



Universidade de Brasília (UnB)
Instituto de Ciências Humanas (ICH)
Departamento de Serviço Social (SER)
Programa de Pós-Graduação em Política Social (PPGPS)

VERA LÚCIA HONÓRIO DOS ANJOS

**A Política de Educação Permanente em Saúde no Estado de Mato Grosso sob a ótica dos
gestores estaduais no período de 2017 a 2019**

Brasília
Março de 2022



Universidade de Brasília (UnB)
Instituto de Ciências Humanas (IHD)
Departamento de Serviço Social (SER)
Programa de Pós-Graduação em Política Social (PPGPS)

VERA LÚCIA HONÓRIO DOS ANJOS

A Política de Educação Permanente em Saúde no Estado de Mato Grosso sob a ótica dos gestores no período de 2017 a 2019

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Política Social, na linha de Pesquisa Política Social, Estado e Sociedade, vinculado ao Instituto de Ciências Humanas, Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília, como requisito parcial à obtenção de título de Doutora em Política Social.

Orientador: Prof. Dr. Cristiano Guedes de Souza

Brasília
Março de 2022

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Ap	Anjos, Vera Lúcia Honório dos A Política de Educação Permanente em Saúde no Estado de Mato Grosso sob a ótica dos gestores estaduais no período de 2017 a 2019 / Vera Lúcia Honório dos Anjos; orientador Cristiano Guedes Souza. -- Brasília, 2022. 345 p. Tese (Doutorado - Doutorado em Política Social) -- Universidade de Brasília, 2022. 1. Educação Permanente em Saúde. 2. Política Social. 3. SUS. 4. Plano de EPS. 5. PNEPS. I. Souza, Cristiano Guedes, orient. II. Título.
----	--

VERA LÚCIA HONÓRIO DOS ANJOS

A Política de Educação Permanente em Saúde no Estado de Mato Grosso sob a ótica dos gestores no período de 2017 a 2019

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Política Social, na linha de Pesquisa Política Social, Estado e Sociedade, vinculado ao Instituto de Ciências Humanas, Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília, como requisito parcial à obtenção de título de Doutora em Política Social.

Orientador: Prof. Dr. Cristiano Guedes de Souza

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Cristiano Guedes de Souza – Orientador - UnB

Profa. Dra. Cristiane Lopes Simão Lemos – Membro externo - UFG

Profa. Dra. Sônia da Costa Nicacio Silva Bessa – Membro externo - UEG

Profa. Dra. Lucélia Luiz Pereira – Membro Interno - UnB

Profa. Dra. Ximena Pamela Bermudez – Suplente - UnB

Dedico este trabalho a todas/os trabalhadoras do SUS, que resistem nos distintos cenários com debate sobre a política de educação permanente em saúde.

E a todos os usuários do SUS, força que nos impulsiona a nos mantermos na luta, acreditarmos nessa política pública e a defendê-la cada dia mais.

Agradecimentos

Um olhar para o percurso que representa a realização deste estudo levou-me a entender as incertezas e certezas pelas quais passamos e resultaram no amadurecimento profissional e oportunidade de crescimento em virtude de apoio de pessoas que se importaram com essa conquista e se dispuseram a fazer parte dela.

Agradeço ao Prof. Dr. Cristiano Guedes de Souza, que me acolheu, estimulou e me ensinou. Sua dedicação, zelo e cuidado com este trabalho foram decisivos na minha responsabilidade para concluir esta trajetória.

A todas/os professores do Programa de Pós-Graduação em Política Social da UnB e do DINTER com a Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), principalmente com seus funcionários que se empenham para assegurar a qualidade desse curso de doutorado e nos brindam com seus saberes e fazeres, em especial à profa. Liliane Capilé, que na condução da coordenação local do curso incentivou, entre provocações de leituras e afetos, acariciando sonhos apesar dos tempos bichudos que vivemos.

Agradeço a todos aqueles que compõem a UnB e contribuíram com nossos estudos, em especial, Domingas Carneiro, do PPGPS, acolhedora, atenciosa e sempre nos acalentando para não cair no desespero.

Às professoras que atenderam ao convite para compor a banca de qualificação e defesa: Profa. Dra. Cristiane Lopes Simão Lemos, Profa. Dra. Lucélia Luz Pereira, Profa. Dra. Sonia Bessa e Profa. Dra. Ximena Pamela Bermudez, pela contribuição na correção da direção e do aperfeiçoamento deste estudo. Seus saberes permitiram meu crescimento. Obrigada, sempre aprendo com vocês!

Ao Prof. Dr. Mário Ângelo Silva, membro da banca de qualificação, que nos deixou em março de 2020. Sua vida docente está marcada na história da UnB, pelo seu compromisso com a ciência, os direitos humanos e com a luta antirracista.

Aos gestores das Secretarias Municipais, Estadual e dos Escritórios Regionais de Saúde, principalmente àqueles que participaram da pesquisa e me acolheram e carinhosamente compartilharam suas experiências, esperando dias melhores para o SUS.

À Superintendência de Gestão de Pessoas (SGP/SES-MT) com todos os seus profissionais, sobretudo à Soraia Maciel, pelo apoio dispensado, creditando confiança em nossas investidas de qualificação profissional.

À Escola de Saúde Pública, da qual faço parte há mais de 15 anos, notadamente à Coordenadoria de Ensino, Pesquisa e Extensão (COEPE) e a todos os trabalhadores que a

compõem – os construtores e condutores da Educação Permanente em Saúde. Agradeço pelo apoio, amizade, questionamentos e provocações, decisivos para prosseguir com a pesquisa. Valeu!

Agradeço à Alba, amiga e companheira de esperanças e alegrias que me trouxe paciência e confiança, incutindo-me a certeza de finalizar esta caminhada. Com ela, aprendi lições de vida para além do doutorado. Obrigada pela escuta e contribuições.

Aos colegas do doutorado, pela amizade consolidada, em especial à família Colina: Leila, Jonas e Salete, constantes incentivos, enfeitando, com risos e vinho, o trajeto nos dias mais críticos e fizeram fluir a esperança nas horas mais áridas.

À Tuca, que a vida acadêmica me presenteou com uma amizade que já é geracional... Muito obrigada!

À minha família, especialmente minha mãe Elza Honório, irmãs Tereza e Silvina, suas presenças são referências de esperança e confiança. É com elas que busco e compartilho saberes, fazeres, dúvidas, sonhos, alegrias, agonias, aflições de cuidarmos; e sermos cuidadoras nos nutre a esperança de dias melhores.

A todos aqui não citados, mas que sabem da sua importância na minha caminhada, obrigada por estarem comigo, ensinando e aprendendo, dividindo fardos e vivências que fazem parte do próprio viver. Todos que me encorajaram são coautores deste crescimento pessoal e profissional.

A meu Pai Joel, que a circunstância da pandemia arrancou estupidamente do nosso convívio, mas deixou lições de determinação, de lealdade entre a irmandade, de carinho abraçado com a teimosia em suas memórias dos bons tempos de convivência, que embalaram seus planos e sonhos e que agora são nossos.

Aos meus filhos Bruno, Lívia e Fabíola (filha de coração que a vida me deu), sábios em compreender a ausência da minha companhia e que me ofereceram a esperança para continuar todas as vezes que me faltou o chão para moldar sonhos e a continuar acariciando-os.

“O correr da vida embrulha tudo; a vida é assim: esquenta e esfria daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem. Ser capaz de ficar alegre e mais alegre no meio da alegria e ainda mais alegre no meio da tristeza”.

Guimarães Rosa,
Grande Sertão: Veredas

RESUMO

O objetivo da pesquisa apresentada nesta tese foi analisar o processo de implementação da política de educação permanente em saúde realizada pela Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso tendo como ponto de partida o processo de elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente de Mato Grosso, sob o olhar dos gestores no período de 2017 a 2019. Concebida como responsabilidade do Estado, desde 1988, a EPS toma como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão, do controle social em saúde e das instituições de ensino, assumindo em 2004 *status* de política pública constituindo seu marco legal no âmbito do SUS. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, que seguiu um roteiro de entrevistas do tipo mista (estruturada e semiestruturada), realizadas com onze gestores, sendo a pesquisa empírica feita em fevereiro de 2020. Este projeto de pesquisa foi submetido a análise e aprovação de um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e aprovado antes da etapa de coleta de dados. Foi utilizada análise temática que permite identificar, examinar e relatar padrões, e o que é definido como a essência da questão. Como resultado, as percepções dos gestores não se homogeneízam com três concepções: a primeira, coerente aos princípios do SUS, demonstrando vinculação orgânica com a política; a segunda como uma ação contínua que precisa permear todas as ações de saúde e reconhecendo a pouca experiência e engajamento como gestor; a terceira, destoando, concebe a EP como estratégia para desenvolvimento de habilidades e destrezas para atender aos requerimentos do mundo do trabalho em transformação. A EPS é reconhecida como estratégia potente para promover as mudanças na realidade de saúde, mas não tem *status* de prioridade à medida que as instâncias gestoras dependem do MS no repasse de recursos financeiros, e estas não dispõem de dotação específica para a política de EPS. Assim, acaba-se por se instalar constantes dilemas entre escassez e insuficiência de recursos, ficando ao sabor do interesse de gestores de plantão. Transcorridos 15 anos da implantação da PNEPS, ela não se perfila como prioridade, como uma decisão política, salvo quando há articulação e mobilização dos trabalhadores e técnicos frente a programas e projetos. Conclui-se que o debate e a construção acumulada no período 2017-2019, de elaboração do plano, desenha outro ciclo, em que pesem as contradições presentes nesse processo, inerentes ao movimento de constituição de políticas públicas e sociais, que é espaço de disputa de projetos e de concepção do próprio SUS. E, mesmo a EPS com *status* de política, com seu plano desenhado, e os gestores relatarem ser necessária e que tem sido executada, a sua inclusão na agenda do processo de tomada de decisões ocorre muito mais por força do empenho dos trabalhadores envolvidos e comprometidos com a educação permanente do que pela participação direta dos gestores. Além disso, a limitada evidência da EPS no cenário do SUS enfrenta o fato de não haver orçamento específico e as suas ações ficarem sufocadas e/ou concorrer com outras demandas emergenciais, o que foi visualizado, em especial, nos últimos dois anos de pandemia.

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde, Política de Saúde, SUS, plano de EPS, PNEPS.

