência do ferro para aguentar, eu demorei muito para fazer uma carreira acadêmica. Por isso que eu me identifico, porque eu acho que o ferro é um metal que eu me identifico com ele, porque não tem um brilho muito grande, mas esta ali, firme e forte. (FERRO, 27 jul. 2014).

É possível perceber, então, que dentro da profissão há um ponto de tensão, seja no campo da assistência, das relações entre os sujeitos e o trabalho, ou no campo da educação, mesmo assim, quando se considera uma ação de grande magnitude, como uma política de educação na saúde, é necessário ligar sua ideia central à necessidade e exequibilidade, de forma que ela se torne capaz de transformar práticas,

concepções, conceitos, realidades, mentalidades e a consciência não só do profissional, mas também a da comunidade.

Compreende-se que, a partir da concepção da Educação Popular e Educação permanente na Saúde, empregada neste trabalho, as ideias que sustentam a política de saúde e da educação na saúde precisariam ser dotadas da capacidade de permear as ideias dos sujeitos, e, sobretudo, incomodar os indivíduos, ao ponto de movimentarem-se para ir ao encontro de si mesmos e com o coletivo que ela se propõe inserir. Essa reviravolta causada nos espaços e sujeitos poderá alcançar a potência necessária de repercutir na passagem da consciência ingênua à crítica, da apatia social ao envolvimento sociopolítico.

Um fator relevante e elucidativo ocorreu durante a realização das entrevistas. Todas elas foram interrompidas algumas vezes, justamente para que os profissionais respondessem às consultas feitas pela equipe. Isso demonstra a importância desses profissionais no âmbito do trabalho, visto serem sujeitos de referência para a equipe. Tais fatores contribuem e ao mesmo tempo dificultam as relações e repercussões dialógicas. Um ponto conflitante foi destacado pelo entrevistado Ferro, ao considerar os conflitos travados entre categorias profissionais da enfermagem, dificultando aos sujeitos encontrar um ponto comum de colaboração. Nesse sentido, Ferro relatou:

A Universidade não trabalha essa questão da legislação profissional com os alunos, os alunos tem muita dificuldade. Trabalha assim, pontualmente. A gente observa Fagner, que muitos profissionais que [...] já em nível de especialização, têm dificuldade de conhecer a legislação da enfermagem, e eu não culpo eles, porque eu também só tive o básico. Enfermeiros que querem assumir a posição de médico, fazer prescrição médica, e assinar e aí vem

denúncia aqui, cara, é complicado. Muitos colegas nossos ainda, não sabem até aonde vai o papel do enfermeiro e onde começa o papel do médico, às vezes ele quer assumir a posição do médico e aí é a hora que cria o problema, porque ele é denunciado pela própria população, ele é denunciado pelo técnico, o médico também denuncia. A própria categoria denuncia, o técnico em enfermagem ele está muito mais do lado do médico do que do enfermeiro, se ele pega uma receita errada do médico, ele vai lá no médico e ... “doutor, conserta aqui que o senhor”, se ele pega um erro do enfermeiro ele manda para o COREN. (FERRO; 27 jul. 2014).

A condição de instabilidade no local de trabalho gera incerteza, desencadeando situações que ultrapassam a necessidade dos “atos medicalizados” ou “atos educativos”, ou seja, a falta de condições de sobrevivência, dada a infraestrutura local precária e as relações estabelecidas entre as pessoas, dificultam o sujeito estabelecer relações com os outros e, sobretudo, articular outras pessoas para que se “aglutinem” à proposta. Isso ficou evidente na fala do sujeito Ferro, quando fez outras observações sobre o “descompasso” existente nas condições de trabalho de alguns enfermeiros: *“Acabei de receber agora três profissionais de enfermagem vindo colocar para o COREN que elas são extorquidas na questão da carga horária de trabalho, e eles não têm pra quem recorrer, e muitas vezes as pessoas que se submetem a esses trabalhos são enfermeiros”* (FERRO, 27 jul. 2014).

Estamos nos referindo a uma Política de Educação na Saúde que pretende aproximar os sujeitos e promover o despertar para ações políticas e práticas que influenciem os coletivos. Podemos compreender que, para além da política, é necessário humanizar o serviço, é compreender, também, que a Política de Educação Permanente na Saúde tem potencialidade de enfrentar e amenizar essas situações de trabalho que culminam na sua precarização.

As tensões, muitas vezes, estão relacionadas às condições de trabalho, resultantes, das contratações de profissionais sem legalidade ou seguridade empregatícia, Unidades de Saúde precárias, hostilidade nas relações dos membros da equipe de saúde e usuários e disputa entre profissionais da mesma categoria profissional ou categorias diferentes. Como resultado desses episódios de dissensos nas relações do trabalho, inviabilizam-se quaisquer momentos e/ou atividades que contribuam para uma construção dialógica e de amorosidade.

Os campos de tensão tendem a esvaziar a crença na mudança, dificultando a motivação e a movimentação dos sujeitos. Eles minam as forças, justamente por desconsiderar a possibilidade de construção coletiva. Essas situações inviabilizam a lógica do encontro responsáveis pelo estreitamento das relações entre os profissionais da saúde, sejam os enfermeiros, a população e os colegiados. Não relegamos a segundo plano a importância dos embates, ao contrário, consideramos que eles são necessários para contrapor situações implícitas no campo prático, sobretudo, as diretamente relacionadas com a política social que envolve saúde e educação.

Sobre os processos de formação, outras peculiaridades institucionais ocorrem dentro das escolas formadoras. O aspecto da incapacidade de fiscalização pelos conselhos estaduais de educação, ou mesmo pelo Ministério da Educação ou Saúde, repercute no descumprimento das normativas sobre ações pedagógicas e docentes. O entrevistado considerou:

O que é que está acontecendo então cursinhos de pequena duração com o objetivo muito mercantilista de preparar pessoas sem nenhum preparo prévio na área da saúde para cuidar do idoso. [...] Do ponto de vista de cuidar não é mesmo, entendeu! Mas o cuidar científico, dentro das normas, isso

é um papel do profissional de enfermagem. Cuidar é instintivo, a mãe cuida do bebê. Agora, cuidar cientificamente, isso tem trazido uma preocupação no âmbito do Conselho Federal. Mas eu vejo que essa condição não vai ser barrada ela tem que ser aperfeiçoada (FERRO, 27 jul. 2014).

Essa transformação de postura, muitas vezes, é desconsiderada até pelos profissionais que atuam no campo do ensino na saúde, pois imprimem na formação processos que resultam em ações técnico-científicas. Desconsideram o campo da cultura local para a construção do profissional politizado, essa dicotomia é reflexo do que afirmou o entrevistado Ferro “*me frustra muito são os discursos desconectados com a prática, prática no sentido de ação, não prática de enfermagem*” (FERRO, 27 jul. 2014).

Compreendemos que é a partir das situações incômodas que ocorre mudança de postura e consciência ingênua, ocasião em que passa a existir o despertar para se compreender as diferenças. Nessa dinâmica, os determinantes sociopolíticos assumem papel de destaque na vida do sujeito e no movimento que ele motiva em si e nos outros. Existe um distanciamento entre a lei e a realidade, e é nesse sentido que as reflexões sobre situações contraditórias são necessárias, envolvendo o trabalhador de saúde e o controle social (usuário). É fomentar para despertar de posicionamentos em torno da questão: saúde pública, envolvendo os agentes da sociedade, gestão, trabalho e ensino em saúde. Todos alinhados para alçar perspectivas de consolidação político-social das políticas públicas em saúde.

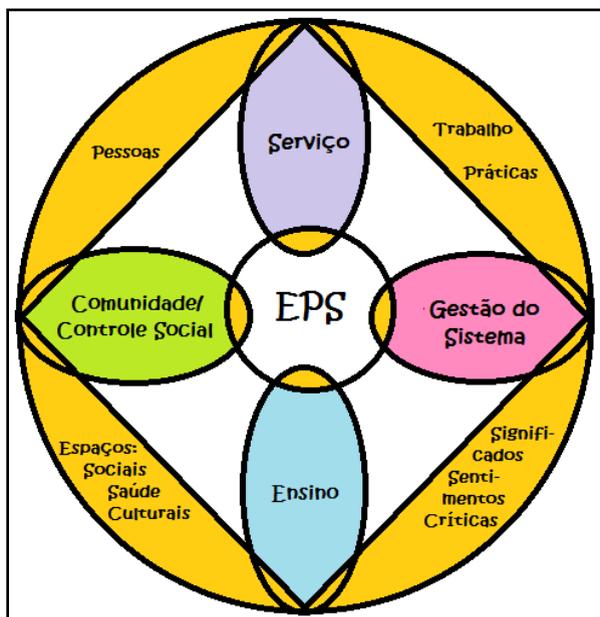
Para ocorrerem mudanças dos paradigmas do/no trabalho e da/na educação na saúde, será essencial a prospecção de ações que repercutam na retomada do exercício do poder popular e da cultura do povo, ambas como afirmação da construção de políticas de saúde e educacionais que se aproximem das reais necessidades dos sujeitos e

seus territórios. É uma projeção que objetiva a transformação política educativa que direcione e conceba autonomia dos serviços, usuários, ensino e gestão do sistema para alcançar o status de produtores de práticas e conhecimento significativo.

Durante o diálogo com os entrevistados, percebeu-se o compromisso de cada um com o trabalho, no intuito de intervir na “rotina” das variadas atividades que permeiam a enfermagem e, nesse sentido, expressar que ações se dirigem para além da condição de coordenação, mas vinculam-se, sobretudo, à responsabilidade e necessidade do enfermeiro afirmar sua presença, perpassando e marcando sua importância no processo que transita entre o cuidado, a gestão e a educação na saúde, inclusive no que tangencia a responsabilidade social das suas práticas e da profissão.

Reconhecemos, portanto, as repercussões do cuidado que constrói e educa a partir da orientação, ocasionando mudança de práticas de saúde, em ações que expressem a educação enquanto prática que valoriza os encontros entre a comunidade, profissionais e gestor. Essa noção de ‘ponto de partida ao encontro do outro e do conhecimento’ estabelece aberturas que a educação promove entre os sujeitos.

Figura 2 - Mandala da representação da Educação Permanente em Saúde – Quadrilátero da Saúde



Nota: Construção do autor. Acervo Pessoal.

O processo inerente à ação do ensino para a transformação é uma estratégia potente à construção de um caminho para enfrentamentos fortalecidos, capaz de formular propostas inovadoras que atendam o SUS e a cogestão do Sistema. É, portanto, através das relações entre as pessoas que a Educação Permanente na Saúde encontra possibilidade de existir enquanto vertente pedagógica capaz de estimular a formulação de propostas inovadoras.

Para incorporar mais sentido à discussão, foi possível criar uma Mandala, com o intuito de representação gráfica da Educação Permanente na Saúde e do conceito de quadrilátero. A figura pretende representar a amplitude e as diversas dimensões da Política de Educação Permanente na Saúde, considerando seus atores, dimensões socio-

políticas, culturais, educacionais, além dos sentimentos e significados presentes na sua idealização e implementação.

A imagem constitui-se em alternativa à possibilidade interpretativa ampla e que consegue adentrar no campo da memória. Sendo assim, a figura foi concebida na forma de mandala, representando a EPS permeando, por entre e nas características sociais, políticas e educativas, mas, sobretudo, pretende expressar a interpretação realizada sobre a gênese da PNEPS, em 2003, e a concepção da proposta educacional no contexto social, considerada por Ceccim, durante a entrevista realizada em 2014:

Na conversa sobre como seria uma educação “via desenvolvimento, construcionismo, expansão de campos de possível”, num determinado momento... Eu poderia dizer: eu disse. Entretanto, como é uma reunião não se sabe quem disse de verdade, a gente vai dizendo o que ouviu de uma conversa um do outro, mas numa conversa coletiva, eu, Laura, Roseni [Sena]... Vamos chamar isso de educação permanente, então apareceu essa noção de “educação permanente em saúde”. Na minha história, no meu relato, é isto! Eu bebeço a graduação com interesse específico, uma atuação na rede básica, gestão da formação, docência, gestão da educação, são essas as articulações que faço configurar na minha cabeça; uma política de educação permanente em saúde, pensando então o desenvolvimento dos trabalhadores. Não é preparar para atuar, é onde nós estivermos trabalhadores em formação ou trabalhadores em atuação. Em qualquer lugar eu preciso discutir o que é saúde, pensar esses temas. O que é a saúde, o que é acolhimento, o que é rede, o que é linha de cuidado. (CECCIM, 29 mar. 2014).

O idealizador da PNEPS elucidou os variados aspectos nos quais a política se enquadra, evidenciando as premissas determinantes, para que fosse considerada uma política de educação na saúde com vertente pedagógica capaz repercutir em ações que resultam em modos de

motivar a autonomia criativa que responde à reorganização de sujeitos e processos de educação durante as ações do trabalho, num movimento relacional ocasionado pelos encontros, diálogos e atividades na saúde. Nesse sentido,

Se era para pensar tudo isso, então não dava ou não encaixava uma rede de capacitação ou um polo de formadores para capacitar para uma prática; seria capacitar para um sistema, mudar as capacidades de ser e fazer do sistema de saúde. Desenvolver ou ativar uma prática cuidadora, linhas de cuidado, práticas em rede, articulações entre serviços e entre os setores. Não dava mais para chamar de “capacitar recursos humanos” porque era mais forte do que isso. Não dava para chamar só de saúde coletiva, era diferente disso. Não dava para chamar só treinamento, não cabia. Assim veio essa noção de educação permanente em saúde, como uma política pública, de âmbito nacional. 2003 foi o ano que a gente assumiu, então foi no exercício de governo que conversamos sobre isso. Não foi a aplicação de teoria ou a importação de modelos. Talvez por isso se preste a tanta interpretação com as teorias de quem escuta. (CECCIM, 29 mar. 2014).

Isso repercutiu numa pedagogia inovadora de educação na saúde e no trabalho. Outros enfermeiros foram entrevistados, todos eles atuando nas Unidades de Estratégia Saúde da Família, que, ao serem convidados a refletir sobre como surgem às discussões de saúde nos seus espaços de trabalho, exprimiram variadas opiniões sobre educação na saúde.

Essas relações e expressões da educação permanente na saúde estão presentes nos cenários desses sujeitos, uma vez que eles realizam atividades de caráter prático e de gestão, nos processos que envolvem

os usuários, equipe e, conforme observado têm como colaboradores alunos do PET-Saúde.⁶

Ao ser entrevistado, Chumbo considerou que suas práticas educativas em saúde envolvem saberes a partir da concepção de educação popular, que pensa na população e nas necessidades dela emanadas para suas programações, e que suas ações aproximam-se da ideia da EPS: *“Nas práticas dos profissionais de saúde, e na visão da população, enquanto o papel nosso perante essa comunidade, que é mais um enfrentamento não das doenças em si, mas, sim, com visão de prevenção, de práticas que evitem um adoecimento, e, isso, passa pela Educação Permanente em Saúde”* (CHUMBO, 11 jun. 2014).