ABSTRACT

The objective of the research here presented was to analyze the process of implementation of the Permanent Education in Health policy carried out by the Mato Grosso State Department of Health, taking as its starting point the process of preparing the Mato Grosso State Plan for Permanent Education in Health (PEH), from the perspective of the managers in the period from 2017 to 2019. Conceived as a state responsibility since 1988, PEH takes as reference the health needs of populations, management, social control in health and educational institutions, assuming in 2004 the status of public policy constituting its legal framework within the SUS. Qualitative study that followed a script of mixed interviews (structured and semi-structured), conducted with eleven managers. The empirical research happened in February 2020. This research project was submitted for review and approval by a Research Ethics Committee and approved before the data collection stage. For the analysis, we used thematic analysis, which allowed us to identify, examine, and report patterns, and what is defined as the essence of the issue. As a result, the managers' perceptions do not homogenize with three conceptions: the first, consistent with the principles of SUS, demonstrating organic linkage with the policy; the second as a continuous action that needs to permeate all health actions and, recognizing the little experience and engagement as a manager; the third distancing; conceives the PEH as a strategy for developing skills and dexterity to meet the requirements of the world of work in transformation. PEH is recognized as a powerful strategy to promote changes in the reality of health, but it does not have a priority status, as the managing bodies depend on the Ministry of Health to transfer financial resources, and these do not have a specific destination for the HPS policy, creating constant dilemmas between scarcity and insufficiency of resources, being at the mercy of the managers on duty. Fifteen years after the implementation of the PEH policy, it is not outlined as a priority, as a political decision, except when there are articulation and mobilization of workers and technicians in front of programs and projects. It is concluded that the debate and the construction accumulated in the period 2017-2019, of elaboration of the plan, seems to draw another cycle, in which the contradictions present in this process, inherent to the movement of constitution of public and social policies, which is a space dispute over projects and the conception of the SUS itself. And, even the PEH being seen as a policy, with its plan drawn, and the managers reporting that it is necessary and that it has been implemented, its inclusion in the agenda of the decision-making process, occurs much more due to the commitment of the workers involved with PEH, rather than the direct participation of managers. In addition, the limited evidence of PEH in the SUS scenario faces the fact that there is no specific budget and its actions are suffocated and/or compete with other emergency demands, which was seen in particular in the last two years of the pandemic.

Keywords: permanent education in health, health policy, SUS, HPS plan, PNEPS

LISTA DE QUADROS e FIGURAS

Quadro 1. Perfil/caracterização dos gestores institucionais entrevistados do período de 2017 a 2020

Figura 1. Linha do tempo: antecedentes e motivações contextuais para implantar a PNEPS

Figura 2. Ciclo das Políticas Públicas

Figura 3. Mapa demonstrativo dos municípios que constituem as microrregiões de saúde – SES, 2018

Figura 4. Estrutura administrativa das instâncias gestoras e colegiados de decisão da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso

Figura 5. Mapa teórico metodológico: mapa temático

Figura 6. Dimensões necessárias para planejamento e programação do PEPS

Figura 7. Linha do tempo da participação e ações da SES-MT no processo do PRO EPS SUS – PNEPS 2018-2019

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
AT	Análise Temática
BM	Banco Mundial
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CES	Conselho Estadual de Saúde
CEMISF	Curso de Especialização Modular e Integrado em Saúde da Família
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
CF	Constituição Federal
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIES	Comissões Interinstitucionais de Ensino e Serviço
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CLT	Consolidação das Leis de Trabalho
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública
CONASE-MS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COVID	Corona Virus Disease
CNRH	Conferência Nacional de Recursos Humanos
COSEMS	Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
CPMF	Contribuição Provisória de Movimentação Financeira
CRIDAC	Centro de Reabilitação Integral Dom Aquino Côrrea
CT	Comissão de Trabalho

CQCs	Círculos de Controle de Qualidade
DAB	Departamento de Atenção Básica
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DEGERTS	Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde
EC	Emenda Constitucional
EAD	Educação a Distância
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EP	Educação Permanente
EPIs	Equipamentos de Proteção Individual
EPS	Educação Permanente em Saúde
ERS	Escritório Regional de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESP	Escola de Saúde Pública
EUA	Estados Unidos da América
FAENF	Faculdade de Enfermagem
FEBRAPAN	Federação Brasileira de Plano de Saúde
FNEPAS	Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde
FNCPS	Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FIESP	Federação da Indústria do Estado de São Paulo
GERUS	Programa de Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde
HUJM	Hospital Universitário Júlio Muller
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IFMT	Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
ICHS	Instituto de Ciências Humanas e Sociais
IDA	Integração Docente Assistencial
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Previdência Social
ISC	Instituto de Saúde Coletiva
ISCSP	Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa
IES	Instituição de Ensino Superior
LDB	Lei de Diretrizes Básicas da Educação Profissional
MDB	Movimento Democrático Brasileiro

MNP-SUS	Mesas de Negociação Permanente do SUS
MS	Ministério da Saúde
MT	Mato Grosso
MRS	Movimento de Reforma Sanitária
MRSB	Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NEPP	Núcleo de Estudos de Políticas Públicas
NEPS	Núcleo de EPS
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica do SUS
NOB-RH	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
OSS	Organizações Sociais
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PCCS	Plano de Cargos Carreiras e Salários
PATEX	Programa Ampliado de Livros de Textos e Materiais de Instrução
PAM	Posto de Assistência Médica
PAMEPS	Planos Municipais de Educação Permanente em Saúde
PAREPS	Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde
PEPSUS-MT	Polo de Educação Permanente em Saúde de Mato Grosso
PEPS	Polo de Educação Permanente em Saúde
PET-SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PLE	Programa de Formação em Larga Escala
PMM	Programa Mais Médicos
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação em Saúde
PNHRS	Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde

POP	Procedimento Operacional Padrão
PPREPS	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde
PROENF	Projeto de Incentivo às Mudanças Curriculares nas Escolas de Enfermagem
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PROFAE	Programa de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
PROFAPS	Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde
PROEPS-SUS	Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
PTA	Plano de Trabalho Anual
PROMED	Projeto de Incentivo às Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES/MT	Secretaria do Estado de Saúde de Mato Grosso
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SF	Saúde da Família
SGTES	Secretaria da Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPT	Saúde Para Todos
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TSB	Técnico de Saúde Bucal
UAB	Universidade Aberta do Brasil
UDR	Unidade Descentralizada Regional
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFMT	Universidade Federal de Mato Grosso
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UnB	Universidade de Brasília

UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação e Cultura
UNEMAT	Universidade do Estado de Mato Grosso
UNI	Projeto Uma Nova Iniciativa
UNICAMP	Universidade de Campinas
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFG	Universidade Federal de Goiás
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	18
CAPÍTULO 1 - A trajetória histórica da Política de Saúde e a Educação Permanente dos seus trabalhadores, no contexto das mudanças do modelo de atenção à saúde	27
1.1. A Política de Saúde e o SUS: um percurso histórico	40
1.1.1. O processo de descentralização e o papel dos Estados, Municípios e da União: estruturação do SUS	47
1.1.2. O SUS e os seus desafios	54
1.1.3. A trajetória da formação, qualificação e capacitação dos trabalhadores	74
1.1.4. Nova fase: participação, controle social e a estruturação da PNEPS	83
1.1.5. Marcos Normativos da PNEPS	89
1.1.6. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: rastros e resistências	95
1.1.7. O SUS, possibilidades e limites da EPS no contexto político de 2020	112
CAPÍTULO 2 – Perspectivas de Educação, conceito de Educação Permanente e Análise de Políticas	118
2.1. Educação é Trabalho	118
2.2. Educação Permanente na agenda da política de saúde brasileira	122
2.3. Educação Permanente impulsionada pelas agências internacionais	125
2.4. Educação Permanente: conceitos, percursores	130
2.5. O mundo do trabalho e as exigências para atender à lógica neoliberal	137
2.6. Educação permanente: concepções teóricas e vertentes metodológicas	146
2.7. Análise de Políticas	159
2.7.1. O ciclo de políticas públicas	162
CAPÍTULO 3 - Percurso metodológico da Pesquisa	170
3.1. Abordagem e tipo de estudo	170
3.2. Aspectos éticos na pesquisa	174
3.3. Local do estudo	176

3.4. Fases da pesquisa	181
3.5. Percurso para coleta de dados	183
3.6. Participantes da pesquisa e definição da amostra	184
3.6.1. Definição da amostra	187
3.7. Instrumento de Pesquisa, procedimentos e coleta de dados	192
Recursos utilizados	192
1. Aparelho gravador	193
2. Diário de Pesquisa	193
3. Transcrição das falas	193
4. Produção de dados	194
3.8. Análise do estudo	194
Documentos utilizados	195
Mapa teórico metodológico - Mapa temático	198
CAPÍTULO 4 - Pesquisa empírica com gestores da educação permanente em MT	201
4.1. Conceito de educação permanente em saúde dos gestores	204
4.1.1. Percepções e concepções dos gestores sobre a EPS	205
4.1.2. Os processos educativos para promover mudanças	213
4.2. Processo decisório de formulação do plano e implantação da Política de EPS	218
4.2.1. O processo de formulação do Plano EPS para o Estado de Mato Grosso	219
4.2.2. Participação no processo de elaboração do plano EPS (PEPS)	246
4.2.3. Proposições de EPS para o Sistema de Saúde de Mato Grosso	246
4.3. Compreensão sobre o desenvolvimento da política de EPS	256
4.3.1. Percepção do gestor sobre o processo de implementação da PNEPS e o PEEPS	257
4.3.2. Consulta a instrumento e ferramenta para tomada de decisão	263
4.3.3. A avaliação sobre EPS dos gestores	270
5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	273

6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	288
Apêndice A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE	313
Apêndice B - roteiro de entrevistas	316
Anexos	318
Anexo I - Instrumentos pedagógicos: planilhas: 1, 2, 3 e 4	319-322
Anexo II - Decreto nº 947 de 20 de maio de 2021, (D.O.E de 21/05/2021 Nº 28.004 Página 81) institui o Programa Especial e Estratégico de Instrumentalização da Saúde (P.E.E.I.S.)	323
Anexo III - Portaria nº 638/2021 (23/8/2021) constituição de Núcleos de EPS nas unidades de saúde de Mato Grosso	324
Anexo IV - Carta da oficina de monitoramento e avaliação da PNEPS, ao Ministério da Saúde	329
Anexo V- Resolução CIB-MT ad Referendum nº 8 de 21 de janeiro de 2019 – aprova o PEEPS-MT	333
Anexo VI – Resposta à Carta de Brasília, do Ministério da Saúde	335

INTRODUÇÃO

A temática Educação Permanente em Saúde (EPS) tem sido problematizada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), essencialmente na dimensão que se refere às transformações necessárias ao entendimento e à ação nesta área, tanto na perspectiva dos direitos quanto ao desenvolvimento profissional e à implementação e consolidação da política de saúde. E tem o seu desenho definido e marco normativo na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 200, a definição “de ordenar a formação de seus trabalhadores” e a União, na figura do Ministério da Saúde (MS), como responsável por essa função (BRASIL, 2006d).

Para dar conta dessa temática teórica, esta pesquisa teve por objetivo analisar o processo de implementação¹ da política de educação permanente em saúde a partir da formulação e execução do Plano Estadual de EPS de Mato Grosso, sob o olhar dos gestores no período de 2017 a 2019, no contexto da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

Uma das razões que elege a Educação Permanente (EP) como uma temática de grande relevância está na sua gênese, contemplada na Carta Magna e, para dar seu cumprimento quanto à formação de trabalhadores para saúde, passa a ser uma responsabilidade do Ministério da Saúde (MS). E uma das medidas que materializa essa competência, entre outras normativas que se desdobram desse processo, a de maior relevância é a Lei Orgânica da Saúde nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Esta descreve no Artigo nº 27 que “ela deve estar presente na organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além de elaboração de programas de permanente de aperfeiçoamento de pessoal”, e isso é competência do SUS (BRASIL; 1990).

Outra razão de relevância é a preocupação com a formação para o trabalho em saúde, agora esclarecida em leis que explicitam a importância de o setor saúde atuar tanto na definição (perspectiva) do conteúdo da formação profissional como no desenvolvimento dos trabalhadores que atuam na rede de serviços. De certo modo, são medidas que objetivam assegurar a coerência dos trabalhadores do SUS aos princípios do Movimento de Reforma Sanitária, de promover processos para que os estes sejam educados para se articular politicamente e desenvolver postura autônoma na organização e gestão do trabalho (LEMOS, 2010). Estabelece-se, portanto, o interesse pela definição e ampliação das consciências

¹ Para este estudo, foram adotados os termos implementação e implantação na perspectiva de execução, isto é, dar cumprimento ao que já existe, no caso à política de EP, numa dimensão da sua organização como política compreendendo esse colocar em prática no âmbito estadual.

individuais tanto dos profissionais que já vinham atuando na rede pública de saúde como aqueles em processo de formação, à medida que estabelece vinculação entre as áreas da saúde e da educação para responder às necessidades de mudanças no modelo de atenção à saúde e promover transformações nas práticas adotadas no sistema de saúde, dimensionadas a um novo modelo civilizatório, conforme consta nos marcos legais do SUS.

Ao longo desses 32 anos de instituição do SUS, inúmeras iniciativas voltadas à formação e desenvolvimento profissional têm sido adotadas por meio de normativas e processos de desenvolvimento profissional. Nos anos 2000 destaca-se a criação da Secretaria de Gestão de Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES) e implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que assumiu a responsabilidade de formular políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores da saúde no Brasil.

Sob a vigência da PNEPS, a ação de educação permanente é concebida como estratégia de aprendizagem no trabalho, na qual o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho (BRASIL, 2007a); se expande para além dos espaços do ensino e do serviço e assume no interior do MS e das Secretarias de Saúde o compromisso com a formação para o sistema de saúde, como uma das respostas de enfrentamento aos problemas existentes em toda a rede de saúde que constitui o SUS. E, isto, desde as dificuldades de acesso da população a atendimentos complexos até as condições e vínculos precários dos trabalhadores de saúde que obstaculizam a atuação profissional no atendimento às necessidades de saúde impactando negativamente nos indicadores do setor. Esses são elementos que ganham maior evidência a partir da Portaria GM nº 1996, que institui a PNEPS.

No percurso de implementação da PNEPS, a difusão da EPS nos estados e municípios passa a compor a estratégia da descentralização com a inclusão de novos espaços democráticos e decisórios com a criação dos Polos de EPS em 2004; posteriormente, sofreu alterações e acompanhou as inovações do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a), ao atribuir novas funções, na mesma lógica, aos Colegiados de Gestão com a instituição das Comissões Intergestoras de Ensino e Serviço (CIES), que se mantém até os dias atuais. Estas são compostas por gestores da educação e da saúde; trabalhadores do SUS; instituições de ensino com cursos na área da saúde, movimentos sociais vinculados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS.

Em Mato Grosso, as CIES têm sido estruturadas em âmbito estadual, regionais e municipais, como espaços de construção de consenso, pactuação e deliberação de projetos e planos de EPS, embora sofram oscilações, estando ora atuantes ora inativas. Afinal, são

escassos os recursos financeiros destinados a implementar a EPS, o que acaba por incidir em outras dificuldades de infraestrutura, como sistematizar, na rede de serviços, processos de desenvolvimento profissional.

Mesmo contendo aspectos dificultadores, estudos têm apresentado o reconhecimento da importância e necessidade da EPS como política (FRANÇA et al., 2017 LEITE, PINTO e FAGUNDES, 2020). E essa consideração tem sido impulsionada com a edição da Portaria GM nº 3.197/2017, com o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS (PRO EPS SUS).

Designado como mais uma estratégia adotada pelo MS, o PRO EPS SUS recompõe a rota da EPS com destinação de recursos financeiros a estados e municípios, como medida para estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área. Objetiva-se, assim, a transformação das práticas de saúde em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalhos (BRASIL, 2017a).

A adesão de estados e municípios ao PROEPS SUS oportunizou formulações de diretrizes e planejamentos de ações educativas. E para SES-MT foi a oportunidade de elaborar o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde, coordenado pela Escola de Saúde Pública e participação das CIES municipais regionais e SMS de saúde, além de outros de seus setores da (MATO GROSSO, 2019c).

Nesse panorama, nosso interesse em desenvolver estudo sobre a EPS é resultado das experiências acumuladas como técnica da ESP-MT², principalmente da experiência da participação como secretária do Polo de Educação Permanente em Saúde em Mato Grosso, cujas reflexões e crítica ali estabelecidas foram motivações para nos aprofundar no mestrado em saúde coletiva em 2009, com análise deste processo no Polo. Além disso, novo contexto quanto a marcos normativos e de conjuntura política traduziu-se em solo fértil para prosseguir com estudo desta temática, agora no Doutorado de Políticas Sociais da Universidade de Brasília (UnB). Oportunidade que permitiu aprofundar abordagens teóricas sobre as questões epistemológicas e filosóficas sobre educação permanente e pelas concepções da política social, na perspectiva de entender o processo de construção e fazer a conexão com a EPS, o que, por conseguinte, impacta diretamente na vida funcional e pessoal dos trabalhadores, dentre estes os trabalhadores da saúde.

² Instituição de ensino que tem a missão de garantir o processo de qualificação dos trabalhadores de saúde para o sistema.

As provocações teóricas foram o disparador para se debruçar na análise da EPS a partir da prerrogativa de elaborar o Plano Estadual de EPS, como expressão da PNEPS. E a força mobilizadora veio dos questionamentos sobre o entendimento de EPS, o lugar que ela ocupa na agenda desses governantes, e, a partir do marco normativo, indagar: quais medidas e estratégias têm sido adotadas para desenvolver a EPS como política no âmbito da sua governança?

Uma das motivações que originaram os questionamentos da pesquisa é o olhar sobre a situação recorrente nos espaços de debates da EPS, observadas desde a época do mestrado e da atuação no Polo EPS, que é a presença mínima de gestores, como secretários e superintendentes, e a periódica (ou permanente) necessidade de durante as reuniões do Polo, resgatar informações, esclarecimentos, para corrigir a limitada (quando não ausência) de conhecimento sobre o SUS e, seguramente, sobre a PNEPS.

Outra situação que incomodava e mesmo desafia encontrar as razões é a frequente ênfase atribuída a EPS, dada a sua importância atribuída pelo MS, tanto para o enfrentamento dos problemas existentes quanto para consolidar o SUS como política pública, e, em contrapartida a EPS, mesmo com status de política, como tantas outras que há no MS, não foi disseminada como ocorreu com a estratégia Saúde da Família, e, principalmente, com a diminuição no ritmo de trabalho tanto à época do Polo como para a estruturação da EPS sob a lógica da CIES, incidente nos dias atuais, e que tem sido agravada com a falta de financiamento, mas que tomou novo fôlego recentemente com PRO EPS SUS, para dar projeção à EPS como política pública.

Dessa forma, neste estudo, analisou-se o processo de implementação da política de educação permanente em saúde realizada pela Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso a partir do olhar dos gestores no período de 2017 a 2019, tendo como ponto de partida para análise a elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente. Foram objetivos específicos: compreender o percurso de formulação e execução do Plano Estadual de Educação Permanente de Mato Grosso, no período de dezembro de 2017 a fevereiro de 2018 (relatar a concepção do gestor, articulações, mediações); verificar se os gestores tomam decisões baseadas em evidências (técnicas, científicas, normativas) para execução da política de educação permanente em saúde, e por último, identificar as iniciativas governamentais para consolidar o processo de formulação da política de educação permanente em saúde.

Na condição de técnica e envolvida em um ambiente de ensino, pesquisa e extensão a partir da responsabilidade de desenvolvimento do estudo que cujos resultados ora apresentamos, toma-se como ponto de partida o contexto de que a EPS é uma das faces da política de saúde e emerge com o objetivo de promover mudanças nas práticas do cuidado de

saúde. Ocorre que as mudanças nessas práticas são de ordem estrutural, política, econômica e, portanto, essa política por si só, não dá conta de cumprir seus objetivos, tornando-se mais um momento de responsabilização dos trabalhadores, reproduzindo a sua formação acrítica. Portanto, é neste cenário da política social do Brasil com suas determinações e conexões com a política de saúde que se ampliou o olhar sobre as questões afetas à EPS (BEHRING & BOSCHETTI, 2011; FRANÇA, 2016; FLEURY, 2009).

O percurso da EPS tem sido permeado por avanços e estagnação, e sempre embalado pela esperança de que se efetive como uma potente estratégia de transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho (FRANÇA, 2016; VIANA, 2008).

Como avanços pode-se designar o próprio debate da sua proposição, inicialmente, ainda nos anos 80, pelos organismos internacionais com a OPAS, para atender e mesmo responder a interesses históricos e divergentes, atuando ora como resposta a interesses econômicos do sistema capitalista vigente, ora para suprir uma necessidade emergente na rede de serviço ante a trabalhadores que carecem de formação adequada e ou qualificação para desenvolver suas atribuições (RIZZOTTO, 2000; LEMOS, 2010).

Desse modo, a partir do contexto histórico construído, que tem determinado diferentes interesses muitas vezes discordantes entre si, a EPS se constitui e tem sido concebida à medida que para a sua compreensão e análise se inscreve questões políticas, sociais e econômicas, além da perspectiva pedagógica educacional que intrinsecamente tem relação direta com a filosofia.

Para o desenvolvimento do presente estudo, cumpriu-se um percurso metodológico com leituras das produções bibliográficas de autores que estudam e/ou refere à EPS, como das publicações da OPAS e do Ministério da Saúde, reconhecidamente referenciais teóricos da EPS no âmbito do SUS; a seguir, apreciação e análise de documentos da SES-MT, especificamente, da Escola de Saúde Pública como ponto de convergência e referência por protagonizar a realização das Oficinas de EPS para elaboração do plano, sediar o Polo, entre outras atividades afetas, como de fomentar a ativação das CIES adormecidas (inativas) e dinamizar outras em atuação restrita à burocracia cartorial.

Em relação às publicações, merecem ser realçadas aquelas formuladas pela OPAS, em destaque algumas como cadernos técnicos, revistas, documentos orientativos e didáticos sobre novas metodologias e referenciais teóricos, a compor o Programa Ampliado de Livros de Textos e Materiais de Instrução (PALTEX), constituído como material de apoio às atividades que governos das Américas e a OPAS desenvolveram para alcançar a meta Saúde para Todos (DAVINI, 1995).

Contudo, a de maior relevância foi a série Desenvolvimento de Recursos Humanos, contendo dez fascículos intitulados “*Educación Permanente em Salud*” (1995). São publicações contendo orientações pedagógicas, conceituações, propostas de trabalho, registros de experiências, dentre outras publicações ilustrativas das novas metodologias que a integram, e que contou com a consultoria da brasileira Maria Cristina Davini, inclusive na autoria, juntamente com Haddad, Roschke (1994).

A disseminação das ideias de EPS, à época, era uma preocupação abarcando, todo o universo que envolve a área da saúde. Essa produção tinha a premissa de dar subsídios aos processos de estruturação dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), focando a meta da OMS *Saúde para Todos nos anos 2000* (SPT/2000) com base na descentralização, nas propostas de atenção primária em saúde (APS), esta, como um desdobramento que motivou a adoção da terminologia *educação permanente*.

Nesse processo de produção teórica pedagógica, vale destacar a mudança da nomenclatura de *educação continuada* para *educação permanente*, iniciando desse modo o cumprimento do propósito de capacitar e promover o desenvolvimento de trabalhadores para a saúde (Mendes, 1993; Davini 1995; Lemos, 2010; França, 2016; Leite, Pinto, Fagundes, 2020). E a outra produção denominada *Educação Permanente do Pessoal da Saúde* (1994).