Esmeralda explicitou a importância da ação coletiva e das práticas educativas, mas também como ela e sua equipe implementam encontros na perspectiva da EPS. Nesse sentido, considerou: *“a educação em saúde é uma ferramenta para você realmente trabalhar de uma forma coletiva [...] você tem que optar por grupo que você possa usar a Educação Permanente como um meio de levar para eles o que eles desconhecem, ou fortalecer aquilo que eles já conhecem”* (ESMERALDA, 22 maio 2014).

Cristal evidenciou que sua equipe solicita cursos se qualificação que agreguem conhecimentos para sua equipe, visando a melhoria das práticas de trabalho. Cristal afirmou: *“A discussão surge até mais em nível da equipe querer muito mais conhecimento, mais cursos, então, isso a gente discute muito e surge essa discussão. [...] elas querem mais, querem adquirir mais, ter mais conhecimento para estar passando para contribuir melhor para o trabalho [...]”* (CRISTAL, 22 maio 2014). Os profissionais dessa equipe compreen-

6 O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde é regulamentado pela Portaria Interministerial n. 421, de 03 de março de 2010. A equipe executora é composta por tutores, preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde).

dem a necessidade de adquirir outros saberes para contribuir na melhoria das práticas de trabalho. Essa concepção representa a necessidade da formação pós-trabalho, que ao articular-se às perspectivas da EPS possam refletir sobre suas ações ao mesmo tempo em que as realizam. É, no entanto, o início da modelagem de novas perspectivas de aprendizagem durante o processo de trabalho, que representa, sobretudo, autonomia de repensar e reconstruir seus saberes teóricos e refinar suas habilidades em qualquer momento e em qualquer espaço de saúde.

O entrevistado Aço retoma a percepção dos outros entrevistados, quando considera: “[...] *eu acredito que no PSF a gente não tem que trabalhar somente doença, então uma prevenção. Então a gente acaba fazendo essa educação em saúde através da própria necessidade da população e nossa também*”. (AÇO, 23 maio 2014).

Nesse sentido, podemos compreender que todos os sujeitos, ao pensar nas suas ações e nas repercussões delas, pensam ou envolvem os usuários participantes, os quais esperam um *feedback*, necessário para o reconhecimento da efetividade da educação na saúde.

Mediante as falas apresentadas, pode-se destacar que apenas um dos sujeitos, o Chumbo, referiu-se à Educação Permanente em Saúde, sendo que os demais, Esmeralda e Aço, referiram-se à Educação na Saúde e, juntamente com Cristal, propuseram, respectivamente, atividades de capacitação, programas, especialização e cursos de saúde, como capazes de atender às modalidades de qualificação pós-formação e atividades de Educação na Saúde vinculadas à Estratégia Saúde da Família, sendo elas obrigatórias à implementação de Atenção em Saúde, conforme determina o Ministério da Saúde.

Apesar dos termos destacarem a forma de atender as demandas da Educação na Saúde dentro das Unidades, e a necessidade do repasse de conhecimento, outros aspectos ganharam destaque, pois os termos que caracterizaram mudança nas práticas, da importância da educação na saúde e responsabilidade em considerar as necessidades da população, também ganharam destaque nas falas dos profissionais.

Esses aspectos da educação *do e pelo* encontro, presentes nas entrevistas, não foram materializados em forma de propostas educacionais nos Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS), analisados no período de 2009 a 2010. Nos PAREPS, observou-se que a perspectiva da educação por cursos tecnocentrados, pautados no acúmulo de conteúdos, que desconsideram o coletivo, o social, o saber popular, devido às dificuldades em reconhecer os encontros como processos que determinam mudanças. Reflexo disso são as ações do Ministério da Saúde, por não incorporar nas suas lógicas e programas a concepção da Educação Permanente na Saúde.

O modelo educacional prescritivo predominante é capaz de enrijecer a percepção do mundo e do outro. Muitas vezes, ele é tão afirmativo que suplanta e desconsidera as necessidades do outro (equipe, paciente e demais envolvidos), destituindo a ideia de construção de propostas emanadas dos elementos do quadrilátero da saúde.

Nesse sentido, age descaracterizando o poder de ação e interação quando há interlocução entre o ensino, o serviço, a comunidade e a gestão do trabalho, afastando-se da tomada de consciência crítica para a emancipação do sujeito, da construção de mundo pelas significações potentes e relevantes aos seus agentes, assim como dos espaços e práticas.

Vasconcelos (2014, p. 34), ao destacar concepções de Victor Vincent Valla sobre a desvalorização do outro, muitas vezes classificado como “subalterno”, não exclusivamente por aspectos socioeconômicos, mas pelo valor atribuído ao indivíduo e seu conhecimento tácito, afirmou: “[...] nossa dificuldade de compreender o que os membros das chamadas classes subalternas estão nos dizendo está relacionado mais com nossa postura do que com questões técnicas como, por exemplo, linguística”.

Percebemos que instituir diálogo entre os agentes que compõem os serviços de saúde, ou mesmo reunir e considerar as variadas necessidades e opiniões expostas durante um encontro ou reunião colegiada, significa um esforço da coletividade, porém, se há êxito em construir propostas durante o trabalho coletivo, possivelmente resultará em desdobramentos que se aproximam da concepção dialógica *versus* prescritiva, dependendo, portanto, do posicionamento adotado, assim como considerou Márcia Chaves Moreira:

Para se atingir tal situação, são necessárias mudanças que, em geral, são difíceis, tendo em vista culturas, concepções, formas de se relacionar, de conduzir e realizar o processo de trabalho muito arraigadas e fortemente relacionadas a um modelo de formação centrado na doença, no paradigma biomédico, com forte hierarquia de saberes e na divisão sócio-técnica do trabalho. A presença e rigidez nos papéis e funções, de submissão de saberes, ainda que implícita, gera falta de motivação, apatia e sofrimento no trabalho, o que obviamente obstaculiza a construção de atos de saúde mais criativos. Que dirá trocas e construções interdisciplinares, tão importantes tendo em vista a impossibilidade de um campo de conhecimento ou saber responder às demandas em saúde. (2000, p. 11)

Quanto ao enfermeiro de Estratégia Saúde da Família, há duas particularidades que merecem destaque: a delegação da gestão dos recursos humanos e aquilo que foi evidenciado na fala: “*Então assim, parece que está ‘embutido’ nos programas, se você não fizer no coletivo, fica cansativo! Você não tem tempo*” (ESMERALDA, 22 maio 2014, grifo nosso). Nesse sentido, ela afirma que se as atividades não forem agregadas às já pré-programadas e consideradas obrigatórias pelo Ministério da Saúde, não haveria tempo hábil.

É possível entender que, mesmo havendo cobrança do Ministério da Saúde quanto à equipe mínima para o credenciamento e permanência do funcionamento de uma Unidade de Saúde, os recursos humanos seriam insuficientes ao atendimento das atividades de rotina e as de educação na saúde, seja através dos programas obrigatórios ou daqueles emanados da realidade do trabalho. Para Mészáros (2008, p. 56), essa reversão e modificação do campo real, do prático, somente se torna possível quando se criam alternativas:

Necessitamos, então, urgentemente, de uma atividade de “contrainternalização”, coerente e sustentada, que não se esgote na *negação* – não importando quão necessário isso seja como uma fase nesse empreendimento – e que defina seus objetivos fundamentais, como a criação de uma alternativa abrangente *concretamente sustentável* ao que já existe.

Portanto, desenvolver atividades de saúde no âmbito local, considerando os sujeitos e suas práticas e cultura, demanda, sobretudo, ampliar as formas de desenvolvimento do trabalho, pois são criadas “vias” possíveis de aprendizado coletivo, reflexão das variadas condições de trabalho e variadas condicionantes que culminam no trabalho relacionado às concepções educativas.

A interlocução com o universo educativo e a aprendizagem/trabalho influenciou e influenciará na postura frente ao processo de saúde, sobretudo, devolvendo a autonomia dos sujeitos quanto as suas condições do trabalho e de vida. Moreira (2010, p. 12) considera o movimento como transformador quando: “Faz-se premente que se ergam movimentos capazes de problematizar o que parece como dado e normal, de promover alteridade, novas formas de relacionar e construir propostas de intervenção capazes de responder às necessidades da população sob pena de caminhar na contramão da implementação do SUS”.

Com a finalidade de compreender as ações do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) que motivaram as ofertas de cursos e o fato de a gestão do Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso (COREN-MT) prever tais ofertas no seu planejamento, indagou-se a Ferro – “Existe algum planejamento do COREN-MT, no sentido específico para os profissionais mato-grossenses, atendendo o perfil desses profissionais na questão educacional?” –, que expôs as razões:

Não existe! Não assim. É que nós não conseguimos avançar nessa questão, nós não estamos dando conta de fazer a fiscalização do exercício profissional, e isso tem que ser dito. [...] E o COREN-MT ele cresceu, nós temos quase 23.000 profissionais inscritos, você vai ver, e a grande maioria desses profissionais são Técnicos de Enfermagem. Mas essa capacitação que eu falei para você a gente vai encontrar muitas dificuldades, nós não temos estrutura suficiente para abraçar. Os COREN's do Brasil ainda não tem uma estrutura suficiente porque é caro fiscalizar. Embora a gente tenha isso no nosso plano de metas quando a gente entrou aqui, um dos nossos planos de meta é: trabalhar integrado com as instituições de ensino UFMT, UNIC, UNIVAG, para desenvolver atividades de capacitação e formação, mas a gente viu que não é tão simples assim, e, é melhor cada um ir fazendo o seu papel. Do ponto de vista formal, a formação é das instituições formadoras, o

COREN entra aí mais com uma atividade de ajustamento. (FERRO, 27 jul. 2014).

Indagado sobre as proposições que deveriam estar relacionadas às entidades que representam os trabalhadores e as dificuldades de fortalecimento dos projetos e processos junto a outras instâncias, Ferro avaliou:

É feito de forma pontual né Fagner! Por exemplo, aqui para os servidores do COREN a gente possibilitou várias capacitações para melhorar o atendimento aos profissionais que era muito ruim antigamente. Os profissionais vêm de uma cultura onde os conselhos agiam muito do ponto de vista policial, entendeu! (você tem responsabilidade e o COREN tem que cobrar essa responsabilidade), então, o atendimento aqui era muito ruim, todos os profissionais reclamavam. E a gente investiu muito na capacitação dos profissionais internamente. Trabalhamos muito nesses dois anos e meio de gestão para dentro, então nesses outros dois anos precisamos priorizar um pouco mais os profissionais, porque quando eu estou oferecendo uma capacitação para um profissional eu estou oferecendo uma melhoria para o atendimento da população, seja de que instituição for, mas isso não é uma prioridade fundamental do conselho, embora ela exista, ela é feita de forma muito pontual como eu disse anteriormente, e a gente percebe isso também lá no Hospital Universitário Julio Müller onde eu fui diretor lá e trabalhei lá muitos anos e tal. A questão de atenção a capacitação do trabalhador, ela fica muito atrelada à questão financeira [...] é a questão financeira que possibilita isso. (FERRO, 27 jul. 2014, grifo nosso).

Mediante tais considerações, podemos compreender que os discursos se distanciam não só da PNEPS, mas, também da concepção da construção a partir da EPS, que prevê, em sua metodologia, a construção a partir do sujeito e dos espaços de saúde. As instân-

cias que amparam o trabalhador da saúde estão agindo separadamente, sem articulação. Outro aspecto que pode ser percebido é a capacidade estrutural das entidades municipais, estaduais, federais e autarquias quanto ao cumprimento do papel fundamental em relação à defesa do trabalhador e da educação-trabalho. O profissional de saúde, conforme apontou Ferro, fica à mercê do empregador, sem condições do conselho de classe, entre outros órgãos em defesa do trabalhador, atuar sobre situações que exprimam formas de exploração do trabalho.

A EPS poderia ser um elo entre os vários órgãos destinados ao atendimento dos profissionais. Tão importante quanto os colegiados formalizados e legalizados, que representam os governos, municipal, estadual e federal, está evidenciada a dificuldade na formação e permanência dos colegiados locais nas Unidades e nos conselhos gestores das ESF. Esse movimento ganha forma, força e poder à medida que conseguem se organizar para propor mudanças e interferir nas situações de saúde do bairro/comunidade.

Contudo, o estreitamento do discurso entre a população e os profissionais das ESF, para que se tenha repercussão na práxis, é pré-condição potente para transformações que ocorrem no trabalho e nos coletivos. O profissional enfermeiro, ao “criticar” suas ações do trabalho, espaço e os agentes envolvidos na saúde local, percebe a importância das ações dialógicas com a comunidade e o usuário com quem ele interage, o que oportuniza a ampliação de espaços que reforçam as transformações na identidade do profissional, no processo de educar durante a realização ações práticas, e na mudança de postura do usuário.

Nesse sentido, dialogar entre as interfaces trabalho, gestão e comunidade/usuário para que proponha reorganização do sistema de saúde, atende a proposta de repolitização e empoderamento dos usuá-

rios, fruto de ação simples, mas que repercute em processo de articulação entre os sujeitos, direcionando a concepção da proposta do quadrilátero, no reconhecimento da autogestão para si, e na importância da cogestão para o sistema de saúde.

A inserção de atividades de Educação no Trabalho ajuda o profissional em formação a repensar sua postura profissional e a tomar consciência da importância de imbricar a educação nos processo de saúde. Conforme afirmou Aço: “[...] já estou há três anos com alunos aqui e a gente está conseguindo fazer esse trabalho dessa forma, fazer com que eles estejam uma nova visão, que não é porque é aluno que tem que fazer porque é obrigatório, eles saem daqui sabendo o porquê que tem que continuar fazendo” (AÇO, 23 maio 2014).

Propor novas oportunidades para o encontro de bases, capazes de proporcionar proximidade dos sujeitos e valorização do que ele acumulou pela vida, é pensar na construção sem opressão, mas, sobretudo, pensar pedagogicamente, conforme propôs Paulo Freire (2013b, p. 163): “O diálogo pedagógico implica tanto o conteúdo ou objetivo cognoscível em torno de que gira quanto a exposição sobre ele feita pelo educador ou educadora para os educandos”. Portanto, a construção de um conhecimento articulado com a cultura que emana do popular, das manifestações folclóricas, das artes, é reconhecer que tais experiências redundam em benefícios aos sujeitos do quadrilátero da saúde.

3.1 Os Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) como dispositivo legal à PNEPS nos direcionamentos à formação permanente do Enfermeiro em Mato Grosso

A partir da vigência da Portaria GM/MS n. 1.996/2007, foram substituídos os Polos de Educação Permanente, pela Comissão Integração de Ensino-Serviço (CIES), que, em Mato Grosso, foi regulamentada pela Resolução CIB n. 071, de 23 de julho de 2009. A partir da resolução CIB n. 004, de 12 de março de 2009, foi exigido a elaboração dos Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS), denominado de Plano de Ação. Através do acesso ao primeiro Livro Ata da CIES Estadual, verifica-se a data 18 de julho de 2009 na contracapa. Três dias depois, foi viabilizada a resolução que legalmente constituiu a CIES Estadual.