Já as publicações e produções do Ministério da Saúde, foram subsídios para a elaboração da PNEPS e foram decisivas no processo de implementação dessa política. São autores e obras que contribuíram e foram apropriados para desenvolver a pesquisa e apoiar tanto as análises dos documentos, como as respostas dos participantes da pesquisa, eles são: Campos (2006), Campos et al., (2006a); Ceccim, Feuerwerker (2004), Fernandes (2016); Fleury (2009); França (2016); Leite et al., 2020, Lemos, 2010; Machado, 2006; Viana, 2008; Vieira et al., 2006;

Do mesmo modo de importância e das contribuições teóricas, na área da educação, as reflexões, análises e proposições foram decisivas para o entendimento epistêmico e político da educação permanente e, são referências nesse debate: Freire (1988, 1996, 2003); Frigotto (1995, 1997, 2001, 2005, 2009); Gadotti (1984, 1987, 1991, 1994); Mészáros (2008).

A partir das leituras, dos fatos postos no contexto do SUS, com atualização da PNEPS e o desenvolvimento do PRO EPS SUS, foi definido o instrumento de aplicação de entrevistas direcionadas aos gestores; e, dando prosseguimento ao percurso metodológico, estas foram transcritas, com organização e tratamento dos dados para a análise e os resultados desse processo.

A seleção dos participantes da pesquisa levou em consideração organização, estruturação, regionalizada e descentralizada dos serviços de saúde do Estado de Mato Grosso.

Elegeram-se como participantes secretários de Saúde municipais e estadual; gestores da Escola de Saúde e dos escritórios regionais, como também secretárias adjuntas com atribuições diretas e especificamente relacionadas à EPS.

Houve, portanto, entrevistados vinculados diretamente à gestão estadual da saúde e outros gestores participantes que respondem pela saúde municipal. Foram três municípios participantes da pesquisa – Cuiabá, a capital, Sinop e Porto Alegre do Norte, na figura dos seus secretários municipais e, em função de essas cidades serem sede dos Escritórios Regionais de Saúde, os seus diretores foram entrevistados também. A escolha dos municípios se deu em função das distintas situações de saúde que os caracterizam e suas determinações estruturais na região em que se localizam.

A capital Cuiabá, por concentrar maior oferta de serviços no estado, ser referência para os demais municípios e por reunir maior número de instituições de ensino na área da saúde. Os demais municípios por apresentarem condições de desigualdades que interferem no desenvolvimento da política de saúde e na execução da política de EP. Tendo em vista muitas das condições de desigualdades, impõem-se respostas emergenciais que afetam a condução da política de saúde.

O momento do trabalho de pesquisa mais enriquecedor foi a coleta de dados. Adotou-se a técnica de coleta de dados pelo fato de dar à pesquisadora maior flexibilidade, na medida em que permite que realize novos questionamentos durante a entrevista, caso seja necessário, e principalmente por ser a oportunidade de obter mais informações já provocadas e instigadas durante a fase de estudos documentais, normativas e publicações.

A ida a campo ocorreu após submissão e aprovação do projeto de pesquisa no Comitê de Ética, com a realização de entrevistas semiestruturadas ocorridas no mês de fevereiro de 2020, com duração média de 40 minutos. Foram previamente agendadas, com cada um dos participantes em dia e horário que estes acharam mais convenientes, e em locais públicos por eles indicados.

Esta pesquisa constitui-se em uma análise com aproximações teóricas à teoria crítica, fundamentada em Mészáros, Boschetti, Behring, Da Matta, Pontes, Mioto, Lima, Freire, Gadotti, além de se configurar como uma Análise Temática (AT) tendo como base a estrutura apontada por Braun e Clarke. Logo, o caminho metodológico propiciou as condições de analisar a concepção de EPS, trazer a compreensão e adoção dessa estratégia pelos gestores.

A adoção do referencial a partir da teoria crítica se deu em razão da trajetória como profissional da área serviço social e, principalmente, por compreender a EPS como uma das expressões das políticas sociais, assim se associando à perspectiva de Boschetti & Behring

(2011, p. 39). Logo, “não pode ser analisada somente a partir da sua expressão imediata como fato social isolado, mas deve ser situada como expressão contraditória da realidade, que é a unidade dialética do fenômeno e da essência”.

Analisar o processo de implementação da política de EPS, no cenário de regressão e desdobramentos assumidos pela política de saúde nos últimos dez anos, é uma tarefa de fundamental importância para contribuir com o fortalecimento dos processos educacionais na lógica da EPS, junto à Escola e, por conseguinte, para o Estado. Busca-se, assim, desvelar as contradições que caracterizam a realidade de saúde e o processo para a implantação e operacionalização das ações de EPS no Estado.

O trabalho está organizado em quatro capítulos. No Capítulo 1, buscou-se demonstrar a trajetória histórica da política de saúde, a incorporação no texto constitucional de princípios, os quais contemplam diretrizes da educação permanente dos seus trabalhadores, no contexto das mudanças do modelo de atenção à saúde; como sucedeu o processo de descentralização do SUS e a trajetória da formação, qualificação dos trabalhadores, considerando os marcos normativos que constituíram a EPS resultando a instituição da PNEPS e as possibilidades e limites da EPS no contexto político de 2020 diante da conjuntura de reformas neoliberais, com retração das políticas sociais, em especial a saúde que vem sendo reduzida a moeda de troca, ou seja, mercadoria.

No capítulo 2 se procurou evidenciar os achados teóricos situando as perspectivas de educação, conceito de EP e análise de políticas, os aspectos conceituais que permeiam o trabalho, a educação, em especial a EP como política e suas dimensões de análises, tanto na sua formulação quanto na proposição e mesmo com a implementação de planos. O propósito é apresentar a noção de educação no mundo do trabalho e as exigências para atender à lógica neoliberal e do modelo de produção toyotista e, nesse contexto, a inserção da EP, concepções teóricas e as vertentes metodológicas, como também o ciclo de políticas públicas como uma estratégia de análise de políticas.

O capítulo 3 apresenta o percurso metodológico da pesquisa, a partir de uma abordagem qualitativa, inspirada em Minayo; já para análise das respostas nas entrevistas, utilizou-se a Análise Temática, que permite identificar, analisar e relatar padrões, ou seja, aquilo que é definido como a essência da questão, o que chama atenção, é importante, mas não deve ser confundido com a medida de prevalência, por não se tratar de dados quantitativos (MAGUIRE e DELAHUNT, 2017).

E por fim o capítulo 4 é destinado a apresentar os resultados da pesquisa e foi intitulado: A pesquisa empírica com gestores da educação permanente em Mato Grosso. A análise dos

resultados foi pautada em duas direções convergentes ou que se complementam: formulação do plano e implantação da PNEPS. A primeira desses é a formulação do plano EPS-MT, como tarefa imprescindível para implantação da PNEPS no âmbito do Estado. Sob tais premissas, didaticamente, estão organizadas em três eixos que também há convergências, à medida que compõem fatores reveladores da EPS como pauta na agenda dos governantes, logo, a tomada de decisão, pois é uma ferramenta de promoção à saúde e de mudança de seu modelo de atenção.

Arrematando o estudo, as considerações finais, em que se apontam contribuições acadêmicas e gerenciais face às potencialidades e fragilidades da EPS no âmbito do estado de Mato Grosso, sobretudo a partir de algumas proposições de superação das dificuldades e de enfrentamento dos desafios que têm sido impostos à EPS. Destaca-se que a originalidade da pesquisa permitiu identificar que há o reconhecimento do potencial da EP para promover mudanças nas práticas dos profissionais na saúde, porém persiste a vulnerabilidade financeira na oferta de processos educativos e de monitoramento, ainda que isso se evidencie como uma prioridade teórica, gerencial e política.

Finalmente, apesar de se apresentar como temática emergente, o reconhecimento da potência que é a EPS na percepção dos gestores, esta não se posiciona com *status* de prioridade à medida que as secretarias são reféns do MS no repasse de recursos financeiros. De fato, elas não dispõem de dotação orçamentária específica para a política de EPS, o que resulta em constantes dilemas dos escassos e insuficientes recursos e transita na ordem de prioridades, ao sabor do interesse de gestores de plantão.

Desse modo, no processo de evolução e apropriação da EPS como política, é preciso pensar em explorar com futuras pesquisas para fortalecer a ideia de que a EPS se apreende na prática, com o apoio da gestão e no enfrentamento dos problemas diários dos serviços de saúde.

CAPÍTULO 1 - A TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA POLÍTICA DE SAÚDE E A EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS SEUS TRABALHADORES, NO CONTEXTO DAS MUDANÇAS DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE

Neste capítulo, a intenção é analisar e demonstrar o percurso empreendido na concepção do SUS, com destaque para a EP como política, compreendendo a função do Estado nesse cenário.

A discussão sobre a saúde, concebida como dever do Estado e direito social, assegurado a todos os cidadãos brasileiros pela Constituição Federal de 1988, situa essa política no cenário de redemocratização do país. Nesse contexto de amplas transformações da sociedade brasileira é que se dá o grande impulso para a construção da mudança do modelo de atenção à saúde e, em consequência, da formação de um novo perfil profissional que posteriormente originou a Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS), tema desta tese. Destaca-se que, no percurso histórico, entre avanços e recuos, a PNEPS tem ganhado centralidade como referência à formação dos trabalhadores para o SUS.

O tema da EPS é problematizado principalmente no que se refere às transformações necessárias ao entendimento e à ação nesta área, na perspectiva dos direitos. Destaca-se, nesse campo, o que cumpre a EPS quanto ao desenvolvimento profissional, à implementação e consolidação da política de saúde que é, reconhecidamente, vital para 71,5% da população brasileira que dependem do SUS para tratamento (assistência à saúde). Os dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 (PNS), divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)³, retratam uma avaliação positiva da qualidade da Atenção Primária à Saúde (APS), sobretudo do usuário do SUS, que no caso do Estado de Mato Grosso de cerca de 71,1 % da população não dispõem de plano de saúde, têm o SUS como sua primeira opção de acesso à assistência à saúde⁴ (BRASIL/IBGE, 2020).

³ <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/29203-pns-2019-quem-mais-utiliza-o-sus-avaliou-mais-positivamente-a-qualidade-dos-servicos-de-atencao-primaria-a-saude>. Acesso: 17/7/2021.

⁴ Vale esclarecer que os demais 28,5%, com outras opções de serviços de saúde, tratam de acessos a somente serviços ambulatoriais e hospitalares, que são aqueles que os planos de saúde garantem. E aí não se incluem política nacional do sistema de imunização, sistema de controle de vigilância sanitária, ações de promoção e prevenção à saúde, que são realizadas pelo SUS e os planos de saúde não contemplam. Se incluir esses serviços, a cobertura assistencial do SUS é maior, que 71,1%, porém, o exato registro desse valor não foi possível obter.

As premissas que delineiam o SUS constam tanto em leis específicas que o regulamentam quanto na Constituição Federal, nas quais se adota a compreensão de saúde contendo fatores determinantes e condicionantes como: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais; portanto, os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (BRASIL, 1990).