Esse documento confirmou a articulação entre CIES/MT e CIB MT e, ainda, instalou a Comissão Colegiada que trataria de assuntos da formação pela EPS para o SUS no local estratégico à orientação e formação ao trabalhador da saúde: a Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso. A partir de então, conforme apresentado na íntegra, pela Resolução CIB n. 072, de 23 de julho de 2009, publicada pela SES/MT, os artigos que aprovaram a vinculação da CIES Estadual a CIB, agregando a ESP/MT, são:

Art. 5º A operacionalização da CIES/MT fica sob a coordenação conjunta da Comissão Intergestores Bipartite – CIB/MT e da Escola de Saúde Pública – EPS/MT; art. 6º A Escola de Saúde Pública disponibilizará o espaço laboral para as reuniões da Comissão de Integração Ensino-Serviço CIES do Estado de Mato Grosso; art. 7º As Comissões de Integração Ensino-Serviço Regionais – CIES Regionais ao serem criadas e pactuadas nos Co-

legiados de Gestão Regionais – CGR’s automaticamente passarão a integrar a CIES/MT. (MATO GROSSO. Resolução n. 072/2009).

A Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso (ESP/MT) representaria, junto à Comissão Estadual, a principal referência para assuntos da Política de formação na Saúde e para o SUS mato-grossense, dada a sua capacidade formadora, finalidade e seu caráter político frente ao fortalecimento previsto pela RSB.

Posteriormente aos atos de regulamentação, as elaborações do PAREPS foram realizadas anualmente, conforme previu a PNEPS. Essas produções documentais regionais determinariam o direcionamento da Política de Saúde no âmbito regional, e a reunião dos documentos das 16 regionais seria o ‘fio condutor’ para a construção da Política de Educação Permanente em Saúde Estadual.

Mais do que instrumentos de caráter educacional, os Planos de Educação deveriam representar a movimentação política nas regionais, mediante as articulações intersetoriais para a proposição e composição de propostas a partir da realidade e suas necessidades. De acordo com a Resolução CIB 071, os Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) foram os elaborados a partir de 2009, portanto, obedecendo ao recorte temporal, foi possível observar os PAREPS produzidos entre 2009 e 2010, para quantificar quantas proposições foram destinadas à Educação Permanente dos Enfermeiros.

Quadro 3 - Cursos encontrados nos PAREPS analisados entre 2009 - 2010

Ano de Elaboração	Cursos Específicos aos Enfermeiros	Cursos generalistas	Total Geral:
2009	0	22	173
2010	8	143	

Fonte: MATO GROSSO, Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde. 2009-2010. Nota: Construção do autor

No decorrer desse período foram apresentadas 173 propostas educativas, destinadas aos mais variados profissionais de saúde, sendo que apenas 8 diziam respeito especificamente aos enfermeiros. Apesar da abordagem educacional direcionada a promover encontro dos sujeitos, dialogicidade, construção coletiva do conhecimento, e toda proposta construcional que as relações interpessoais podem ocasionar, destacamos os PAREPS como outro elo entre as instâncias federativas, como também, um meio legal para que os sujeitos dialoguem sobre a EPS.

A importância da elaboração desse documento desde sua concepção no âmbito municipal, durante os encontros das Conferências Municipais, possam envolver os mais diferentes segmentos para tratar da educação *na* e *para* a saúde, garantindo espaço para que todos possam contribuir com a política do SUS.

Esse é um dos caminhos para a reorganização e repolitização do Sistema de Saúde, que, vagarosamente ou não, tem repercutido nos territórios quanto à organização de movimentos populacionais, conforme afirmaram Chumbo, Aço, Cristal e Esmeralda, tem ocorrido um movimento de constituição dos Conselhos Gestores de Saúde em Cuiabá, somando, portanto, mais um espaço de participação dos representantes da sociedade.

3.2 O conhecimento e a compreensão da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde pelo enfermeiro da Equipe de Saúde da Família em Cuiabá – Mato Grosso

A Educação Permanente na Saúde, entendida como uma proposta inovadora de vertente pedagógica e expressiva no campo da educação na saúde, desde 2003, vem sendo fomentada pelo Ministério da Saúde em parceria com os estados da federação. Sua proposta de Educação na Saúde tem tido repercussões positivas em relação à promoção de encontros entre os sujeitos que compõe o quadrilátero. Apesar da positividade da EPS como proposta pedagógica aos profissionais de saúde, a PNEPS, enquanto política pública que delinea e fomenta o campo da burocracia e do financiamento, tem sofrido entraves no descompasso entre recursos repassados pelo Ministério da Saúde aos estados.

Todos os entrevistados foram convidados a refletir sobre a Portaria, se a conheciam, como tiveram contato, ou seja, se esse era um pressuposto considerado na/e durante as ações desenvolvidas nas Unidades de Saúde. Houve necessidade de compreender se, de fato, o conhecimento da portaria implicou no desenvolvimento de atividades, e se os sujeitos consideravam as diretrizes da PNEPS. A pergunta que motivou a reflexão foi: Como você conheceu as ideias da EPS ou da Educação na Saúde?

A partir da indagação, percebeu-se que as formas de contato com a EPS foram variadas, pois cada sujeito entrevistado revelou em qual momento da sua trajetória de vida pode estabelecer relações com a EPS.

Chumbo considerou: *“Ela está presente enquanto carreira dos profissionais, a Educação Permanente faz parte do que norteia não só a formação*

do profissional em saúde, mas a capacitação obrigatória no serviço dos profissionais. Porque na área da saúde nada está pronto e acabado, é uma evolução [...]” (CHUMBO, 11 jun. 2014). Essa fala incorpora expressões que revelam a compreensão do entrevistado sobre a importância da EPS na sua prática e formação a partir do trabalho, apontando ser preciso se dar continuidade à construção de novos conhecimentos a partir do serviço de saúde.

Esmeralda, por acompanhar alunos no PET-Saúde na sua Unidade de Saúde, considerou que, durante uma reunião em Brasília, teve maior contato com a PNEPS: *“[...] acho que também tinha umas pessoas que não faziam ideia do que seria e que ela existia, Acho que ficaram que nem eu: doida, porque, ai meu Deus! Querendo que tivesse acontecendo na íntegra porque é uma política extremamente essencial para o nosso dia-a-dia, para a nossa realidade”* (ESMERALDA, 22 maio 2014).

Cristal considerou que fez alguns contatos a partir de leituras: *“Eu já li algumas coisas sobre educação e, assim, sempre está tendo algum curso e a gente sempre está discutindo sobre isso, e a gente discute muito com a equipe na Unidade de Saúde. Foi um artigo sobre educação permanente, que comparava educação permanente com educação continuada”* (CRISTAL, 22 maio 2014).

Para Aço, o contato com a EPS aconteceu *“Na realidade, eu tive esse contato só na formação acadêmica, agora pela Secretaria e pela Prefeitura a gente não tem nenhuma capacitação nada que enfatize isso aí. Eu já ouvi falar na época da acadêmica, mas não lembro o que está enfatizado nela”* (AÇO, 23 maio 2014).

Através dos depoimentos foi possível observar que apenas Chumbo teve um contato mais direto com Portaria. Os demais afirmaram que as atividades de educação na saúde foram muito enfatizadas durante a formação. Se aprofundarmos em outras análises, os

sujeitos pontuam para ações que direcionam a educação emancipatória, construída coletivamente nos grupos constituídos nas Unidades de Saúde, pois, durante esses encontros os grupos “afinam” suas relações e constituem ‘laços’ para além de meramente técnicos e medicalizados. Os sujeitos acriticamente elaboram alternativas viáveis de realização da saúde, construindo relações e conhecimento no trabalho, no cuidado, na comunidade, reconhecendo a importância do respeito ao indivíduo e suas necessidades.

Essas expressões da Educação Permanente na Saúde estão atreladas ao empírico, ao ato de realizar trabalho e fazer discussões que, embora programadas, geram significados para esses sujeitos, que se deslocam das suas residências e participam junto com outros enfermeiros e a equipe de saúde. Os profissionais, mesmo sabendo das limitações e não conhecendo as políticas que amparam a educação na saúde, encontram nexos que motivam suas atividades educativas, conseguindo lidar com a comunidade conforme suas condições.

É no campo das relações e das proximidades com os usuários, em qualquer situação, que são identificadas possibilidades e repercussões que transformam técnica e prática em diálogo e proximidade, ambas capazes de transformar e (re)moldar a identidade do profissional e redefinir a postura do usuário frente a saúde, a sua condição, e, sobretudo, sua posição de agente político, ‘protagonista’ do caminho que traça no percurso da sua autonomia, o que repercute para além do cuidado, extrapolando para o campo de ações que determinam mudança de consciência.

Na análise das falas dos entrevistados verificou-se a existência de comparações que sugerem um paralelo entre a Educação Permanente em Saúde e a Educação Continuada. A Educação Continuada

na saúde é tecnocentrada, voltada para conteúdos, sem considerar as relações com a realidade, como propõe a EPS, relativizando sujeitos, práticas e realidades para problematizar e atuar na situação problema.

Os entrevistados, no entanto, colocam que realizam atividades educativas de saúde com grupo de pessoas que das suas Unidades Básicas, expondo que os conteúdos partem dos grupos de saúde relacionados ao Hipertenso, Diabético, Hanseníase e Tuberculose, porém, durante esses encontros eles abrem espaço para perguntas e sugestões de outras pautas que podem ser discutidas naquele momento, ou mesmo, dependendo da complexidade do assunto, ser retomadas em outro momento.

Constituir e construir possibilidade para que essas ações ocorram é ferramenta fundamental na construção de caminhos que possibilitem a proximidade com a população. Essas reuniões são transformadas em processos construtivistas, conforme Scocuglia (1999, p. 96): “Assim, os educadores realmente se reeducariam (na prática) com os educandos e nas revisões de suas certezas “não mais tão certas” através de teorias (não-deterministas) que respaldem sua prática social-política-cultural-educativa”.

Apesar de não conhecer a Portaria que regulamenta a PNEPS, os enfermeiros entrevistados afirmaram que as relações efetuadas a partir de encontros dos grupos que dialogam sobre educação na saúde têm se constituído em momentos fundamentais, sobretudo, pelo estreitamento entre a comunidade e os trabalhadores da Unidade de Saúde. Todos os enfermeiros foram enfáticos quanto à importância de considerar os contextos sociais e os sujeitos, quando pensam em propor e realizar as práticas de educação na saúde.

As relações constituídas entre o ensino *in loco*, a gestão *in loco*, trabalhador e o usuário têm repercutido no fortalecimento do encontro entre os segmentos do quadrilátero de saúde, portanto, é possível reconhecer que a EPS está expressa e constantemente presente nos espaços de saúde, como também, encontra reflexos da vertente pedagógica da EPS. A partir da mudança de concepções dos agentes envolvidos nas ações dialógicas culminam no reposicionamento, no repensar sobre a saúde, seus condicionantes sociais, na condição de vida da população, no papel fundamental do profissional de saúde e no controle social (usuários do sistema de saúde) à reversão desses paradigmas.

CAPÍTULO 4

A Educação Permanente em Saúde e Popular no trabalho do enfermeiro em Mato Grosso

Pensar em uma política de educação na saúde, que seja significativa ao enfermeiro e aos outros profissionais, é extrapolar o campo das teorias que sejam capazes e suficientes para abrir possibilidades educativas que repercutam no cotidiano do trabalho. Partindo dessa concepção, não se destitui a capacidade de abstração necessária a transpor o estritamente prático, mas significa repensar que nas comunidades há necessidades que clamam por soluções urgentes, exigindo, portanto, processos resolutivos e aplicáveis. As situações de saúde têm características muito peculiares, visto serem, em sua maioria, urgentes, dadas as características e relevâncias que as envolve.

Se pensarmos na articulação dos segmentos que dão forma à geometria do quadrilátero, é possível perceber que nessas situações que exigem urgência no trabalho do profissional da área, podemos compreender que talvez a Política de Saúde não dê conta dessas situações, se distanciando muito do campo prático, nesses casos. Outra situação seria pensarmos no campo de atuação das Unidades Básicas - ESF e seus sujeitos, pois, as características dos espaços da atenção básica na saúde, e o modo do atendimento, diferente da urgência e emergência, possibilita articular a concepção de educação permanente, dotada do propósito de permear conhecimentos para toda a vida, e a concepção de educação popular, voltada a reconhecer as potencialidades da comunidade e estreitar diálogos que impliquem em mudança de consciência.

Os entrevistados apresentaram aspectos que norteiam a educação no trabalho, e como as suas ações dialógicas com os grupos de

educação na saúde repercutiram no campo prático, na medida em que trabalharam com suas comunidades. A partir desses encontros, passaram a pensar nas práticas de saúde enquanto ações educativas, elementos que, para além do aspecto técnico, contribuem para retomar a ideia de educação.

É, portanto, a partir da proximidade do profissional de saúde e sua relação dialógica com o usuário, que os enfermeiros entrevistados expressaram variadas situações que fortalecem a ideia de que é importante considerar as experiências dos usuários, em que ambos, enfermeiro e população, repensem sobre suas ações, como também, criem situações dentro das ESF, espaços que oportunizam pensar coletivamente e agir em parceria, construindo ambientes oportunos que resultam processos que propiciam formular, inventar, protagonizar e reposicionar, assim como prevê a EPS.

Esmeralda, quando indagada sobre as relações da EPS durante o seu trabalho, considerou: *“A abordagem é muito importante nessa hora, como você fazer ele se atentar que aquela mudança ali vai trazer algum benefício. [...] ele consegue trazer para você que realmente mudou a vida dele em algum aspecto, conseguiu diagnosticar alguma coisa que estava acontecendo na vida dele”* (ESMERALDA, 22 maio 2014).

Cristal apresenta a seguinte percepção quanto à educação na saúde, vivenciada no cotidiano: *“Porque daquele problema conseguimos resolver, e deixa de ser um problema e passamos a vê-lo como um exemplo de acontecimentos que muda e traz benefícios, porque às vezes é um problema de uma pessoa que não conhece e quase não vai na Unidade, então vai conhecer e conseguimos esclarecer e tirar as dúvidas [...]”* (CRISTAL, 22 maio 2014).

Aço considera: *“Eu já tenho um pouco dessa parte de querer fazer educação em saúde, então assim, no começo, tive muita resistência, mas, agora, assim! O meu atendimento melhorou a qualidade, muito até para convivência com a própria população [...]”* (AÇO, 23 maio 2014).

As relações da Educação no cotidiano de Aço repercutiram também nas relações da equipe com a população, portanto, a condição de educação funciona como estratégia de fortalecimento dos laços afetivos e dialógicos, fazendo com que o profissional de saúde e os usuários repensem sobre suas condições, sobretudo, para compreender que as relações entre esses dois agentes possibilitam acesso a outros espaços do poder público a atuar nas condições de moradia, segurança, saúde, lazer, entre outras.

Chumbo considerou que, a partir da vivência das relações educativas com a sua comunidade, outros aspectos passaram a ser observados, *“Eles viram que agora a gente, além de conhecê-lo enquanto um Ser, a gente conhece os problemas da comunidade [...], e esta muito melhor nesse sentido, porque você não vê somente o indivíduo?”* (CHUMBO, 11 jun. 2014).