A constituição do SUS foi resultado de um processo histórico de três décadas envolvendo o protagonismo trabalhadores de saúde, grande parcela da sociedade e parlamentares; compreendido como Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro (MRSB), ocorrido em plena ditadura militar, na década de 1970, e que se intensificou no período de transição democrática no país, o que exigiu esforços e pressão articulada da sociedade, chamando o Estado a sua responsabilidade, tornando viável o reconhecimento e a efetivação do direito à saúde (FLEURY, 1997; PAIM, 1997; MACHADO, 2006; 2020).

Marcadamente, antecedendo esse período, vigorava no Brasil o regime autoritário militar, cujo poder estava centralizado na União ou governo central e a “autonomia das coletividades territoriais subnacionais era delegada de cima para baixo, não pactuada e nem definida constitucionalmente” (BRASIL, 2006a, p. 25-35).

Contudo, ao final desse período, o poder estatal, não conseguindo consolidar a hegemonia centralizadora, precisou, aos poucos, modificar sua relação com a sociedade civil (BRAVO, 2009; PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

O sistema público de saúde do país vivia então no período ditatorial dividido entre duas vertentes políticas: a medicina previdenciária, cujas ações eram dirigidas aos trabalhadores formais e voltava-se prioritariamente às zonas urbanas, estando a cargo dos institutos de pensão, e a saúde pública, sob o controle do Ministério da Saúde (MS), direcionada às pessoas da zona rural e aos setores mais pobres da população cujo alvo era, em geral, atividades de caráter preventivo (FLEURY, 1997; PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Destaca-se que a medicina previdenciária e a saúde pública foram medidas de intervenção, que se destacaram como política assistencial, burocratizada e modernizada pela máquina estatal a fim de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade. Assim, buscava-se suavizar as tensões sociais e alcançar a legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital, afirmando, desse modo, uma tendência de desenvolvimento econômico-social e político (BRAVO, 2009).

Mesmo com essa intervenção estratégica para legitimar o regime, à época, reconhecidamente como um período histórico para a saúde, também se debate a medicina

previdenciária. Então, a discussão da saúde ganha evidência no interior dos movimentos sociais, especialmente na voz de Arouca como interlocutor que já se havia debruçado sobre a medicina preventivista, como movimento mais geral de institucionalização das relações específicas da ciência e do saber. E isso representou uma construção teórico-ideológica do real, [...] criando não só seus intelectuais orgânicos como também uma forma de pensar essas novas realidades, transplantando não só problemática como também a forma de a pensar e de resolvê-la (AROUCA, 1975, p. 239).

Portanto, a abordagem preventivista, representa um novo fenômeno no campo conceitual ao estabelecer uma nova articulação com a sociedade em profundas mudanças, que, apesar de vivenciar um tempo ditatorial difícil, demarcou transformação na prática profissional no âmbito da saúde. E essa necessidade de mudanças tanto representou uma resposta para promover desenvolvimento social por meio de políticas de seguridade social, que será expressa com o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), como provoca e demonstra que tais mudanças se dão em outras bases que não sejam aquelas que promovem o setor privado em detrimento do público.

Entretanto, medidas de intervenção utilizadas pelos governos militares buscaram incentivar a expansão do setor privado, na medida em que ampliaram a compra de serviços pela previdência e facultaram incentivos fiscais às empresas, para a contratação de companhias privadas ou cooperativas de médicos que prestassem serviços de saúde aos seus funcionários – reconhecidos como convênios de empresas (ALMEIDA, 1998; PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Nessa conjuntura, foi implantado o modelo de privilégios ao produtor privado que objetivava, também, a privatização de parte dos serviços médicos estatais, então considerados inadequados por não serem lucrativos. Segundo Bravo (2009, p. 7), tal modelo se pautava na extensão da cobertura previdenciária, visando abranger a totalidade da população, com ênfase na prática curativa, individual, assistencialista e especializada, de modo a atender a interesses do capital internacional, via indústria farmacêutica e de equipamentos hospitalares.

Com essa intervenção estatal na previdência, o Estado desenvolveu um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor de saúde, favorecendo a capitalização da medicina e privilegiando o produtor privado desses serviços, o que posteriormente vai resultar na incorporação dessa prática para a área empresarial (BRAVO, 2009; PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Orientado pela lucratividade do setor saúde, o governo criou o Instituto Nacional de Previdência Social (INSS), padronizando os benefícios de seus contribuintes. Ao mesmo tempo, para cumprir com a lógica de expansão da cobertura médica previdenciária estatal,

priorizou a contratação de serviços privados para o atendimento dos beneficiários e, também, a financiar construção de hospitais privados que passaram, em regime de convênios, a atender à saúde pública (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Então, tem-se a gênese daquilo que se assiste atualmente e se expressa com processo de privatização da saúde. Nessa época, segundo Bravo (2009, p. 6-7):

[...] a medicalização da vida social foi imposta tanto na Saúde Pública quanto na Previdência Social. O setor saúde precisava assumir as características capitalistas, com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior. A saúde pública teve no período um declínio e a medicina previdenciária cresceu, principalmente após a reestruturação do setor, em 1966.

No transcorrer dessa década sob o regime militar, no campo econômico, o Brasil foi marcado pela abertura da economia ao capital estrangeiro, acompanhada da contenção de salários, proibição de greves, desarticulação da participação social que, mais tarde, configurasse em grande tensão social. O fato é que o país viveu uma larga conjuntura de crescimento econômico, fase expansionista do capital, favorecida pela conjuntura internacional, que possibilitou a entrada de grande quantidade de recursos estrangeiros e potencializou a execução de grandes obras como a Rodovia Transamazônica, edificações de prédios públicos, entre outros. Contudo, esse crescimento não se traduzia em melhoria das condições de vida de grande parte da população, pois mantinha a concentração da riqueza, com perda do poder aquisitivo do salário mínimo e aumento dos preços (PAIVA; TEIXEIRA, 2014; BRAVO, 2009; BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

No campo social, a crise se agravava com ampliação de tensões favorecendo o surgimento de diversas formas de mobilização popular por transformações políticas e mudanças nas condições sociais. Para Bravo (2009, p. 7):

[...] o bloco de poder instalado no aparelho estatal em 1964 não conseguindo, ao longo de dez anos, consolidar a sua hegemonia, precisou gradualmente modificar a sua relação com a sociedade civil. Houve a necessidade de estabelecer novos canais de mediação, que legitimassem a dominação burguesa e suas consequências políticas, econômicas e sociais.

Um legado que a ditadura deixou foi plantar as raízes da privatização da saúde, hoje um dos entraves na luta pela consolidação do SUS. Isso porque o regime, para garantir sua legitimidade, investiu na implementação de políticas públicas e abriu espaço para a saúde privada. Instala-se, assim, um padrão de organização de prática médica orientada para a

lucratividade do setor, propiciando a capitalização da medicina e privilegiando o produtor desses serviços (BRAVO, 2009; CARVALHO, 2013).

A emergência do movimento sanitário advém desse cenário de crise do regime burocrático-autoritário, a partir da discussão sobre as condições de vida da população. Constituído no período de redemocratização (1986-1988), o movimento representa a participação de novos sujeitos sociais: intelectuais, movimentos populares, partidos políticos progressistas, universidades, trabalhadores da área da saúde. Objetivam, assim, a politização da saúde, a partir de sua análise no contexto mais amplo das desigualdades sociais, “nos marcos da unificação dos serviços, públicos e sem fins lucrativos, com a participação dos usuários estimulada, crescente, possibilitando sua influência nos níveis decisórios e ampliando o acesso a serviços de boa qualidade” (FLEURY, 1997, p. 26).

Essa conjuntura de amplo debate resultou no projeto da reforma sanitária, na compreensão da saúde como direito universal e na criação de um sistema único sob a égide do Estado (CARVALHO, 2013). Com a luta pela redemocratização do país e a política de saúde, o movimento sanitário visava à reorientação da política e reestruturação dos serviços, sob a orientação dos preceitos da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) então nascente.

No início das articulações o movimento pela reforma sanitária não tinha uma denominação específica; era um conjunto de pessoas com ideias comuns para o campo da saúde (AROUCA, 1998). Assim, o MRSB foi expressão de resistência à ordem constituída naquela época, cujo apelo pela redemocratização se constituía nas bases para implantação do SUS (BRASIL, 2006a; CARVALHO, 2013; COHN; ELIAS, 20003; BRAVO 2009; BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

A RSB, como fenômeno histórico e social, será retomada na próxima seção; o que cabe evidenciar agora é a instituição do SUS enquanto proposta de reformulação que se denominou Projeto da Reforma Sanitária entregue aos constituintes, que garantiram, na CF de 1988, a Ordem Social e, nela, a Seguridade Social (BRASIL, 2006; CARVALHO, 2013).

A institucionalidade do SUS assumiu proporções de grande relevância social e política. Inicialmente, introduziu a noção de direitos sociais universais como parte da condição de cidadania, os quais, antes, eram restritos à população beneficiária da previdência. Avanço expresso na Constituição Federal, no Capítulo da Ordem Social, que inovou ao assim consagrar o modelo de seguridade social: “Um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade destinadas a assegurar direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (FLEURY, 2009, p. 745). Logo, o advento do SUS contribuiu para a difusão

da noção do direito à saúde, como parte da cidadania e para a reforma democrática do Estado à população (BRASIL, 2006; PAIVA & TEIXEIRA, 2014).

Outro aspecto a ser destacado é o deslocamento sobre a compreensão de Sistema Público de Saúde, até então compreendido como ações de ordem coletiva para atender a surtos e/ou endemias. Com o advento do SUS, a concepção de saúde pública é ampliada e passa a ser apreendida como:

[...] cuidado individual e coletivo, incrementado com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os campos como vigilância sanitária, epidemiologia, saúde do trabalhador, alimentação e nutrição, saúde da pessoa portadora de deficiência e todos os procedimentos: consultas, exames, urgências, internações, cirurgias, transplantes, UTI etc. (CARVALHO, 2013, p. 13).

Nesta direção, segundo Paim (2009), o SUS apreende a realidade de saúde como área do saber que disponibiliza o conhecimento para intervir na promoção, prevenção e recuperação, nos campos da fisioterapia, nutrição, serviço social, psicologia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, medicina, entre outras. Como setor produtivo, superou a mistura de inúmeros componentes dos setores públicos e privados (caso de hospitais, medicina liberal dotada de consultórios particulares, medicina previdenciária, Postos de Assistência Médica (PAM); medicina de grupo, cooperativas médicas, entre outros) e a saúde, como estado vital das pessoas e da população, por indicadores limitados a dados de mortalidade e notificações de doenças infecciosas e acidentes de trabalho.

A partir dessas lições, o SUS responde àquelas dimensões apresentando-se com função de regular, fiscalizar, controlar e executar a partir dos determinantes sociais de saúde e com respostas estruturadas pela sociedade, no enfrentamento da questão no Brasil (BRASIL, 2006a; PAIM, 2008; CARVALHO, 2013).

Também se destaca, nesse sentido, o fato de a história do SUS ter sido construída com a difusão de uma consciência sanitária, revelada na introjeção da noção de direito público à saúde, ainda que precise ser aprofundada para superar desafios apresentados na atualidade (BRASIL, 2006a; FLEURY, 1997).

Ainda quanto à relevância do SUS, talvez a de maior importância seja a sua estruturação de uma rede de serviços inter-relacionada nas três esferas de governo. Carvalho (2013) explicita os princípios e diretrizes do SUS distinguindo-os em aspectos técnico-assistenciais, que dizem respeito aos cuidados em saúde, e os técnico-gerenciais, relacionados à organização administrativa do sistema.