Analisando as falas e os contextos, não estamos fazendo referência a um ambiente escolar ou espaço de oferta cursos, mas tratamos das situações de saúde que os enfermeiros intentaram resolver, ou mesmo reconhecer as proximidades que têm sido estabelecidas a partir das situações de saúde. Tratamos aqui da libertação do profissional e damos enfoque ao enfermeiro que é parceiro da comunidade, não mais restrito aos muros de um espaço, mas que vai ao encontro dos sujeitos, para conhecer os obstáculos e propor estratégias para resolver os problemas e atender às necessidades.

Os entrevistados conseguiram exprimir em suas falas a “mudança”, não somente de práticas técnicas, centradas nos procedimentos, mas destinadas a estreitar relações com a comunidade, e fazer o inverso, como propôs Chumbo (2014), ao revelar que esse movimento inclui duas vias: levar a equipe ao encontro da comunidade e trazer a comunidade ao encontro da Unidade de Saúde. Esses aspectos revelaram que, apesar da postura “tecnocentrada”, o enfermeiro possui uma potente capacidade de criar rizomas entre o trabalho e as subjetividades que ele revela, como, por exemplo, perceber que a mudança de postura frente a uma comunidade descortina cenas e cenários em transformação, mudança de postura da equipe e dos pacientes, inclusive para ações de ‘ajuda mútua’, consideradas por Cristal.

Estabelecer estreitamentos relacionais em meio às ações de saúde, sobretudo pensar a construção de conhecimento a partir de situações que representam, em alguns casos, sofrimento e dor, é conseguir transpor a fortaleza de preconceitos e distanciamentos criados durante o processo de construção da identidade do profissional enfermeiro e da identidade cultural da comunidade. Conforme propôs Chumbo, é ‘desmistificar’, é revelar papéis entre as pessoas que estão em cena.

Portanto, construir processos dialógicos e afetivos a partir dos coletivos, demanda, reconhecer a importância do respeito às potencialidades e limitações do outro. O objetivo final não é ensinar, mas construir significados a partir das ações de saúde, para que elas ganhem outra forma de compreensão, conseguindo tocar o outro na sua humanidade e capacidade de compreender a mudança da prática, sem ferir os valores morais e éticos, o que constitui um processo pedagógico inacabável, em que profissional e o usuário estão em vigilância no processo de aprendizagem e cuidado mútuos.

A partir do sentido epistemológico da palavra pedagogia, encontraremos distanciamento do conceito literal da pedagogia e as ações de saúde dos enfermeiros, porém se ampliarmos o espectro semântico para entendermos a pedagogia, conforme propôs José Eustáquio Romão (2008), quando se referia aos vários títulos da Pedagogia de Freire: *Oprimido, Esperança e do Diálogo e do Conflito*, o autor analisava que o termo pedagogia não se restringe à etimologia da palavra, mas direciona a concepção de libertação pela educação, através do aprendizado de mundo, possível pelos encontros da vida.

Pode ser compreendida, nesse sentido, a proposta da lógica pedagógica freireana está próxima da concepção de educação humanista em saúde, que é capaz de experimentar as variadas possibilidades criativas dos territórios, sujeitos e subjetividades, em que, ambos, o mundo material e o campo dos sentimentos, estão operando em constante transformação. Segundo consideram Merhy e Franco (s.d. p.1),

A produção da saúde é dependente de trabalho humano em ato, configurado no Trabalho Vivo e na sua micropolítica, ou seja, o trabalho no exato momento da sua atividade criativa na construção dos produtos, através dos quais se realiza, ali. Nesse momento, é um processo essencialmente relacional, entre alguém e outros. Nessa relação há uma lógica instrumental operando, mas, sobretudo há, em potência, nos espaços relacionais, virtualidades em acontecimentos, como atos de fala e escuta, toques e olhares, constitutivos desse processo de trabalho que produz o cuidado e nessa relação os sujeitos, que se encontram, fazem em conjunto, a produção da saúde.

Portanto, pensando na indagação de José Eustáquio Romão (2008, p. 13): “É possível elaborar um ideal de humanidade

independentemente da correlação de forças históricas objetivas e concretas?”, questionamos: Seria possível a enfermagem transpor as relações de trabalho tão diretivas tecnicamente e fechadas cientificamente? Embora as forças pragmáticas, tenham papel fundamental na enfermagem moderna, podemos avaliar que as ações técnicas, muitas vezes rígidas e frias, tendem a sofrer influência dos outros saberes, sentimentos e cultura, transformando-se a partir da visão e concepção de mundo de cada Ser.

É possível considerar, portanto, que há universos intocados, e, por esse motivo, as forças históricas objetivas e concretas conseguem alcançar o *locus humano* que motiva a transformação. Caso contrário, não haveria modificações entre os conceitos, comportamentos e as práticas. É, portanto, conforme propôs Paulo Freire (2013a, p. 29): “O saber de hoje não é necessariamente o de ontem, nem tampouco o de amanhã. O saber tem historicidade. Nunca é, está sempre sendo”.

Nesse sentido, ao refletirmos sobre o campo do conhecimento da enfermagem, podemos encontrar a resposta que indica ser possível a transformação na identidade do profissional e nos modos de operar suas práticas. Essa profissão modificou e se solidificou durante o processo histórico cultural, econômico e educacional, ao transformar-se, de uma ciência empírica, em ciência teórica e acadêmica.

Atualmente, a enfermagem voltou a (re)visitar suas origens, na busca do seu sentido, do significado que amparou e determinou sua práxis: o cuidado. Essa prática é, portanto, inerente à profissão e se constituiu em formas de aproximar e compreender o indivíduo na sua necessidade, na sua relação direta com a dor, necessidade física e fisiológica, fatores esses, que também aproximam o paciente do profissional, porém, este último, não mais soberano, visto partir das propostas

de políticas que reordenam e qualificam o processo do cuidar em resultados dialógico-afetivos que culminam na humanização na saúde.

Se indagarmos: A enfermagem aproximou-se do indivíduo e da ciência em qual sentido? Aí, podemos observar os movimentos históricos que deram reconhecimento aos processos de enfermagem, destituindo-os da condição de empiria, de ato instintivo que determinava o cuidado, para reconhecer a importância da ciência da enfermagem no campo da saúde e da relevância do seu papel social prestado à comunidade.

Os movimentos históricos que acompanharam a humanidade influenciaram o comportamento dos indivíduos e suas necessidades, uma vez que os conhecimentos das ciências, da saúde, da mesma forma, foram afinando para atingir um saber aprofundado sobre as áreas das ciências, ampliando a capacidade do conhecimento específico que serviria para atender a demandas econômicas, sociais, saúde e educacionais.

É possível entender que ser especialista, na concepção da Educação Permanente na Saúde e na Educação Popular, é observar as minúcias que envolvem a situação de saúde do indivíduo, sobretudo, é ter a capacidade de detectar especificidades para além das afecções do corpo, é construir capacidade que possibilite relacionar-se sem oprimir, exercendo a pedagogia da liberdade de mundo, desnaturalizando a concepção de sujeito inerte para contextualizá-lo no tempo e espaço no qual ele pode protagonizar sua história e construir alicerces que oportunizem sua dignidade e autonomia.

A fala dos enfermeiros expressou que o processo de atuar pelo diálogo é um caminhar conjunto, e, apesar de ser um paradigma nas ações dos profissionais de saúde, a dialogia passou a exercer papel fundamental, refinando as proximidades e alargando os espaços

para outros ‘encontros’, que não somente os ligados aos processos de saúde-doença, mas, especificamente, na construção de bases político-educativas relacionadas à consciência cidadã e à relação de mutualidade afetiva, que aproxima os sujeitos e fortalece o coletivo.

Analisando a fala da Esmeralda, pode-se compreender que os enfermeiros expressam o contato com a PNEPS, primeiramente no sentido contato com a Portaria, ou, com aspectos da EPS, no sentido da vertente pedagógica. Podemos explicitar dois movimentos importantes: pensar em ações ministeriais mais efetivas, para que a PNEPS seja consultada, enfim, que os profissionais em algum momento do serviço na saúde, consigam apropriar-se da Portaria da PNEPS para saber da existência dela. A outra parte a ser fomentada diz respeito a utilização da EPS enquanto possibilidade pedagógica nas ações de saúde, reconhecendo a importância da adoção dos seus preceitos e pressupostos como ponto de partida para desenvolver ações no campo educativo e do serviço (da prática).

Esmeralda, ao ser convidada a refletir sobre o contato com a Portaria GM/MS n. 1.996/2007, considerou: *“Porque se tem uma política de educação permanente, aqui não chega, não chega! Não sei aonde que parou aí, mas [...]. Que ela é bonita de ler, seria muito mais bonita ainda de você executar ela, mas eu não sei porque “cargas d’água”, [...] era para estar articulando mais essa lei, essa educação permanente”* (ESMERALDA, 22 maio 2014).

O entendimento de Esmeralda sobre a PNEPS se aproxima das falas dos outros enfermeiros entrevistados. Os enfermeiros que estão na Atenção Básica, mesmo acompanhando alunos do PET-Saúde, desconhecem a Portaria, mas o programa de Educação pelo Trabalho oportuniza o início de ações que estão presentes nas concepções pe-

dagógica da EPS. Mesmo em meio a dúvidas, a entrevistada Esmeralda repensa e avalia:

Eu não sei na íntegra o que está escrito na Política, a gente faz aquilo que a gente aprendeu nas capacitações, na graduação, então assim, hoje eu não sei avaliar se o que eu faço faz parte ou realmente é isso, ou se estou querendo demais quando eu falo: eu quero recursos, recursos e de repente o que estou fazendo é o que está lá. Porque como eu não me aprofundei, eu não li, então eu não sei, sinceramente eu não sei dizer para você se o que eu faço está dentro, se é! Ou pelo menos é o começo. Eu acredito assim, que pela minha informação, que é um começo. Agora! O que fazer para fortalecer, para implementar, ou para Unidades que não tem, para implantar. (ESMERALDA, 22 maio 2014).

As considerações de Esmeralda sobre a Educação Permanente em Saúde partem de observações que ela atribuiu aos sentidos que permeiam a Política de Saúde, para conseguir materializar a Política de Saúde como algo “palpável”, que tenha, sobretudo, sentido para os sujeitos, os usuários, gestores, trabalhadores e educadores do SUS. A EPS, como vertente pedagógica, assume e revela formas inventivas, como por exemplo: formular possibilidades para transportar um paciente em segurança, ou traçar estratégias para revelar a uma gestante que ela terá possíveis complicações, entre outras.

As variáveis possíveis, a partir da EPS em movimento ou em prática, predispõem a formulação de táticas que sejam viáveis para resolver problemas e criar proximidades entre os agentes e os fatores reais, culminando em ações inéditas e efetivas. Esmeralda, quando revela suas dificuldades estruturais para oferecer melhores condições didáticas nos encontros dos seus grupos, aponta para a importância desses atos educativos dentro do seu espaço de trabalho com seus pacientes e equipe. Esse é um fator que favorece a realização das

reuniões, criando predisposições à interação entre os sujeitos, seja através do emprego de recursos didáticos pedagógicos, ou até mesmo sem eles, em situações nas quais a equipe de enfermagem e as Agentes Comunitárias de Saúde interagem com a população e respondem às necessidades informativo-educativas.

Nesse sentido, compreender a Política enquanto recursos é retroceder para uma prática onde executar financiamentos, práticas prescritivas, pontuais e normativas são imperantes. Esses parâmetros normatizadores estão distantes do ideal e da intenção da EPS, que busca captar nos sujeitos e encontrar nos territórios potencialidades de intervenção, ineditismo, protagonismo e de construção de processos de saúde inovadores.

Sendo assim, compreender a PNEPS e a capacidade pedagógica da EPS requer pensar em dois momentos: 1 - A PNEPS enquanto normatização, trazendo clareza para os aspectos do financiamento e regulamentações que garantem a disponibilidade do recurso financeiro para a utilização entre os entes federados; 2 – Quanto à capacidade pedagógica – aspecto que requer cautela, para não reduzir a EPS a uma portaria que determina a distribuição federativa de financiamentos, ou mesmo utilizar seus recursos para a ampliação de capacitação, incorrendo no risco de fragmentar e desconsiderar a ideia central da Educação Permanente na Saúde, que sugere a transformação da lógica do trabalho na saúde dentro cotidiano do trabalho, a partir da necessidade dos usuários.

Durante a entrevista realizada com Ricardo Burg Ceccim, ficou explícita a intenção da EPS, que está implícita na portaria, na sua regulamentação, mas que extrapola para o campo prático ao reconhecimento de novas formas e possibilidades de enxergar as ações e as

práticas na saúde. Para o entrevistado, a EPS se articula a partir de situações, como:

[...] se tem uma questão que vibra, então não joga fora, trabalha com ela. Pergunte: onde é que está a potência disso? Precisamos perceber que a gente está inventando, que a gente está topando o convite da invenção de mundo, da invenção de realidade, da invenção de lugares. Então, parabéns para quem faz isso! Somem-se a nós os que fazem isso. Acho que a nossa tarefa é uma tarefa de mundo, não adianta a gente “só” se submeter ao mundo dado, interessa é que a gente veja que este mundo não está dado, que está em produção e a gente é agente dessa produção, da produção do mundo e não da produção de mais uma coisinha no mundo dado, está cheio de gente produzindo coisinha no mundo dado. Produzir esse mundo que vem se dando e que está aberto é mais difícil, mais interessante, muito mais potente. É ousar, é deixar um legado ou abrir modos de compor mundo, acho que é isso que se trata. (CECCIM, 29 mai. 2014).

Conforme já destacado, o processo de saúde/doença sofreu modificações em termos de amplitude das incidências, abrangências, situações epidemiológicas e patológicas, e que, por essas necessidades que emergiam da mudança social, cultural e academicamente, outros meios foram necessários para responder às demandas dos indivíduos. É, portanto, a partir desse meio maleável e penetrável da concepção de aprendizagem inacabada, a educação foi ao encontro dos sujeitos e estreitou laços para estabelecer novas possibilidades de interação, refinando os modos para conceber novas formas de realizar saúde.

Educação Permanente em Saúde e Educação Popular surgiram como inspiração para a formação de indivíduos, com o propósito de estender a suas necessidades de saúde às possibilidades de serem utilizadas enquanto experiências válidas na nova construção do saber. Seu início não estava na escola, mas na vida, naquilo já empreendido através

das vivências. O conhecimento de saúde da população do campo, da roça e do urbano exprime substancialidade suficiente para as novas construções do enfermeiro e do indivíduo. As mudanças, portanto, vão ocorrer a partir do (re)posicionamento da população e dos serviços, culminando em novos saberes populares e transdisciplinares.

A partir dessas experiências motivadas, a construção das portarias GM/MS n. 198/2004 e GM/MS n. 1.996/2007, que tratam da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, e, mais recentemente, a Portaria GM/MS n. 2.761/2013, que institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde, o Ministério tem estimulado mudança nas práticas em saúde, sobretudo, tentando articular os segmentos do quadrilátero.

Nas diretrizes das duas portarias encontram-se preceitos que tomam os sujeitos como foco principal, preservando o marco do Sistema de Saúde. Representar e caminhar por entre a educação libertária é caminhar junto na estrada, construindo pontes capazes de encontrar sinergia entre os indivíduos, de forma a contribuir para que todos caminhem em direção à emancipação durante seu processo de vida, entendendo, portanto, que a vida é saúde, é dignidade, é ter condições para ir além de processos que evitem a instalação de patologias ou garantam sua resolução.

Esses eixos que permeiam as duas portarias reconhecem essa libertação como processo de construção da consciência crítica, sobretudo quando observamos as diretrizes da Política Nacional de Educação Popular em Saúde, que, em seu art. Art. 3º, é orientada pelos seguintes princípios: I - diálogo; II - amorosidade; III - problematização; IV - construção compartilhada do conhecimento; V - emancipação; e VI - compromisso com a construção do projeto democrático e popular.

É nesse sentido, de aspiração emancipatória e decisória, que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foi pensada. Sua ideia se expandiu não só pela sua magnitude, mas principalmente pelas ações inconscientes travadas nas relações da saúde, porque a saúde só ocorre de fato pelas relações, e potencialidade do encontro entre os sujeitos que ela envolve.

É na Atenção Básica que surgem demandas complexas, geradoras de tensões no campo do trabalho em saúde, isso, porque a equipe da Unidade Básica de Saúde tem condições de detectar outros fatores condicionantes, como, por exemplo, a doença social que resulta em carências que permeiam e geram processos patológicos, entre eles, a violência, a fome, o abandono, a necessidade do humano: física, psíquica, estrutural, econômica, afetiva, moral, como também do conhecimento.

Reconhecer-se como enfermeiro, gestor, educador e usuário, faz parte do cotidiano, porém, apresentar-se como corresponsável frente às Políticas Públicas e extrapolar esse posicionamento é despertar para atuar “[...] *é mobilizar o cidadão comum a participar, trazer do controle social da saúde figuras até então invisíveis, que historicamente não participa, de conselhos e conferências, mas podem contribuir com os avanços do SUS*” (SOCORRO DOMINGUEZ, 2014, p. 11).

A EPS é potente quando identifica e problematiza situações, porém em contrapartida ela é determinante quando responde aos problemas, revelando os meios e modos de formular tessituras estratégicas, capazes de operar novos meios, novos modos e novas práticas, revelando mentalidades já diferentes a partir do que foi vivenciado/inventado nos coletivos e nos encontros.

Na entrevista da RADIS, duas perguntas realizadas pelo repórter Bruno Dominguez (2014, p. 17) são significativas para a reflexão a partir do processo investigativo e constatações desse estudo, as indagações foram: “1 - Como fazer com que grupos invisíveis, pouco potentes, tenham voz e que seus interesses sejam ouvidos? 2 - Como extrapolar a estrutura tradicional de modo a garantir que os segmentos populares sejam incorporados como atores significativos?”.

A partir das destas problematizações podemos partir do pressuposto que a EPS, como vertente pedagógica e com a força de uma política pública financiada, conseguirá repercutir nos espaços de saúde como meio de aprendizagem significativa, de mudança dos paradigmas educativos prescritivos para a construção dos encontros pedagógicos a partir dos sujeitos. Seus recursos repercutirão em processos de qualificação próximos e distantes do modelo pedagógico da EPS, porém, será o começo de ações que resultarão no conhecimento da Portaria GM/MS n. 1.996/2007, sendo esse um começo para profissionais, gestores e usuários, ouvirem falar da EPS, articulando-se para questionar a utilização de recursos e diálogos que contemplem a EPS como pauta.

Outra ação, diferente do financiamento e do enquadramento da PNEPS, é investir na transformação socioeducativa e política, utilizando a metodologia problematizadora da Educação Permanente na Saúde, como concepção educacional para vida, direcionada às transformações das mentalidades dos sujeitos e suas práticas, temática que finalizaremos o último capítulo.

4.1 Os reflexos das ações do enfermeiro na formação do quadrilátero da saúde em Mato Grosso

Durante o percurso do estudo, quando iniciadas as análises dos dados, sobretudo aqueles orais, foi-se constituindo a percepção que os enfermeiros ligados à ESF já realizavam ações que se aproximam da Educação Permanente em Saúde, eles já tinham a sensibilidade em considerar a importância da participação dos usuários das UBS nos processos programáticos e decisórios. Percebeu-se que durante os atendimentos e nas reuniões em grupos de educação em saúde das USF, fomentava-se também a ideia da formação de Conselhos Gestores. Essa ação estabelece elos entre os agentes dos territórios e fortalece a capacidade de formação do quadrilátero da saúde nessas localidades.

Esse processo de garantia do controle social vem se desenvolvendo desde a RSB, em 1960. Durante uma das entrevistas oferecida para a RADIS, Bruno Dominguez (2014) destacou que o Governo Federal instituiu, em maio de 2014, a Política Nacional de Participação Social (PNPS). É nessa seara de Políticas de Educação na Saúde que a importância do controle social passou a ser reconhecido como elemento fundamental para pensar nas políticas locais de saúde e nas articulações entre os entes federados e o povo, nesse sentido, a população organizadamente representada adquire direito a voto e veto.

Comparando as estratégias do Ministério da Saúde de fortalecimento dos Conselhos Gestores, a partir das falas dos enfermeiros entrevistados, constata-se que esses movimentos têm ocorrido de forma tímida, porém, a partir das trocas de informações, esses sujeitos criaram laços, passando a se encontrar para discussão e encaminhamento de propostas que repercutirão nas suas vidas. Esse processo é gestado e gerido pelo sujeito comum, o “cara do bairro” o “transeunte”, o

“morador”. Essas pessoas, silenciadas, a partir daí eram motivadas a representar seu bairro, sua comunidade e a reivindicar direitos sociais muitas vezes negligenciados.

Os enfermeiros entrevistados consideraram que a população tem se organizado na formação de colegiados (quadrilátero), e que o poder público, de outro lado, tem incentivado a formação de conselhos gestores nas Unidades de Saúde.

Chumbo considerou: “[...] *ao invés de fazer dois Conselhos Gestores separados, isso de certa forma iria dividir mais ainda, fragmentar mais o trabalho e as equipes também [...]. Foram tirados representantes das duas comunidades para formar. Quando um for atrás, um vai ajudar o outro, os benefícios vão para as duas equipes [...]*” (CHUMBO, 11 jun. 2014).

O movimento para formar Conselhos Gestores na ESF onde atua Esmeralda alcançou resultados: “*Se fosse somente a minha, eu falaria para você que seria mais fácil para eu montar e para eu conduzir, porque, como você vai conduzir três Conselhos Gestores no mesmo bairro? É complicado! Porque as necessidades são somente uma, mas, de repente, a prioridade de cada Unidade, fez com que nenhuma fosse para frente [...]*” (ESMERALDA, 22 maio 2014).

Diferentemente da Unidade de Saúde de Chumbo, que conseguiu articular as duas equipes com representantes dos bairros para formação de um Conselho Gestor, a ESF de Esmeralda dividiu território com outras duas Unidades de Saúde que não conseguiram se articular para a formação de colegiado comum. A entrevistada afirma que seria mais fácil criar separadamente, uma vez que as necessidades eram as mesmas, porém as prioridades, a partir da visão e avaliação das equipes, se diferenciavam.

Cristal, sobre a sua ESF, considera: “[...] a comunidade é bastante presente e exige bastante de nós, no sentido de darmos respostas a eles. O que temos mais é o Presidente de bairro que participa muito conosco, eles sempre estão lá, e se tem um complicação e precisamos sentar todos para resolver, sentamos todos juntos [...]” (CRISTAL, 22 maio 2014). A enfermeira Cristal considerou ainda que o Conselho Gestor está em processo de formação, mas que, mesmo antes do movimento da formação desse colegiado, eles já se organizavam junto à comunidade e ao presidente do bairro. Quando estimulada a falar dessa experiência ela revelou: “É prazeroso! Porque daquele problema conseguimos resolver e deixa de ser um problema e passamos a vê-lo como um exemplo de acontecimentos que muda e traz benefícios [...]” (CRISTAL, 22 maio 2014).

Para Aço, o processo de formação do colegiado ocorre no campo da educação na saúde. A enfermeira considerou: “Até coisas íntimas, que a gente tinha dificuldade aqui, eles te abordam para poder perguntar, para a gente orientar, então, a gente ganhou um vínculo muito grande com a população, depois da educação em saúde que a gente começou a fazer” (AÇO, 23 maio 2014).

São quatro realidades diferentes dentro de um mesmo contexto de formação colegiada de Conselhos Gestores das ESF. As enfermeiras expressaram sentimentos diferentes, descrevem realidades e situações que revelaram os fatores conflitantes para reunião e consolidação do movimento organizado da população, quanto ao controle social local.

A partir do que considerou Chumbo, a sua ESF está mais avançada na construção e consolidação desse grupo. Para Esmeralda, há uma situação conflitante em organizar um colegiado com representantes das três equipes que tangenciam seu território. Já Cristal revela que ações colegiadas ocorrem mesmo sem a formação do Conselho Gestor, e que suas dificuldades são compartilhadas com o presidente do bairro

e alguns representantes da comunidade. Aço, mesmo não deixando explícita a formação do Conselho Gestor, afirmou que as ações educativo-coletivas têm ocorrido, resultando em mais afinidade e proximidade com a comunidade.

Analisando a situação, percebe-se que os movimentos de formação dos colegiados estão ocorrendo, alguns de forma organizada e compartilhada (articulada), outros de forma solitária e lenta (desarticulada), porém percebe-se que existe ganho qualitativo e educativo até mesmo no dissenso, pois os coletivos vão aprendendo a aprender a partir do acúmulo das experiências. Embora a passos lentos e conflitantes, as equipes têm reservado tempo para dialogar sobre a formação dos Conselhos Gestores.

A situação de conflito entre eles culmina também em aprendizado, na formulação de estratégias de integração ou mesmo de compreensão de que os conflitos e dificuldades para formação do colegiado se configuram em caminho construtor de conhecimento e novas possibilidades de articulação. Nesses casos, os fatores conflitantes (também educativos), emanam das práticas dos profissionais, das pessoas que certamente deveriam estar preparadas para reconhecer as ações dialógicas como facilitadoras. Sendo assim, podemos compreender que as complexidades do setor da saúde não se circunscrevem somente a patologias e tecnologias duras, mas que evidenciam como fator fundamental, a comunicação entre os sujeitos.

Nos territórios de atuação dos enfermeiros, foi enfatizado que as reuniões acontecem em espaços precários, sem estrutura física adequada ou mesmo recursos pedagógicos para tornar as reuniões mais dinâmicas; mesmo assim, a população tem se mostrado presente e propõe o que gostariam de dialogar nos encontros. Essas reuniões

são muito importantes, revelando situações que estariam invisíveis aos olhos dos profissionais.

A capacidade de estabelecer a comunicação foi evidenciada na ESF, mas também na gestão da saúde municipal. No nível central, essa preocupação está reconhecida como fator conflitante e desmotivador, estampado no Plano Municipal de Saúde do município de Cuiabá, ano de 2010, que apresenta o panorama:

A Análise Situacional mostrou como principais problemas de gestão inexistência de Políticas de Gestão de Pessoas, precarização do trabalho, ineficiência das práticas de comunicação e informação, financiamento (insuficiência de recursos financeiros, foco em média e alta complexidade, prioridade ao setor privado), modelo de gestão não focado em resultados, planejamento desarticulado com orçamento, gestão de processos inexistente, insuficiência de manutenção preventiva e corretiva da estrutura física, equipamentos e materiais, fragilidade do controle e participação social, gestão centralizada, estrutura organizacional inadequada, judicialização da Saúde. (CUIABÁ. Prefeitura Municipal, 2010, p. 11).

Articular e refletir sobre as situações que os cercam, destacando o que poderiam resolver ou mesmo formular junto aos organismos governamentais no estabelecimento de parcerias, é o início para as expressões práticas da EPS com potencialidade para atingir os sujeitos e territórios, aproximando ideias e movimentações que reafirmem o potencial político e mobilizatório dos coletivos locais. Se mesmo em situações conflitantes os sujeitos passam a agir em conjunto, construindo possibilidades, cenários e estratégias que interligam pressupostos da

política, educação e saúde, construirão caminhos para a construção de respostas aplicáveis ao seu local de pertencimento.

Segundo reportagem apresentada na revista RADIS (DOMINGUEZ, 2014), os movimentos para constituição dos colegiados de controle social têm revelado que o número dos Conselhos de Representações Sociais, Conferências de Saúde e Ouvidorias voltadas a escutar a população têm aumentado significativamente. Todo esse aparato estatal foi motivado pelas reivindicações da população organizada, das micropolíticas que foram articuladas, culminando na criação de movimentos.

As ações dos Enfermeiros no âmbito local têm papel fundamental na gênese dos movimentos sociais, no sentido de reorganizar situações conflitantes, transformando-as em oportunidades construtoras do conhecimento local e da organização política a partir dos colegiados da comunidade. Isso é retirar da ingenuidade e da ‘ociosidade sociopolítica’ indivíduos que antes esperavam por ações da gestão central ou local. As ações são, portanto, orientadas para a transformação dos sujeitos e práticas, reconhecendo os indivíduos como agentes educadores e políticos, conforme afirmou Aço: *“Porque a gente não fala só de doença em si, a gente fala de um geral com eles, por isso que eu te falei que acabou virando família, entendeu! Briga com o marido e corre aqui no posto para fazer conciliação, então assim, a gente virou família [...]”* (AÇO, 23 maio 2014). A equipe da ESF passa a ser reconhecida como referência na comunidade, os profissionais transformam-se em pessoas próximas, capazes de interceder e influenciar questões íntimas das famílias. As situações da saúde nesses casos são complexas, pois a situação vivida ocasiona uma relação de educação social, estabelece uma linha tênue e duvidosa, de onde e quando a equipe de saúde deve e pode atuar.

As análises das falas dos enfermeiros auxiliaram na compreensão, conforme propuseram Merhy e Feuerwerker (s.d. p. 2):

O sofrimento humano na sua existência real tem expressão muito singular e complexa; está muito além de um resultado particular de um fenômeno mais geral. Podemos e devemos olhar o sofrimento humano de outros ângulos (históricos e sociais e no plano singular de cada situação). A “clínica do corpo de órgãos” entra em questão, pois não basta construir saberes científicos para dar conta de produzir abordagens mais satisfatórias dos processos singulares de produção de existências singulares e coletivas (pois é disso que se trata a vida).

Os saberes singulares, considerando a perspectiva da EPS, são importantes à medida que observamos os cenários das macro e micro políticas com as dimensões do olhar ampliado, a reconhecer partes ainda não observadas e que estiveram isoladas, mas não deixaram de compor o cenário retratado. A dimensão da imagem que propõe a Educação Permanente na Saúde está no sujeito, cabendo a ele compreender, desvelar e aplicar no seu cotidiano.

O trabalho do enfermeiro e as relações políticas enfrentadas nos territórios desdobram-se em variadas situações e complexidades. Portanto, a articulação coletiva depende do grau de comprometimento, de intencionalidade e da concepção política educativa adotada. No entanto, conforme propuseram Merhy e Feuerwerker (2014), não é a produção de “coisas” específicas aos processos singulares, uma vez que a vida é mais ampla e exige respostas que sirvam ao simples e ao complexo, respectivamente.