Naquilo que tange aos aspectos técnico-gerenciais e que afetam a organização administrativa inclui-se o aspecto inovação que está inteiramente relacionado à ação de gestores, pois compõe o processo de descentralização. Fleury (2014), ao analisar o processo de descentralização da política de saúde⁵, desvela a criatividade da gestão local ao produzir conhecimentos capazes de sustentar novas iniciativas políticas, além de evidenciar um processo de profissionalização da gestão que sinaliza para a possibilidade de substituição da prática de indicações político-partidárias na ocupação de cargos por critérios de competência. Logo, os princípios e diretrizes do SUS impulsionaram a distribuição de poder político e técnico setorial.

As diretrizes e princípios assistenciais, também denominados doutrinários, correspondem à universalidade, igualdade, equidade, integralidade, intersetorialidade, direito à informação, autonomia das pessoas, resolutividade e base epidemiológica (BRASIL 1990; 2006b; CARVALHO, 2013).

Assim, o direito à saúde é de todos, não se pode discriminar quem tem direito, pois “a universalidade significa o Para Todos” (CUNHA; & CUNHA, 2001; BRASIL, 2006a; CARVALHO, 2013, p. 13).

A integralidade pressupõe atendimento à pessoa como um todo, em todas as suas necessidades, articulando-se a outras políticas públicas pela atuação intersetorial, com repercussão na vida dos indivíduos (CUNHA & CUNHA, 2001).

A equidade, como princípio de justiça social, visa reduzir desigualdades, com o atendimento às pessoas conforme suas necessidades, investindo mais onde há mais carência, ou seja: “tratar desigualmente os desiguais” (CUNHA & CUNHA, 2001, p. 301).

A ideia desse rótulo é destacada por Paim (2008) como uma tentativa constante e marcada desde a implementação do SUS, pela ideia de uma medicina simplificada com ações de saúde pública de baixo custo e alto impacto, “para os descamisados”, como dizia à época o presidente Fernando Collor de Mello.

Essa ideia, uma das faces do neoliberalismo, também está presente no governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), como parte de um projeto político ao tratar a saúde e a doença como mercadorias na dependência do poder de compra do consumidor e orientar os serviços públicos

⁵ O estudo de Sônia Fleury sobre democracia e inovação, na gestão local de saúde, trata do processo de descentralização, que foi propiciado pela democratização da esfera local de governo, recém-instalado no país, e concebido como distribuição de poder político setorial e técnico. Essa pesquisa durou mais de uma década, tomou por base os conceitos de diversificação, relacionado ao perfil do gestor nos governos municipais brasileiros; e, de inovação, envolvendo nas dimensões da política institucional: a democrática, a gerencial e a assistencial (PAIVA & TEIXEIRA, 2014).

para os pobres, preferencialmente por intermédio de uma “cesta básica” (PAIM, 2008, p. 206), recomendação esta do Banco Mundial (BM).

Recomendações do BM, aliás, que são motivações que podem ser consideradas influências do modelo neoliberal, na medida em que se assemelha a esse sistema de mercado, ao propor a produção com menor custo possível, ou mínimo; no caso da saúde, com oferta de serviços elementares – cesta básica – para responder às necessidades básicas da população, sendo uma condição que favorece a intensificação do ritmo produtivo dentro do mesmo tempo de trabalho, criando condições para a retomada dos ciclos de acumulação e recuperação da rentabilidade do capital (CARVALHO, 2013; CISLAGHI, 2015; LEMOS, 2010; PAIM, 2008).

Nesse sentido, são diretrizes e princípios do SUS: os tecnogerenciais, como denominado por Carvalho (2013), expresso tanto na CF como na Lei nº 8080, que implica em descentralização, regionalização, hierarquização e, posteriormente, a participação social (com a Lei nº 8142), que passam a delinear os contornos político-administrativos permitindo a operacionalização do sistema (BRASIL, 1990).

Tais princípios concebem a existência de um gestor único em cada esfera de governo, conjugação de recursos das suas três esferas, organização dos serviços para evitar duplicidade, complementariedade e suplementariedade do privado, financiamento tripartite e participação da comunidade (BRASIL, 1990; 2006b; CARVALHO, 2013). Tem-se, assim, desenhada a unicidade do SUS nos diferentes municípios brasileiros, de modo a ser garantida pelo respeito aos seus princípios, considerando as peculiaridades dos diferentes locais (CUNHA & CUNHA, 2001).

A partir desse desenho, a gestão da saúde deixa de ser responsabilidade concentrada e centralizada da União e passa a ser também de estados e municípios. As novas atribuições dos gestores, visando aos direitos constitucionais são concebidas a partir das diretrizes de descentralização e regionalização do sistema de saúde, como processos políticos que envolvem a articulação entre as diferentes esferas de governo e assumem sentidos variados, de acordo com o contexto institucional no qual são formulados e implementados.

Com a descentralização, tem-se a transferência de poder e responsabilidades nas dimensões política, administrativa e fiscal/financeira; e com a regionalização, a organização do sistema de serviços de saúde em uma base territorial, por meio de um processo em que níveis regionais são relacionados a níveis de atenção. Trata-se, então, de um processo técnico-político relacionado à definição de recortes espaciais para fins de planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços, envolvendo diferentes entes. Assim, configura-se como um processo político que, além de envolver mudanças na distribuição de poder, precede o

estabelecimento de um sistema de inter-relações entre diferentes atores sociais: governos, agentes, instituições, cidadãos (VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010, p. 2318).

Essas diretrizes, como parte do plano jurídico-legal, são reconhecidas por Viana; Lima; Ferreira (2010, p. 2318) como uma medida política audaciosa para a organização do sistema público de saúde, a um só tempo nacional e universal, mas também descentralizado, unificado e hierarquizado no território, de modo a atender à diversidade regional do país.

Essas autoras evidenciam, também, a descentralização no SUS como uma importante estratégia para a expansão de cobertura dos serviços de saúde, que favoreceu a indução dos estados e municípios a aumentarem seu peso no financiamento público em saúde; contudo, argumentam elas que essa medida não foi capaz de resolver as imensas desigualdades presentes no acesso, utilização e gasto público no setor, além de não ter conduzido à formação de arranjos mais cooperativos. Essa problemática assola o sistema até os dias atuais.

Já Rizzotto (2000), evidencia em sua tese de doutorado as contradições que o princípio da descentralização assume num projeto de Estado neoliberal. Em sua análise, destaca a defesa do Banco Mundial, na descentralização necessária para a redução do escopo do governo federal como o deslocamento da responsabilidade pela assistência à saúde às comunidades e às instâncias subnacionais. Para a autora, há um otimismo, visto como possibilidade de tirar do governo federal o poder decisório e partilhar as responsabilidades com os governos estaduais, municipais, entidades sociais não governamentais e comunidades. Entretanto, no olhar dessa autora, tal otimismo se reduziu e transformou numa crítica, por um suposto equívoco nas reformas implementadas, uma vez que a “descentralização não se processou da forma como era esperado, e a defesa da equidade, assim como a tendência da universalização do acesso, tem representado uma enorme carga, muito além da capacidade governamentais”. A intenção da redução dos déficits fiscais e dos gastos do governo se confronta com os sonhos de despesas nutridas pelo processo de democratização e pela Constituição Federal de 1988 (RIZZOTTO, 2000, p. 154).

Por fim, se junta à dimensão organizativa do SUS a diretriz participação social, com a instalação de conselhos nas três esferas de governo, a fim de comporem a estrutura gestora do SUS, com representação dos segmentos de trabalhadores da saúde, prestadores de serviços e gestores. Essa participação social ainda carece de ir além dos Conselhos de Saúde. Portanto, tem-se, nesses conselhos, uma arena de debates em que se discutem limites e possibilidades, bem como avanços para a consolidação do sistema, a exemplo da implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF); e, de outro lado, entraves, como o das decisões ao arrepio do que tem sido preconizado – caso das já citadas terceirização e privatização de serviços.

Ainda no campo das possibilidades se podem aventar os aspectos organizativos do SUS e particularmente em relação ao processo de descentralização, o protagonismo dos gestores nas esferas municipais e mesmo estadual, devido a duas primazias presentes: o avanço expressivo e a dinâmica da inovação na sua dimensão assistencial (mais que nas outras dimensões, gerencial e social), que passou exigir respostas aos problemas de saúde; e a ênfase no paradigma da democratização, que coloca em discussão a relação entre Estado, sociedade e cidadania, permitindo proposições analíticas que geram mais discussões acerca de governabilidade, governança e poder local relacionado à inovação (FLEURY, 2014).

Sob a compreensão de governabilidade e governança⁶, a descentralização tem implicações vinculadas ao processo de democratização, à medida que trouxe novos atores com demandas que, como afirma Fleury (2014, p. 35):

[...] reivindicavam mudanças políticas e institucionais que se materializassem em arenas e regras onde a transação de disputas e conflitos pudesse se dar com a ampliação da participação no processo decisório, que define prioridades na alocação de recursos públicos.

Fleury enfatiza que tais necessidades se constituem em desafios da democracia brasileira, posto demandar a construção de pacto de poder que compatibilize autonomias locais com exercício do poder local pelo governo central. Isso resultou no desenho de um modelo de federalismo que na busca da unidade na diversidade e da autonomia com interdependência encaminhou-se para o formato cooperativo, no qual os três níveis governamentais concorrem para enfrentar o desafio da universalização da cobertura (FLEURY, 2014, p. 35).

É, portanto, nesse movimento de construção da descentralização, de democratização e distribuição de poderes com vistas à implementação do SUS, que abre espaço, e confere o protagonismo de gestores, ainda que concorram entre essa forma de fazer política com os ditames da estabilização econômica em um contexto de supremacia dos interesses do setor financeiro. Este, com as imposições de recentralização dos recursos fiscais e do processo

⁶ Segundo Fleury (2014, p. 36), governabilidade é traduzida como capacidade de manter coalizões política comprometidas em efetuar reformas estruturais, que assegurem a estabilidade macroeconômica. E, governança a capacidade de direção, de atividade específica de governar, associada a um tipo de organização (incluindo governança pública, governança global, governança sem fins lucrativos, governança corporativa e governança de projetos). Logo, o conceito (de governança) “não se restringe, contudo, aos aspectos gerenciais e administrativos do Estado, tampouco ao funcionamento eficaz do aparelho de Estado”. Surge a partir de reflexões conduzidas principalmente pelo Banco Mundial, “tendo em vista aprofundar o conhecimento das condições que garantem um Estado eficiente” (Diniz, 1995, p. 400). Nos termos de Santos (1997) engloba dimensões presentes na governabilidade o “[...] *modus operandi* das políticas governamentais – que inclui, dentre outras, questões ligadas ao formato político institucional do processo decisório, à definição do mix apropriado de financiamento de políticas e ao alcance geral dos programas” (SANTOS, 1997, p. 341).

decisório, numa evidente contradição e incoerência com os processos de descentralização em curso. Desse modo, impede-se a transformação nas formas de exercício do poder e na maneira tradicional de fazer política (FLEURY, 2014).