O Quadro 3 apresentado a seguir, publicada pela RADIS (DOMINGUEZ, 2014, p. 14), destaca a participação social nas decisões

públicas que levaram à aprovação de leis e formulação de políticas públicas a partir das movimentações populares. Elas procuram enfatizar quais foram os espaços que garantiram a participação popular direta, a partir da Constituição Federal de 1988, e, sobretudo, os resultados dessas participações, os produtos que se configuraram em políticas públicas, iniciando pela aprovação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Quadro 4 - Políticas Públicas aprovadas a partir das conferências que envolvem o tema saúde e preveem a participação social.

Resultado da participação social na construção de políticas públicas que resultaram de iniciativas da sociedade civil em conferências	
Conferência Nacional de Saúde	Sistema Único de Saúde
Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional	<ul style="list-style-type: none"> • Plano Brasil Sem Miséria • Lei da Agricultura Familiar • Lei Orgânica da Segurança Alimentar e Nutricional • Programa de Aquisição de Alimentos • Lei da Alimentação Escolar
Conferência Nacional das Políticas para Mulheres	<ul style="list-style-type: none"> • Lei Maria da Penha • I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
Conferência Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente	<ul style="list-style-type: none"> • Plano Nacional de Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção do Trabalho do Adolescente
Conferência Nacional da Juventude	<ul style="list-style-type: none"> • Plano Juventude Viva
Conferência Nacional da Assistência Social	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema Único de Assistência Social

Conferência Nacional do Meio Ambiente	<ul style="list-style-type: none"> • Plano de Ação e Prevenção e Controle do Desmatamento na Amazônia Legal • Lei de Gestão de Florestas Públicas • Política e Plano Nacional de Mudanças do Clima (atualmente em tramitação no Senado Federal)
Conferência Nacional dos Direitos do Idoso	<ul style="list-style-type: none"> • Rede Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa • Estatuto do Idoso
Conferência Nacional do Desenvolvimento Rural Sustentável	<ul style="list-style-type: none"> • Plano Nacional do Desenvolvimento Rural Sustentável

Fonte: IPEA - Revista RADIS (2014, p. 16)

Nota: construção do autor.

As ações populares têm conquistado espaço nas discussões, visto emergirem dos microterritórios e das organizações das micropolíticas. Desde a reforma sanitária, as discussões, mesmo que timidamente, têm fortalecido a ideia de que a manutenção da plenitude da saúde depende de diversos aspectos. As ações empreendidas estão contribuindo para desmistificar o que destacaram Merhy e Feuerwerker (2014, p. 2): “Por outro lado, essa relação empobrecida, em que o outro é tomado como corpo biológico e objeto da ação e que deslegitima todos os outros saberes sobre saúde, é vertical, unidirecional, como se prescindisse da ação/cooperação de quem está sendo -tratado-”.

Os profissionais de saúde e as organizações colegiadas que tratam de saúde estão reconhecendo que os modelos antigos não resultam em processos eficazes. Portanto, a retomada da consciência da população e dos profissionais, interagindo em esforços que culminem em processos que formam os coletivos, aos poucos vão contribuindo

do para a compreensão de que fatores, como educação, dialogicidade, emancipação, capacidade de articulação para assuntos relacionados ao Sistema de Saúde, têm, mesmo que vagarosamente, recuperado o Ser político capaz de discutir e se posicionar frente aos processos de saúde e culturais, reafirmando seus direitos constitucionais garantidos em lei. Portanto, conforme descreveu Ceccim e Caballero (2013, p. 6):

O ensino – com recursos de educação permanente em saúde e integração ensino-serviço – e a pesquisa – com recursos de pesquisa-ação e produção de conhecimento crítico-colaborativo – colocaram o trabalho como lugar sempre inacabado e de constante criação. Também configuraram a educação como de território de práticas e estudo sobre como podem ser conduzidas novas abordagens teórico-metodológicas no sistema de saúde e como a educação superior pode comprometer-se com o cotidiano, sem redução de seu fazer altamente acadêmico e comprometido com a produção de saberes.

A participação social, seja ela organizada ou não, configura-se como um dos caminhos para a população fortalecer seu papel social frente ao Estado definidor dos meios que dificultam a manutenção do exercício dos direitos sociais, muitas vezes por burocracias e mudanças no âmbito legislativo. Reivindicar articuladamente, por coletivos em associações de bairros, reuniões em Unidades de Saúde, grêmios ou reuniões informais, possibilita a formulação de ideias ampliadas que tenham repercussão social e política.

Relações colegiadas permitem criar fórmulas para percorrer o Sistema de Saúde e propor mudanças no reconhecimento de particularidades educativas, sociais e culturais que têm o propósito de respeitar

as necessidades que emergem do da comunidade, conforme identificou Paulo Freire (2013b, p. 147):

É neste sentido que volto a insistir na necessidade imperiosa que tem o educador ou a educadora progressista de se familiarizar com a sintaxe, com a semântica dos grupos populares, de entender como fazem eles sua leitura do mundo, de perceber suas “manhas” indispensáveis à cultura de resistência que vai se constituindo e sem a qual não podem defender-se da violência a que estão submetidos.

Os enfermeiros, em seus espaços, têm trabalhado pelo direito de ter voz e possibilidade de agir, seja para si mesmo, ou para representar os demais que formam a comunidade e os colegiados, compreendendo, sobretudo, que durante as ações coletivas de educação estão imbricadas, nos processos dialógicos e relacionais, trocas de informações que se configuram em atos de aprendizado, na formação de saberes para a sua vida. Essa emancipação nem sempre é clara, mas determinante no processo de responsabilização sobre sua consciência e posicionamento de respostas através de si para mundo.

4.2 Educação Permanente em Saúde e Educação Popular a partir do enfermeiro matogrossense: repercussões no campo político, identitário e do conhecimento

Foi possível destacar, através das análises durante o percurso historiográfico, ‘situações problemas’ e ‘situações exitosas’ quanto à implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, como também expressões próximas ao que compreendemos ser a Educação Permanente em Saúde e a Educação Popular, processo resultante

do estabelecimento de relações dialógicas capazes de produzir conhecimento e articulação política que direcionou os indivíduos a refletir sobre as concepções emancipatórias, identitárias e políticas para a ‘saúde da sua vida’.

Conforme a proposta da PNEPS, acreditamos que a Educação Permanente veio, através da Política de Educação na Saúde, marcar novos paradigmas aos profissionais de saúde, sobretudo, aos enfermeiros. O Servidor I do DEGES, durante entrevista, caracterizou a PNEPS a partir das ações do DEGES:

A Política de Educação Permanente em Saúde era marcada por uma ação transversal as demais políticas que o Ministério da Saúde já desenvolvia. No entanto, a partir dessas considerações, podemos compreender que quaisquer ações que o DEGES pudesse participar ou capturar no âmbito ministerial teria aspectos da Educação Permanente em Saúde nas suas entrelinhas e práticas. (SERVIDOR I – DEGES, 30 maio 2014).

Redefinir espaços políticos e educativos, assim como práticas, a partir da Política de Saúde e da concepção de Educação Popular, é também utilizar o dispositivo legal para garantir recursos, estabelecer proximidade com os segmentos previstos na formação do quadrilátero da saúde, mas é, sobretudo, adotar um posicionamento frente à concepção de construção social, política e educativa, que ajuda no despertar do sujeito quanto ao seu papel social nas políticas públicas.

As mudanças das ações que o EPS propôs eram direcionadas à ideia inovadora que afetava diretamente sujeitos em territórios, surgindo como capaz de enfrentar não somente situações de saúde como também situações políticas. O Ministério da Saúde apostou na ideia e a transformou em processos regulamentados, sobretudo para amparar

recursos públicos, de forma a fomentar extenso processo operacional na reorganização de política e práticas dos profissionais, num cenário complexo como o da saúde.

A análise da Política realizada por Ceccim, durante entrevista, destacou os elementos fundamentais para aglutinar a EPS como capazes de estimular mudanças nas práticas dos profissionais de saúde e estimular diálogos com o setor popular. O entrevistado afirmou:

A gente tinha uma configuração de Departamento com uma Coordenação-Geral que era a de educação popular, chamávamos assim porque, de alguma maneira, o que a gente queria marcar, era a escuta diferenciada que movimentos sociais e movimentos de usuários requerem. Não é o mesmo conteúdo da gestão ou da instituição formadora em saúde. A educação popular tem um conteúdo próprio. Era preciso marcar esse lugar, atribuir-lhe importância de interlocução à formação para a gestão ou para as práticas ou mesmo para o ensinar saúde. (CECCIM, 29 mar. 2014).

Os apontamentos realizados por ele marcam outros modos para realização da EPS, quando considera: “o que a gente queria marcar, era a escuta diferenciada que movimentos sociais e movimentos de usuários requerem” (CECCIM, 29 mar. 2014). Essa concepção de encontro que propõe diálogos e extrapola a dimensão do modelo de gestão de trabalho e de recurso financeiro, repercute no fortalecimento dos coletivos, dos movimentos sociais, dos colegiados, do encontro com os usuários de saúde, vistos como agentes sociais e reconhecidos como peças importantes na engrenagem da representação política dentro do sistema de saúde.

Fortalecer a PNEPS, destituindo o caráter pedagógico a que ela se propõe é como provocar um “vácuo” que desencadearia o enfraquecimento da sua potencialidade enquanto concepção política e educativa

popular, portanto, além de fomentar a PNEPS, é importante reconhecer que, através da EPS, estimula-se e a capacidade de mobilização trazida no cunho político agregador e dialógico, vertido aos propósitos educacionais que esses encontros proporcionam.

Esse novo posicionamento envolve a transdisciplinaridade e transversalidade que atravessam o conhecimento e os sujeitos, na tentativa de compreender e empreender modificações estratégicas no campo da educação e política no mundo do trabalho, ou seja, de alcançar a consciência crítica através da reflexão.

A EPS e seu caráter transformador do campo popular, direcionando-se ao fortalecimento e transformação identidade do povo, do profissional e das posturas político-ético-sociais, como também, ao estimular os sujeitos envolvidos na saúde para reações que suscitem outras formas de influenciar os movimentos educacionais e educativos em saúde, reforçando a lógica de produção que propuseram Merhy e Franco (s/d. p. 12) “nos modelos centrados no mundo das necessidades de qualificação da vida, individual e coletiva, dos usuários, há que deslocar o centro tecnológico para o mundo das tecnologias leves, relacionais”, ou seja, das tecnologias criadas a partir das relações e subjetividades que surgem dos encontros entre o usuário, o trabalhador de saúde e o mundo que os cerca.

Trazer evidências ou processos que a Educação Permanente na Saúde desenvolveu, ou mesmo aqueles que ela influenciou, é inexoravelmente fruto de grande esforço analítico. Pensar nessa perspectiva educativa a partir dos diálogos dos sujeitos e perceber o que cada um já está desenvolvendo, é destacar aspectos quase que orgânicos, quando consideramos que a EPS pretende despertar aquilo que cada sujeito traz consigo na trajetória de vida.

Marcada pelo encontro, significa propor, através da postura libertária, a ampliação e a transposição de dimensões, através do educar-se durante os processos que motivam as atividades de saúde, para que transcendam o campo de práticas e atuem naquilo que os sujeitos acreditam que podem desenvolver em si. É acreditar, sobretudo, na capacidade de enfrentar as repercussões da saúde no dia-a-dia, acreditando na capacidade de transformar no sentido de “causar”, “gerir” e “gerar” tensões que se constituam em novas práticas, criando interação entre o campo saúde, os da educação e do conhecimento para a reorganização do sistema de saúde e a re-politização do agente social.

Durante as entrevistas com os sujeitos, todos foram convidados a refletir sobre a Portaria GM/MS n. 1.996/2007, que regulamentou o PNEPS. Porém, unanimemente afirmaram não ter lido a portaria, ou conhecê-la na íntegra. No entanto, demos continuidade ao diálogo, com o propósito de conhecer a rotina desses sujeitos. Nesse sentido, as perguntas mudaram de foco para saber como eles trabalhavam com a educação na saúde e como esses assuntos surgiam. Naquele momento, identificamos aspectos da Educação Permanente e Educação Popular.

A partir dessa retomada, houve unanimidade em considerar os encontros dos grupos de saúde como uma ‘porta aberta’ para discussões coletivas nas Unidades de Saúde, e que neles conseguiam articular novas propostas, dialogar e resolver os problemas de saúde, considerando as dúvidas que sujeitos da comunidade traziam a partir das situações vivenciadas consigo ou com familiares.

A EPS estabelece os encontros entre os sujeitos e os territórios que, para além da portaria ministerial, é uma forma captar, dentro dos territórios os longínquos, as experiências que são ensejadas/encetadas,

as quais são capazes de revolucionar ou reinventar modos que deem respostas próximas às necessidades de cada comunidade.

Tangenciando o que enfatizou Ceccim, na entrevista sobre experiências que ocorrem na Zona da Mata, foi que nos propusemos a captar as percepções entre os sujeitos do meio urbano. Apesar de dispor de mais estrutura e condições para ação, podemos considerar que os profissionais da saúde e os usuários desconsideraram as experiências populares, saberes e vivências como processos significativos de aprendizagem.

A Política de Educação em Saúde, com seu caráter social voltado à construção de saberes, direciona responsabilidades aos sujeitos do quadrilátero, sobretudo, quando propõe que eles devem se posicionar enquanto sujeitos ativos que estão em constante construção da condição de saúde, educação e condições de vida. Convida a todos a repensar e caminhar por meios não pré-editados e formais, mas pela condição de “eu te ofereço o que já aprendi na vida” enquanto possibilidade de utilizar as experiências do cotidiano como início de novos processos que possam desencadear discussões e gerar propostas inovadoras.

Enfrentar os problemas de saúde na perspectiva dos encontros e diálogos não é garantir resolvê-los em sua totalidade, ou mesmo garantir satisfação e eficiência na formulação de propostas positivas, pelo contrário, é buscar encontrar propósito naquilo que está sendo feito e o que se espera alcançar para obtenção de melhorias, sempre preservando o encontro, o diálogo e a capacidade política da coletividade, seja ela organizada de forma colegiada ou não.

É a partir dos movimentos entre os sujeitos que a cultura popular fica em evidência e, à medida que se aglutinam as vivências, elas mesmas, constroem culturas sociais, pelo caráter próprio de

reconhecimento dos núcleos que a formularam, e terminam excluindo o que não serve para afirmar a identidade dos sujeitos que as forjou, pois não reconhecem sua imagem cultural retratada, ou mesmo a condição de saúde atual que respeite suas características sociais e necessidades.

Consideramos que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde traz consigo alguns aspectos da Educação Popular defendidos por Paulo Freire, mas ela é a materialização de uma possibilidade pedagógica em aberto, buscando colocar em exercício movimentos que “convoquem” profissionais de saúde a pensar-agir-querer modificados, no sentido de serem mais propositivos, criativos e desafiadores de valores, mas também dos sujeitos envolvidos nos processos.

Agir, pensar e atuar na saúde, quando dialógico e afetivo, influencia as mentalidades, reforçando o mais importante: que o processo de aprender é dinâmico e só ocorre pelo encontro de sujeitos. Nesse sentido, podemos considerar que o sujeito aprimora-se a partir do processo de aprender a aprender, que tem como resultante o sentido de autoeducação/autogestão que a EPS busca despertar no enfermeiro, usuário, trabalhador, educador e gestor da saúde.

Os enfermeiros de Cuiabá, partícipes do estudo, destacaram sua preocupação em atender à comunidade, e demonstraram abertura para processos dialógicos, sobretudo quando falaram da inserção de alunos da saúde nas suas Unidades, para articular o PET-Saúde, portanto, ela pode ser despertada na formação, mas pode também ocorrer em situações posteriores à formação.

Essa perspectiva pedagógica da EPS que estimula para a produção do próprio conhecimento reconhece no outro um aporte de saberes significativos construídos no cotidiano da vida. Isso é fundamental

para destacar a importância dos agentes da comunidade com seus saberes tácitos, e trabalhadores de saúde das UBS, com seus saberes técnicos, essa sinergia de troca de saberes reestrutura a prática do enfermeiro, (re)significa o saber popular e fortalece as parcerias nos territórios, portanto é resultado da construção partilhada, utilizando os espaços e experiências culturais no processo de aprendizagem.

É através de ‘encontros’ entre os atores do SUS e seus ‘cenários’, construídos pelos profissionais e os usuários, que se criam possibilidades de enfrentamento, como também a capacidade de aprimorar processos condizentes com a melhoria do trabalho, mas também questões político-educativas que tangenciam o servidor público. Em um mundo dinâmico, onde tudo está em transformação, deve acreditar que sua atividade contribuirá para mudanças de concepções e posicionamentos, significando repensar em si, observando os aspectos que permeiam o trabalho e a vida.

Quanto à vida e ao trabalho, o binômio que permeia o cotidiano, ora cegando, ora desvelando para a liberdade, Paulo Freire (2013b, p. 45) considerou: “A esperança de produzir o objeto é tão fundamental ao operário quanto indispensável é a esperança de refazer o mundo na luta dos oprimidos e das oprimidas”. O enfermeiro, em suas práticas do trabalho, sente a necessidade de realizá-las bem, com segurança, utilizando espaço, tempo, equipamentos e arcabouço necessários e que ofereçam amparo em situações de saúde do usuário, e da gestão e da educação na saúde.

Ao se deparar com situações de dúvida ou incapacidade de realizar qualquer prática, devido às condições materiais/estruturais, o profissional se frustra. Essa situação de impotência frente às situações do cotidiano, apesar do seu potencial educativo para a reflexão sobre si

e sobre a situação problema, representa a precariedade do trabalho na saúde, expressada por incongruências na gestão de recursos financeiros e materiais que interferem na oferta de saúde pública no país.

Nesse sentido, a educação pelo trabalho se configura como uma forma complexa e potente, capaz de envolver sujeitos a despertar para outros posicionamentos sociais que resultem na reorganização do sistema e aponte novos caminhos para a despreciação do trabalho e dos serviços de saúde, pois, conforme sugeriu Paulo Freire (2013b, p. 45): “Ninguém, chega a parte alguma só, muito menos ao exílio”. Portanto, quando reconhecem a força política que detêm, o trabalhador galga novos panoramas no espaço de trabalho e o no meio social, a partir de construções com os seus coletivos.

O acesso ao exílio do conhecimento dependerá da postura adotada pelos segmentos do quadrilátero, pois, as aspirações que emergem do ensino, serviço, comunidade e gestão do sistema constroem elos que interferem e mudam concepções do sujeito e suas formas de operacionalizar. Valla (2014, p. 36) propôs uma reflexão, ao perguntar “Se sou referência, como chegar ao saber do outro?”, esclareceu pontos sobre a distância muito comum que se configura entre usuários e profissionais, e arrematou:

Ao relatar as relações de profissionais/mediadores com a população, uma contribuição importante parece ser a de citar o máximo possível a fala dela, pois tal procedimento permite que outros tenham a possibilidade de interpretar o que está sendo dito. A própria forma de relatar uma experiência indica a concepção de mundo de quem faz o relato. Nesse sentido, é possível afirmar que os profissionais e a população não vivem a mesma experiência da mesma maneira.

Reitero a reflexão desse autor no sentido de que o profissional da saúde, mesmo na condição de usuário, o é por direito, porém, está na condição de trabalhador, sentindo-se no dever de emitir algo que interfira na situação/problema, de intervir nas necessidades. Sobrepor essa condição não resolve o desafio de compreender a “fala dos subalternos”⁷, pois, valorizar o outro, é compreender que, além desses aspectos, é possível permitir que esse outro permeie consigo e em si, que desvele “angústias” significativas que estabeleçam relações/proximidades, ambas com potencial suficiente para revelar outra espécie de compreensão, a partir da experiência humana, capaz de destituir o indivíduo da condição de sabido para saber aprender em conjunto. Sobre isso, o autor considerou:

É provável que dentro da concepção de que os saberes dos profissionais e da população são iguais, esteja implícita a ideia de que o saber popular mimetiza o dos profissionais. Se a referência para o saber é profissional, tal postura dificulta a chegada do saber do outro. Os saberes da população são elaborados sobre experiência concreta, a partir das suas vivências, que são vividas de uma forma distinta daquela vivida pelo profissional. Nós oferecemos nosso saber por que pensamos que o da população é insuficiente, e por esta razão, inferior, quando, na realidade, é apenas diferente. (VALLA, 2014, p. 37).

No que propõe Ceccim (2005, p. 161), “[...] alcançar o desenvolvimento dos sistemas de saúde na região com reconhecimento de

7 Termo utilizado pelo autor para explicar a valorização do outro a partir da sua da fala, do conhecimento tácito. “Na realidade, essa discussão – que - certamente não é nova no campo da educação – trata das nossas dificuldades de interpretar as classes subalternas, e que a ‘crise da interpretação’ é nossa [...]” (VALLA apud MARTINS, 2014, p. 36).

que os serviços de saúde são organizações complexas em que somente a aprendizagem significativa será capaz da adesão dos trabalhadores aos processos de mudança no cotidiano”. A EPS, pelo caráter pedagógico de fortalecimento do controle social no processo de repensar as ações dos profissionais da saúde e da gestão do sistema, estabeleceu outra concepção política para o sistema de saúde, onde o sujeito pode reposicionar-se, educar-se e transformar-se *no* e *durante* o trabalho, a partir do cotidiano construído e desconstruído conforme sua concepção dinâmica de mundo, conforme considera Paulo Freire (2013a, p. 29) “nunca é, está sempre sendo”.

Algumas Considerações

O Brasil República, ao longo da sua história, tem almejado corrigir as heranças fundamentalmente pragmáticas quanto ao direito de acesso à educação e saúde. Nesse sentido, tem formulado e implementado políticas públicas no intuito de universalizar esses dois direitos sociais, como também determinar os paradigmas em torno desses dois aspectos históricos.

Em 1988, quando aprovada a Constituição Federal, os brasileiros tiveram o reconhecimento de suas reivindicações. A partir da promulgação da Constituição Cidadã ocorreram outros desdobramentos no que tangencia a educação e saúde no Brasil. Dada a importância social do direito à educação, ocorreu a criação expansiva da escola pública, como também aprovou-se a universalização do acesso à saúde e o Sistema Único de Saúde, devido à relevância social desse direito.

Junto ao processo de criação do SUS, a enfermagem se modificou, o perfil profissional “duro”, que se justificava pelas bases do saber centradas no modelo técnico científico e biomédico, tendeu a transformar-se a partir das novas bases epistemológicas, no sentido de construir respostas a outros processos, que (re)configuraram a educação e a construção do saber ser enfermeiro. Essa transformação possibilitou ao enfermeiro atuar em outros universos, como o da saúde pública, culminando em várias outras interações que destituíram a forte concepção do enfermeiro, antes restrita praticamente aos hospitais e pacientes hospitalizados. Esse advento aproximou esse profissional de outras realidades, discussões e determinantes, que já exprimiam a ideia da composição da nova organização e ordenação do trabalho em saúde, que, próxima da ideia de quadrilátero de saúde, foi concebida devido

à nova configuração de modelo de educar, cuidar e gerir *no e durante* o processo de trabalho.

A investigação enveredou-se, inicialmente, ao campo da história da educação, para compreender como a Educação Permanente, discutida tão fortemente entre as décadas de 1940 e 1960, foi incorporada como ideia central para organismos internacionais voltados à qualificação do profissional no contexto do desenvolvimentismo industrial, mas, também defendida como ideia mestra para configurar-se como possibilidade de transformação, não somente do trabalho, mas da concepção política e social da população, sobretudo no pensamento em defesa da escola sem muros, sem tempo escolar definitivo, mas da educação que fosse reconhecida a partir do percurso da vida e das experiências, ou seja, em defesa do aprendizado em tempo real para toda a vida e durante toda ela.

No segundo capítulo materializamos outras relações, voltadas ao contexto da educação e da saúde, recuperando os fatos históricos que demonstraram potencial para motivar a população brasileira ao processo de interação com os movimentos sociais, a academia e outras entidades não governamentais, para que, entre as décadas de 1960 e 1970, resultasse em ponto de partida para o reconhecimento da importância do fortalecimento da saúde pública, reorganização do sistema de saúde, e da garantia de acesso a saúde, pelos brasileiros.

A partir de 1970, durante o movimento sanitarista, mais tarde reconhecido como RSB, o Brasil, em meio ao colapso político e social instaurando no governo militar, realizou a V Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1975, aprovou o Sistema Nacional de Saúde. Mesmo com a ditadura e a censura, o movimento sanitarista se fortaleceu e seus reflexos culminaram na aprovação, durante a VIII Conferência

Nacional de Saúde (CNS), em 1988, de propostas voltadas para a saúde pública universal, que foi promulgada e homologada na Constituição Cidadã, como direito cidadão irrevogável.

O estado de Mato Grosso já evidenciava as repercussões que estavam acontecendo no cenário nacional, uma vez que suas políticas de saúde modificavam-se, sobretudo no que tangenciou à educação na saúde, pois motivou-se a vinda de profissionais de outros estados para trabalhar na formação de outros profissionais junto à Universidades e escolas de qualificação de profissionais de saúde de níveis elementar e médio.

Ao longo dos anos pós RSB, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem buscado alcançar sua autonomia, quanto no que diz respeito à formação dos seus recursos humanos, fortalecendo a discussão política e educativa em torno do trabalhador e do usuário de saúde, que detém o poder de controle social reconhecido. O Ministério da Saúde, justamente com estados da federação, tem buscado descentralizar ações, oferecendo autonomia à gestão local para que minimize o distanciamento de ações quanto à realidade local, repercutindo de forma mais efetiva e reconhecendo as necessidades da saúde local.

Toda a transformação nas políticas públicas, sobretudo as relacionadas à saúde, expressam que houve necessidade da agenda governamental acompanhar a dinamicidade histórica da sociedade e das necessidades do povo. Essas modificações no campo político e educativo motivaram a iniciativa de uma política que enfrentasse a tão sonhada repolitização do SUS e alcançasse os usuários. Portanto, a Educação Permanente, em 2003, que reconhece as experiências como potenciais educativos no trabalho, na sociedade, nos espaços populares, é discutida no âmbito do Ministério da Saúde, e, em 2004, através da portaria

GM/MS n. 198/2004, ganhou status de Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

Mato Grosso, a partir de 2003, já discutia a implementação da PNEPS com os agentes do Ministério da Saúde. No âmbito estadual, essa vertente pedagógica passou a ser implementada pelo Polo de Saúde da Família, mais tarde, pelo Polo de Educação Permanente em Saúde (PEPSUS), e, em 1995, quando aprovada a Comissão Integração Ensino-serviço, passou a ser regulada pelo colegiado da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e os membros dos segmentos ensino, serviço, gestão e comunidade para compor o colegiado da CIES Estadual.

Apesar de ser uma política recente, repactuada pela portaria GM/MS n. 1.996/2007, a PNEPS tem encontrado caminhos ora virtuosos, ora tortuosos. Essa constatação está exposta no terceiro e quatro capítulos. Podemos considerar como caminhos tortuosos mais evidentes, no campo da gestão do sistema, o desconhecimento da importância da PNEPS enquanto proposta inovadora e, sobretudo, potente, que tende a reorganizar as responsabilidades dos níveis de saúde estadual e municipal. Defendemos a proposta da PNEPS, mas também, atribuímos a ela outro patamar para além dos repasses de financiamentos entre os entes federados. Reconhecemos sua capacidade de vertente pedagógica à transformação dos sujeitos e seus cenários nos processos de autogestão e cogestão do sistema de saúde.

No quarto capítulo, a análise revela mais fortemente a concepção pedagógica quanto ao reconhecimento da materialização da EPS nos cenários das práticas de saúde/educativas e da discussão política de saúde. Esse processo tem sido próximo pelos enfermeiros e outros profissionais, pois, a partir dos seus relatos pudemos compreender que os trabalhadores da saúde, mesmo quando não conhecem as diretrizes da

legislação, têm fomentado, junto à população, a construção de coletivos locais capazes de transformar a identidade do povo, do profissional e do fortalecimento no processo quadrilateralizado, composto por agentes do ensino, serviço de saúde, gestão do sistema e da comunidade.

As análises permitiram apresentar e discutir também o panorama da saúde mato-grossense. Durante as visitas aos sujeitos, quando convidados a refletir sobre a compreensão da EPS no seu cotidiano do trabalho e da vida, pudemos observar a baixa qualidade das estruturas das Unidades de ESF, a reduzida equipe que se sente impossibilitada de atender a toda a população, como também o acúmulo de atividades e de solicitações do profissional enfermeiro para resolução de problemas. Mesmo assim, pudemos compreender que é por essas constatações que esse profissional cumpre papel fundamental nos espaços públicos de saúde, dado o seu reconhecimento social no fortalecimento do Sistema de Saúde Pública, e enquanto profissional com potencial polivalente, capaz de atuar na prática, na gestão, na educação e na politização, culminando na garantia de melhoria nesses espaços.

Apresentamos uma análise socio-histórica a partir daquilo que os sujeitos avaliam de si e sobre o seu trabalho, constatando que eles se organizam em coletivos, que articulam-se para propor e realizar ações do âmbito da saúde. Esse processo dialógico e afetivo tem repercutido no fortalecimento do SUS, na transformação dos processos de cuidado, nos processos de educação na saúde, capazes, sobretudo, de materializar a concepção da Educação Permanente em Saúde e Educação Popular como propostas educativas de vertente pedagógica, que surge nos encontros dos profissionais e dos usuários a partir de conversas, da ação de saúde, do cotidiano que é rico em

“objetos” problematizadores, os quais repercutem na ação, reflexão, e transformação dos sujeitos e seus espaços.