Portanto, os processos de descentralização como uma expressão da democracia e exercício da cidadania são elementos que potencializaram o protagonismo de gestores no âmbito da saúde, ainda que mantenha a diversidade de interesses macroeconômicos divergentes à institucionalização de governança e governabilidade sob os princípios da democracia, das necessidades e dos direitos sociais. Mesmo porque os dilemas de distintos interesses persistem até hoje, oxalá de maneira mais agressiva, a se considerar o recrudescimento do ideário neoliberal nos dias atuais (BAHIA, 2018; CAMPOS, VIANA, SOARES, 2015; RIZZOTTO, 2000).

Todavia, a grandiosidade do SUS, com a complexidade do sistema, remete a outras exigências como a necessidade de implementar a política de EPS enquanto estratégia educacional e de desenvolvimento para os seus trabalhadores, já que os serviços de saúde são organizações complexas e requerem aprendizagem capaz de gerar adesão de seu pessoal aos processos de mudança no cotidiano (CECCIM, 2005).

Nesses mais de 30 anos desde que foi instituído o SUS, houve mudanças significativas, com inúmeras experiências que têm conferido importância fundamental para a vida da população brasileira. Seja pelos avanços decorrentes do modelo de atenção, fundamentado na promoção à saúde, isto é, na atenção primária; seja na forma de gestão democrática e participativa, como também pelo seu patrimônio de mais de 3,5 milhões de profissionais. Machado (2020, p. 1), observa que esses trabalhadores:

[...] respondem pelo atendimento na assistência direta à população nos hospitais e ambulatorios, na ciência e tecnologia produzindo e disponibilizando saberes, conhecimentos, tecnologia e insumos, na gestão pública; enfim, prestando serviços de alto valor social.

Contudo, essa importância e a sua necessidade de consolidação como política social têm sido ameaçadas pelo predomínio da doutrina neoliberal, que fragiliza esses valores civilizatórios do SUS a ponto de estudiosos como Paim afirmarem que o SUS “[...] foi implantado, mas não se encontra consolidado” (PAIM, 2018a, p. 1724).

As fragilidades em torno do SUS que impedem sua consolidação são ameaças expressas por meio de um intenso processo de sucateamento em todas as dimensões e se arrastam desde a crise econômica de 2008. Segundo Paim (2018a, p. 1725), o Estado brasileiro, por meio dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, não tem assegurado as condições objetivas para a

sustentabilidade econômica e científico-tecnológica do SUS. Esse sucateamento acontece no âmbito da gestão, com processos de privatização da rede pública, especialmente as de alta complexidade, ou seja, a assistência hospitalar, a precarização da sua força de trabalho e sucateamento das estruturas e serviços existentes, além do subfinanciamento. Em síntese, coloca em curso um processo de financeirização da saúde, que a torna mercadoria. Para tanto, privilegia o setor privado com isenções e subsídios, seguindo a orientação neoliberal.

Outras fragilidades do SUS podem ser apontadas: falta de planejamento ascendente, burocratização das decisões, descontinuidade administrativa, reprodução do modelo médico-hegemônico centrado mais na doença que na saúde, crescimento da terceirização e da informalidade da inserção de profissionais essenciais, aproximando a realidade brasileira cada dia mais do trabalho precário e distanciando-a do trabalho decente, preconizado pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) (PAIM, 2018a; MACHADO, 2020).

O trabalho precário, considerado um fenômeno mundial, tem suas marcas com os assalariados, fenômeno definido por Kalleberg (2009, p. 21) como “[...] o incerto, imprevisível, e no qual os riscos empregatícios são assumidos principalmente pelo trabalhador e não pelos seus empregadores ou pelo governo”, e isso tem afetado todos os setores organizados da economia. Impulsionada pela globalização e contrarreformas do Estado neoliberal, a máquina pública se orienta para a precarização, sob a forma de contratos irregulares, desprovidos de valor jurídico, como também de transferência de serviços ao setor privado, cujas medidas favorecem o aumento desse tipo de trabalho.

Essa fragilização gera consequências de longo alcance aos trabalhadores, suas famílias, governos e empresas, uma das quais, relacionada a aspectos individuais como a educação, que se apresenta insuficiente para uma vida decente.

Para realçar a negação do trabalho precário, a OIT mostra o seu contraponto:

Trabalho decente é conceituado pela OIT como o trabalho produtivo e adequadamente remunerado, exercido em condições de liberdade, igualdade, segurança e dignidade, e livre de qualquer forma de discriminação, cujos princípios básicos são para proteger o trabalhador e ser parâmetro na definição de políticas e legislações (OIT, 2006, p. 27).

Essas formas de ocupação são obstáculos a serem superados e, assim, em 2003, foi criado pelo Ministério da Saúde o Comitê Nacional Interinstitucional de Precarização do

Trabalho no SUS⁷, uma tentativa de equacionar problemas do setor. Mas tais iniciativas têm sido diluídas com a expansão do neoliberalismo e sua ideologia, implicando desregulação, privatização e remoção de proteções sociais (BRASIL, 2003a).

As respostas aos obstáculos, entre eles sucateamento, precarização e, mesmo, subfinanciamento impostos à consolidação do SUS, têm-se dado com inúmeras iniciativas adotadas, como a Contribuição Provisória de Movimentação Financeira⁸ (CPMF), a EC-29/2000⁹, entre outras. Não obstante, tais medidas governamentais foram incapazes de alterar, efetivamente, a estrutura de financiamento da saúde pública do país, já que a limitação de recursos para o SUS se desdobra em mais problemas: falta de manutenção da rede de serviços, baixa remuneração de seus trabalhadores e, obviamente, limites nos investimentos para ampliação da infraestrutura, empurrando para a compra de serviços do setor privado, o que reforça a ideologia da privatização, num ciclo que persiste, mantendo o SUS sempre ameaçado (PAIM, 2018a).

Bahia (2018, p. 12), em um balanço da configuração do SUS em 30 anos, aponta a

... feroz competição política entre público e privado por recursos materiais e simbólicos, que concorrem para a “desoneração do SUS”, em que forças políticas de centro-direita, apoiadas pelos governos no poder, “oferecem a ampliação de seus mercados” como projeto para o sistema de saúde. Na prática, o que está posto é um impiedoso modelo de segregação social.

⁷ Portaria Nº 2430/GM cria o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS, com seguintes objetivos: I - fixar as diretrizes para o cadastramento nacional dos trabalhadores com vínculo de trabalho precário, e estabelecer, para este, o cronograma de sua realização; II – definir um modelo de cadastro mínimo para ser aplicado em todo o País, o qual poderá ser adaptado para atender as necessidades e interesses locais; III – monitorar as formas de substituição do trabalho precário nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal); IV – dimensionar e estimular a realização de concurso público nas três esferas de governo, em cumprimento de princípio constitucional e de recomendações de resoluções das últimas Conferências Nacionais de Saúde e de Recursos Humanos; V – realizar o levantamento das formas de precarização do trabalho no SUS; VI – indicar as formas legais de contratação, quando for o caso, e apresentar as iniciativas requeridas para sua implementação, tendo em conta a política de preservação do emprego e da renda dos ocupados no setor; VII – avaliar os impactos financeiros das medidas propostas e suas repercussões em face da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000 (D.O.U. de 05/05/2000), que estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências; VIII – monitorar as decisões judiciais e os acordos extrajudiciais sobre finanças públicas e gestão fiscal que versem sobre o disposto no inciso VII deste artigo, buscando formular alternativas para superar possíveis entraves legais e fiscais com gestores do SUS; IX – induzir, por meio de cooperação com os demais entes federados, a adoção de uma nova concepção de relações estáveis de trabalho no SUS – que erradique os vínculos precários e valorize o trabalhador –, em benefício de melhorias na qualidade do acesso e do atendimento dispensado aos usuários do SUS; X – propor mecanismos de financiamento pelo Governo Federal que estimulem as formas legais de relações de trabalho no SUS, com especial ênfase para a organização das equipes de saúde da família; XI – divulgar iniciativas adotadas na gestão do trabalho no SUS, de enfoque multiprofissional, que dignifiquem o trabalho humano e a consequente melhoria dos serviços de saúde no País; XII – apoiar e estimular a criação de Comitês Estaduais e Municipais de Desprecarização do Trabalho no SUS; e XIII – elaborar políticas e formular diretrizes para a desprecarização do trabalho no SUS (Brasil, 2003a).

⁸ A famosa CPMF (Contribuição Provisória sobre a Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira), instituída em 1996 pelo governo FHC, e extinta em 2007. Sua alíquota oscilou, ao longo dos anos, entre 0,25% até 0,38%.

⁹ Emenda constitucional 29/2000, aprovada em 2000, determinou a vinculação de percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União, estados, Distrito Federal e municípios seriam obrigados a aplicar em ações e serviços públicos de saúde.

Intensificam-se, pois, políticas compensatórias, de ajuste fiscal, que promovem a financeirização da economia e contribuem para reduzir a função do Estado, com as contrarreformas estruturais que atacam os direitos dos trabalhadores.

Esse modelo de segregação social, como referido por Bahia (2018), agravou-se a partir de 2016 com o governo Temer, o qual intensificou a lógica privada nos espaços públicos para atender a interesses de grupos econômicos em busca de lucro. Adotam-se, então, medidas que restringem a função do Estado, para dar espaço ao setor privado através das contrarreformas, a exemplo da Previdência Social e o congelamento de recursos orçamentários para as políticas sociais por 20 anos (PEC 95/2016)¹⁰. Outra medida de retração do SUS foi apresentada por ministros da Saúde (2018 e 2019): a implantação do sistema de planos de saúde para os seus usuários. Para tanto, alegam a incapacidade financeira do Estado de assegurar serviços que atendam a direitos constitucionais, devido à recessão econômica e à elevada taxa de desemprego.

Nesse cenário de crise que envolve aspectos políticos e econômicos do SUS, impõe-se, pois, a retomada da organização dos trabalhadores para enfrentar a flexibilização e/ou desmonte do marco legal constitucional e das legislações complementares que se seguiram (BRAVO; PELAEZ & PINHEIRO, 2018). Tal resistência também implica envolver os movimentos sociais e, no âmbito do SUS, têm-se os Conselhos de Saúde como expressão de participação e do controle social.

Na próxima seção, vamos discutir os elementos que constituíram a base e as condições para a instituição do SUS, pela atuação de entidades como a RSB.

1.1.A Política de Saúde e o SUS: um percurso histórico

A ideia de instituir uma política de saúde tem, entre os pontos de importância e centralidade, a reforma sanitária e a forma como o Estado brasileiro tem se organizado. Nesta seção, buscamos oferecer subsídios e apontar questões para situar o leitor quanto aos aspectos históricos que envolvem a saúde cujo resultado é o SUS. Para tanto, adotaram-se medidas voltadas para o desenvolvimento e qualificação da força de trabalho nos últimos 15 anos, numa política de educação permanente para os seus trabalhadores.

¹⁰ Emenda Constitucional 95/2016, de 15/12/2016 institui o novo regime fiscal no âmbito dos orçamentos fiscal e da Seguridade Social da União, que vigorará por 20 exercícios financeiros, ficando estabelecido, para cada exercício, limite individualizado para as despesas primárias.

A gênese da instituição do SUS está demarcada na saúde pública sob a intervenção do Estado no Brasil, que só veio a emergir no século XX, especialmente a partir da década de 1930, pois anteriormente a assistência era filantrópica. Essa ação estatal surgiu “no campo da saúde pública, como a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas”. Contudo, as transformações decorrentes do processo de industrialização e a organização e pressão da classe trabalhadora redefiniram “o papel do Estado, o surgimento das políticas sociais, além de outras respostas às reivindicações dos trabalhadores” (BRAVO, 2009, p. 3).