O objetivo de encontrar a vertente pedagógica da EPS materializada nas ações desenvolvidas acerca da PNEPS revelara principalmente que as ações de saúde são educativas, tem potencial transformador e conseguem estar presente em momentos variados, compreendidos entre a assistência, a gestão da unidade, da educação em saúde junto aos grupos, reforçando a ideia de reconfiguração da identidade do profissional, que, antes, técnico e centrado em práticas hospitalares, e atualmente construtor de conhecimento e de práticas em tempo real, articulador político e problematizador de situações do seu cotidiano de trabalho.

Reconhecemos que a formação do enfermeiro e a construção do conhecimento junto a população, na ESF, é infundável, na medida em que, a partir das relações, consegue propor e realizar mudanças em si e nos cenários da saúde. O conhecimento e a formação do profissional ocorrem em tempo integral, pois, a cada situação vivenciada há oportunidade com potência capaz de resultar em mudanças na identidade do enfermeiro, que reconhece em si outra identidade profissional, agora de enfermeiro político e educador, que cumpre o papel fundamental de fortalecer as políticas sociais a partir da construção de espaços, onde usuários e profissionais estão na mesma condição de educadores e construtores de saberes significativos e transformadores.

Portanto, construir processos do aprender e gerir em saúde demanda, além de técnicas capazes de atender aspectos exatos, mas, próximo de ser capaz de transformar dificuldades em possibilidades, subverter os obstáculos, contornar as distâncias ao encontro das diferenças, transformando-as em proximidades, relações que fortaleçam a

concepção de saúde que ultrapassa o cuidado, que determina a importância de utilizar manifestações da cultura popular, a fim de compreender e atuar por entre e dentro dos cenários.

Considerar essa análise como algo acabado, seria incoerente, tendo por base o pensamento proposto pela educação permanente, educação popular e educação permanente na saúde, que repercutem em ações educativas sem necessitar de espaço geográfico ou tempo escolar definidos, pelo contrário, reconhecem que os processos da construção do conhecimento, políticos e de cogestão acontecem no serviço, no ato do trabalho, a partir dos sujeitos. Portanto, acreditar que a discussão da EPS se esgotou nessa obra, nesse estudo, seria contrapor toda certeza que trouxemos ao longo desse trabalho, que a partir da produção das subjetividades entre o enfermeiro e os usuários, surge produção de conhecimento com aspectos da concepção empreendida pela própria EPS.

REFERÊNCIAS

AÇO. **Entrevista**. 23 maio 2014. Entrevistador: Fagner Luiz Lemes Rojas. Cuiabá, 2014. 1 arquivo Mp3. 35 min. 35 seg.

AROUCA, Lucila Schwantes. O Discurso sobre a educação Permanente (1960-1983). **Revista Pró-Posições**, Campinas-SP, v. 7, n. 2 (20), p. 65-78, jul. 1996.

AROUCA, Sérgio. Discurso de abertura. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (CNS), 8, 1986, Brasília, DF. **Anais...** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986. 29 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8conf_nac_anais.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2013.

BARRETO, Aparecida de Lourdes Paes. A Re(ação) popular ao sanitário no contexto da primeira República. In: SILVA, Adelmo Carvalho da; CARVALHO, Ademar de Lima; MACHADO, Aline Maria Batista (Org.). **Educação Popular, práxis pedagógica e cidadania**. Cuiabá: EdUFMT, 2011. p. 241-258.

BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO Rosangela Maria. As políticas de saúde no Brasil: Reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista da Escola de Enfermagem (Universidade de São Paulo)**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 380-398, dez. 1996. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reensp/v30n3/v30n3a04.pdf>>. Acesso em: 9 abr. 2014.

BOTTI, Cristina Santos. et al. Regionalização dos Serviços de Saúde em Mato Grosso: um estudo de caso da implantação do Consórcio intermunicipal de Saúde da Região do Teles Pires no período de 2000 a 2008. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 22, n. 3, p. 491-500, jul./set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica (DAB). **Política Nacional de Atenção Básica: Como funciona?** Equipe de Saúde da Família. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_como_funciona.php?conteudo=esf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica (DAB). **Unidade Geográfica:** Município - Cuiabá/MT. Competência: janeiro de 2004 a dezembro de 2010.

_____. **Constituição Federal.** Brasília, 1988.

_____. Ministério de Educação (MEC). Lei n. 4.024, de 20 de dezembro de 1961. Fixa as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l4024.htm. Acesso em: 10 mar. 2014.

_____. Ministério da Educação (MEC). Lei n. 5.692, de 11 de agosto de 1971. Fixa as Diretrizes e Bases para o ensino de 1º e 2º graus. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1970-1979/lei-5692-11-agosto-1971-357752-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 5 fev. 2017.

_____. Ministério da Educação (MEC). Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei9394_ldbn1.pdf. Acesso em: 5 fev. 2017.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (MEC). **História institucional.** Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/institucional/historia>. Acesso em: 5 fev. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH-SUS).** 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (Série J. Cadernos – MS: Cadernos Técnicos-CNS).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 198,** de 13 de Fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-198.htm>. Acesso em: 15 maio 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 1.996,** de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em saúde e dá outras providências.

cias. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-1996.htm>. Acesso em: 15 maio 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 2.761**, de 19 de Novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em: 25 mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 278**, de 27 de fev de 2014. Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde (MS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0278_27_02_2014.html. Acesso em: 26 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: **Políticas e Ações**. Brasília DF: Ministério da Saúde, 2011, 32 p. (Série B: Textos básicos de Saúde).

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

_____. Presidência da República. Casa Civil. Lei n. 8.080, de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 26 jul. 2013.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 26 jul. 2013.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Porto Alegre, v. 9, n. 16, p. 161 – 178, set. 2005. Disponível em: <<http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/educacaoopermanente.pdf>> Acesso em: 22 jul. 2013.

CECCIM, Ricardo Burg. **Entrevista**. 29 mar. 2014. Entrevistador: Fagner Luiz Lemes Rojas. Gramado, 2014. 1 arquivo Mp3. 38 min 10 seg.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Revista PHYSIS Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, mai. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>>. Acesso em: 06 jul. 2013.

CECCIM, Ricardo Burg; CABELLERO Raphael Maciel da Silva. Pesquisa-Ação e Educação Permanente como desenvolvimento e mobilização de capacidades institucionais na internação ensino-superior em saúde: Interrogação à política e administração da educação. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE POLÍTICA E ADMINISTRAÇÃO DE EDUCAÇÃO, 26., 2013, Recife. **Anais eletrônicos**. Recife: Associação Nacional de Política e Administração da Educação, 2013. Disponível em: <http://www.anpae.org.br/simposio26/1comunicacoes/RicardoBurgCeccim-ComunicacaoOral-int.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2014.

CHUMBO. **Entrevista**. 11 jun. 2014. Entrevistador: Fagner Luiz Lemes Rojas. Cuiabá, 2014. 1 arquivo Mp3. 1 h 11 min 46 seg.

COMISSÃO DE INTEGRAÇÃO DE ENSINO E SERVIÇO (CIES). Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso “Doutor Agrícola Paes de Barros”. **Ata n. 002 do dia 15 de setembro de 2010**. Comissão de Integração de Ensino e Serviço, 2010. 4 p.

CRISTAL. **Entrevista**. 22 mai. 2014. Entrevistador: Fagner Luiz Lemes Rojas. Cuiabá, 2014. 1 arquivo Mp3. 29 min 30 seg.

DOMINGUEZ, Bruno. As Vozes do Brasil. **Revista RADIS, Reunião Análise e Difusão de Informações sobre Saúde**, Rio de Janeiro, n. 144, p. 10-17, 2014.

DREIFUSS, René Armand. **1964**: A conquista do Estado, ação política, poder e golpe de classe. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1981. 814 p.

SCOREL, Sarah. **Entrevista**. Abr. 2005. Entrevistadores: Regina Abreu; Guilherme Franco Netto. Entrevista concedida ao Projeto Memória e Patrimônio da Saúde Pública no Brasil: a trajetória de Sérgio Arouca.

SCOREL, Sarah. **Reviravolta na Saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

ESMERALDA. Entrevista 22 mai. 2014. Entrevistador: Fagner Luiz Lemes Rojas. Cuiabá, 2014. 1 arquivo Mp3. 50 min 44 seg.

FERRO. Entrevista 27 jul. 2014 Entrevistador: Fagner Luiz Lemes Rojas. Cuiabá, 2014. 1 arquivo Mp3. 1 h 24 min 5 seg.

FURTER, Pierre. **Educação e Vida**: uma contribuição à definição da educação permanente. 3 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1970.

FURTER, Pierre. **Educação e Reflexão**. 8 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1975.

FREIRE, Paulo. À sombra desta Mangueira. 11. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013a. 256 p. Revisão por Ana Maria Araújo Freire.

_____. Paulo. **Pedagogia da Esperança**: um reencontro com a pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013b. 333 p.

_____. **Pedagogia do Oprimido**. 54. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013c. 253 p.

GADOTTI, Moacir. **A Educação contra a Educação**: O Esquecimento da Educação e a Educação Permanente. 4. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1987. 172 p.

_____. **Concepção Dialética da Educação**: Um estudo introdutório. 6. ed. São Paulo: Cortez, 1988. 175 p.

HILSDORF, Maria Lucia Spedo. **História da Educação Brasileira**: leituras. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005. 135 p.

KUCINSKI, Bernardo. **Abertura, a história de uma crise**. São Paulo: Brasil Debates, 1982, 168 p.

MARTINS, Jose de Souza. **Caminhada no chão da noite: emancipação política e libertação nos movimentos sociais nos campos**. São Paulo: Hucitec, 1989, 147 p.

MATHIAS, Maria. Gestão da educação e do trabalho em saúde no centro do debate. **Revista Ret-Sus**, Rio de Janeiro, ano V, n. 41, p. 10-13, jan./fev. 2011.

MATO GROSSO. Secretaria do Estado de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução CIB/MT n. 072, de 23 de julho de 2009. Dispõe sobre a composição da Comissão Integração Ensino-serviço do Estado de Mato Grosso (CIES-MT), vinculada à Comissão Intergestores Bipartite do Estado de Mato Grosso (CIB/MT). Cuiabá, 2009.

MATO GROSSO. Secretaria do Estado de Saúde de Mato Grosso. Comissão integração Ensino-serviço. **Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde 2009-2010**. Mato Grosso: Regionais de Saúde do Estado de Mato Grosso, 2009-2010.

_____. Secretaria do Estado de Saúde. **Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso (ESP/MT)**. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/escola/pagina/182/quem-somos>>. Acesso em: 29 jul. 2013.

MATTOS, Rubem Araujo de. O incentivo do Programa de Saúde da Família e seu impacto sobre as grandes cidades. **Revista PHYSIS Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, p. 77-108, v. 12, n. 1, 2002.

MELO, Ernites Caetano Prates; CUNHA, Fátima Terezinha Scarparo; TONINI, Teresa. Políticas Públicas em Saúde. In: FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de. **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Paulo: Yend, 2005. p. 47 – 72

MERHY, Emerson Elias; FRANCO Túlio Batista. Trabalho em Saúde. In: **Dicionário da Educação profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 278 - 284, 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Trabalho_em_Saude_ts.pdf>. Acesso em: 10 out. 2014.

_____. **Reestruturação Produtiva e Transição Tecnológica na Saúde:** debate necessário para a compreensão do processo de “financeirização” do mercado na saúde. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-04.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2015.

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **No olhar sobre as tecnologias de saúde:** uma necessidade contemporânea. Disponível em: <<http://www.eaac.uff.br/professores/merhy/capitulos-25.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2014.

MÉSZÁROS, István. **A Educação para além do capital.** 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2008. 125 p.

MOREIRA, Márcia Chaves. **Educação Permanente em Saúde:** Revisão Sistemática da Literatura Científica. 2010, 42 p. Monografia (Especialização em Práticas Pedagógicas em Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2010.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é SUS.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. 148 p.

PINHEIRO, Verônica Souza de. **Entre a hegemonia e a polissemia:** A Política de Educação e desenvolvimento para o contexto do Brasil Contemporâneo. 2008, 224 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social). Universidade Federal de Rio Grande do Norte, Natal, RN, 2008.

PREFEITURA DE CUIABÁ. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde,** 2010-2013. Cuiabá: Secretaria Municipal de Saúde, 2010, 27 p.

_____. Instituto de Planejamento e Desenvolvimento Urbano. Diretoria de Pesquisa e Informação. **Organização Geopolítica de Cuiabá,** 2007. Prefeitura de Cuiabá: Instituto de Planejamento e Desenvolvimento Urbano, 2007, 130 p. Disponível em: <http://www.cuiaba.mt.gov.br/upload/arquivo/organizacao_geopolitica.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2013.

ROLIM, Joel Mância; CABRAL, Leila Chaves; KOERICH, Magda Santos. A Educação Permanente no contexto da enfermagem e na saúde. **Revista Brasileira Enfermagem,** Brasília, p. 605-610, v. 57, n.

5, set./out. 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a18v57n5.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2014.

ROMÃO, José Eustáquio. Pedagogias de Paulo Freire. **Revista Múltiplas leituras**, p. 8-22, São Paulo, v. 1, n. 2, jul./dez. 2008.

SCOCUGLIA, Alfonso Celso. **A História das idéias de Paulo Freire: e a atual crise de paradigmas**. 2. ed. João Pessoa: EdUFPB, 1999, 197 p.

SERVIDOR I. **Entrevista**. 30 mar. 2014. Entrevistador: Fagner Luiz Lemes Rojas. Gramado, 2014. 1 arquivo Mp3. 18 min. 53 seg.

SERVIDOR II. **Entrevista**. 30 mar. 2014. Entrevistador: Fagner Luiz Lemes Rojas. Gramado, 2014. 1 arquivo Mp3. 39 min. 13 seg.

SILVA, Michelle Nelson; SILVA, Rogério de Moraes. **Políticas e Legislação em Saúde**. Brasília, DF: W. Educacional, 2013. 48 p.

SILVA, Maria Valéria Jacques de Medeiros. **Educação Permanente: um balanço teórico**. 1993, 196 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade de Campinas, Campinas SP, 1993.

SMAHA, Índia Nara; CARLOTO, Cássia Maria. Educação permanente da pedagogia para a saúde. In: **VII Seminário do Trabalho, Educação e Sociabilidade**, 2010. Disponível em: <http://www.estudosdotrabalho.org/anais-vii-7-seminario-trabalho-ret-2010/india_nara_smaha_cassia_maria_carloto_educacao_permanente_da_pedagogia_para_a_saude.pdf>. Acesso em: 01 set. 2014.

TEIXEIRA, Carmen. Os princípios do Sistema de Saúde. In: **CONFERÊNCIAS MUNICIPAL E ESTADUAL DE SAÚDE**, 2011, Salvador (BA), 2011 Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2015.

UFMT. Fundação Universidade Federal de Mato Grosso. Faculdade de Enfermagem. **Histórico FAEN**. Disponível em: <http://cpd1.ufmt.br/faen/modules/mastop_publish/?tac=Hist%F3rico>. Acesso em: 11 jul. 2014.

VALLA, Víctor Vincent. A crise da interpretação é nossa: procurando entender a fala das classes subalternas. In: **II Caderno de Educação Popular em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014, p. 35-48.

VASCONCELOS, Eymard. Introdução. In: **II Caderno de Educação Popular em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014, p. 9-35.