Com as modificações tecnológicas que então chegavam ao país, sob o domínio do capital industrial, acelera-se o processo de urbanização e ampliação da massa trabalhadora em precárias condições de higiene, saúde e habitação; dá-se a intervenção estatal para atender às necessidades de saúde, em resposta às pressões da classe trabalhadora, mas a assistência do Estado efetivou-se pela via do setor privado, criando-se as corporações médicas vinculadas aos interesses capitalistas, cuja expansão seguiu até o período da ditadura militar (BRAVO, 2009; CARVALHO, 2013).

No contexto do regime autoritário-burocrático que se instituiu no país entre 1964 e 1974, o Brasil passa a se inspirar mais fortemente na cartilha neoliberal, sob a liderança dos EUA e da Inglaterra. Isso favoreceu a expansão da saúde como projeto privatizante e, pela natureza do regime autoritário, a resposta do Estado foi o controle da sociedade, em especial, sobre a classe trabalhadora que, organizada politicamente, representava uma ameaça ao regime e, para tanto, utilizou-se da

[...] repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital (BRAVO, 2009, p. 6).

No regime ditatorial, o Estado, para garantir sua legitimidade, investiu na implementação de políticas públicas e abriu espaço para a saúde privada. Instala-se, assim, um padrão de organização da prática médica orientada para o lucro, com a capitalização da medicina e privilegiando o produtor de tais serviços (BRAVO, 2009).

Na época, o país buscou adesão e legitimação por meio da expansão e modernização de políticas sociais. Para tanto, consolidou institutos de aposentadoria e pensões, como também adotou medidas relacionadas à assistência social para manter controlada a força de trabalho. Assim, incrementa-se a política social brasileira com inúmeras iniciativas, entre elas a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social, a ampliação de acesso e cobertura

previdenciária para trabalhadores rurais, empregadas domésticas, jogadores de futebol etc. (BEHRING & BOSCHETTI, 2011).

O Brasil teve um intenso salto econômico em função de um projeto de internacionalização da economia propiciado pelo movimento do capital que tentava “se valorizar, pela ampliação dos mercados de bens fordistas nos locais em que tinham algum potencial de crescimento, encontrando no caso brasileiro as condições pela exportação de capitais” (BEHRING & BOSCHETTI, 2011, p. 135).

Diante da repressão, o processo de organização política dos trabalhadores e as pressões sociais vão canalizar as reivindicações por direitos, marcando a abertura do regime, que já dava mostras de falência do seu projeto tecnocrático e modernizador-conservador, determinado pelos impactos da economia internacional.

Esses desdobramentos, agregados ao agravamento de problemas estruturais próprios do regime militar, os quais afetavam a saúde com disseminação de doenças (muitas delas originárias da condição de pobreza), impulsionam a eclosão de um movimento social que propunha uma ampla mudança do sistema de saúde (SCOREL, 2012). Esse movimento, em consequência das denúncias contra a ditadura e os interesses econômicos que envolviam a saúde, passou a apresentar propostas construtivas para o sistema de saúde vigente (PAIVA & TEIXEIRA, 2014).

Assim, esse desenho de transição possibilitou que o país aderisse às orientações conservadoras neoliberais que já vinham sendo aplicadas em âmbito mundial (COHN & ELIAS, 2003; BRAVO, 2009; BEHRING & BOSCHETTI, 2011; CARVALHO, 2013).

E como foi essa transição? Toma-se como referência o contexto do sistema de saúde brasileiro, com prevalência da medicina previdenciária, de ações voltadas para a zona urbana, vinculada ao trabalho formal, com vínculo empregatício, promovendo a expansão do setor privado por meio da ampliação e compra de serviços e facultando incentivos fiscais a empresas; já a saúde pública, sob a gestão do MS, direcionava suas ações de caráter preventivo às zonas rurais e aos setores mais pobres (BRASIL, 2006a; PAIVA & TEIXEIRA, 2014).

Nesse contexto, acrescenta-se a exaustão da era desenvolvimentista, tida como “milagre brasileiro”, pois finalizava o ciclo de forte crescimento logo após a abertura econômica, pela qual a entrada de uma grande quantidade de capital estrangeiro privilegiava o desenvolvimento a partir da concentração da riqueza. Para os trabalhadores brasileiros, cristaliza-se um período problemático: política de arrocho salarial, queda do poder aquisitivo dos assalariados, aumento da concentração de renda nos estratos sociais mais ricos e ampliação das desigualdades socioeconômicas.

Essas condições, como se sabe, levaram à ampliação das tensões, fazendo surgir diversas formas de mobilização popular por transformações políticas e mudanças nas condições sociais (BRASIL, 2006a; PAIM, 2018a; PAIVA, TEIXEIRA, 2014).

Essa foi a época, do regime ditatorial, em que se iniciava a abertura social e política, na qual viceja a transição democrática no país (FLEURY, 2009). Portanto, elementos de ordem econômica, a influência da onda neoliberal, o processo de redemocratização, fruto das mobilizações dos movimentos sociais como resposta ao regime autoritário, desencadearam ações de segmentos da sociedade civil em defesa do setor de saúde (COHN & ELIAS, 2003).

Nesse processo de redemocratização do país, merece destaque a concentração operária nas grandes cidades, como em São Paulo e na região do ABC paulista, onde emerge a organização sindical dos trabalhadores que, junto aos movimentos sociais, constitui-se em uma das maiores forças à retomada do Estado Democrático de Direito. Influenciaram a instalação do Congresso constituinte com pautas que reivindicavam liberdades democráticas e afirmação de direitos sociais. Essa arena de disputas e redefinição das regras políticas resultou na Carta Magna de 1988, que instituiu a seguridade social (BEHRING & BOSCHETTI, 2011).

Nesse caldo de insatisfações, o movimento sanitário cresceu e ganhou apoio de distintos setores, visando ampliar o acesso à saúde através de uma política de inclusão social. De forma equivalente, a ideia de uma prática política, voltada para a mudança das relações sociais, tomando a saúde como referência o ideário da reforma sanitária¹¹, é a base que originou propostas de novas práticas de saúde (TEIXEIRA, 1985).

Assim, o MRSB, no contexto de intensas mudanças, apresenta os princípios norteadores para a criação de um sistema de saúde, que veio a se materializar com o SUS. Observa-se que o MRSB não se esgotou com a concretização do SUS: suas ideias se mantêm pulsantes entre os trabalhadores da área, nas academias e nos espaços de reflexão. Nesse sentido, foi criado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), que tem protagonizado e subsidiado a resistência aos processos de privatização na área até hoje; integra, neste propósito, a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS), criada em 2009, para o enfrentamento da continuidade e intensificação do desmonte das políticas do setor.

¹¹ Refere-se ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde, abarcando não apenas o sistema e sim todo o setor (AROUCA, 1986; 1998).

O movimento da RSB, instituído pelos sujeitos coletivos em defesa do tema como direito, ganhou institucionalidade com a criação, em 1976, do Cebes¹², considerado veículo de difusão e ampliação do debate em torno da saúde e democracia.

Apesar da ameaça neoliberal, que aparecerão em maiores proporções posteriormente, os preceitos da RSB são considerados o novo rumo que se dá à saúde pública no país, apoiado em direitos de cidadania e rompendo com o modelo anterior, de caráter biológico, centrado na clínica. As iniciativas direcionadas para promover tais mudanças têm persistido no interior do sistema de saúde, ante a concorrente força do modelo privatizante que se mantém cada vez mais forte atualmente.

Tais debates foram permeados com pautas reivindicatórias como universalização do acesso; concepção de saúde como direito social e dever do Estado; reestruturação do setor por meio da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, para que possibilitassem o reordenamento setorial, além da descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, juntamente com o financiamento efetivo e a democratização do poder local a partir da participação popular, com adoção do novo mecanismo de gestão que são os Conselhos de Saúde (BRAVO, 2009).

No bojo dos debates sobre a concepção de saúde e da proposta da reforma sanitária, antecedendo e subsidiando tais discussões, destacamos a tese de doutorado de Arouca. Escrita em 1975, buscou compreender como foram produzidas as regras da formação discursiva da medicina preventiva. Sua análise retoma o debate sobre a promoção da saúde, o modelo de medicina preventiva e do seu ensino baseado na humanização da prática médica, como fundamento dessa promoção à saúde, que passa a constar no projeto da RSB.

As suas reflexões são contribuições a demonstrarem que a promoção da saúde está posta na contradição fundamental da medicina, evidenciando a existência do dilema preventivista, entre o enfoque dos cuidados que não depende apenas da figura do médico, mas essencialmente, do indivíduo, sendo responsável por sua saúde e ao mesmo tempo, por sua condição social. Por consequência, não se trata de uma inovação, mas de um discurso preventivista, marcado por ideologias e funcional ao modo de produção capitalista, na medida em que mantém a lógica da relação de troca: de um valor de uso, que é a saúde, para um valor de troca, mediado por relações sociais subordinadas ao mercado (AROUCA, 1975; COSTA; MISOCZKY; ABDALA, 2018).

¹² O Cebes foi criado em julho de 1976 durante a 32ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, realizada na Universidade de Brasília (UnB), trazendo para a discussão o tema da democratização da saúde e constituindo-se como um intelectual coletivo, capaz de propor inovações significativas na dimensão do pensamento da saúde.

Nesta perspectiva, Arouca (1975, p. 232) diz que o Estado pode promover uma rearticulação do setor saúde, mantendo as funções da medicina na sociedade capitalista. Esse autor enfatiza as atitudes preventistas a serem incorporadas pelo Estado, através de uma política estatal, por meio dos organismos de saúde pública, para que este assuma o controle, a partir das condições de trabalho e de uma reforma do ensino que se adapte às novas condições de prática.

A partir desse desenho, o MRSB se insere nos debates a partir de 1980 e se estabelece, para construir uma proposta abrangente, que se consolida em um momento histórico: a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, conhecida como marco legal, tal qual preconiza a CF 1988.

Essa compreensão sobre saúde, com os desdobramentos de propostas de reorganização e ampliação dos seus serviços e a inclusão de debates acerca da estrutura social, inclui um conjunto de políticas articuladas que requerem consciência sanitária; participação da cidadania e vinculação com lutas políticas e sociais mais amplas e reabrem espaço para conceber que saúde tem uma natureza técnica e, ao mesmo tempo, práticas sociais com dimensões econômicas, ideológicas e políticas.

Nessa direção, enfatiza Paim que o MRSB é reconhecidamente o marco de maior importância na história das políticas sociais/saúde, em função de

[...] questionar a concepção de saúde frente ao entendimento restrito à dimensão biológica e individual, por ter possibilitado a formulação do projeto de reforma sanitária por uma base conceitual e por uma produção teórico-crítica, e integrar um projeto que abarca na sua totalidade mudanças de ordem ética e cultural (PAIM, 1997, p. 15).

Por conseguinte, esse mesmo autor salienta que, a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a sociedade brasileira passou a dispor

[...] de um corpo doutrinário e um conjunto de proposições políticas voltados para a saúde que apontava para a democratização da vida social e para uma Reforma Democrática do Estado. E é justamente esse processo de democratização da saúde que naquela época cunhou o nome de reforma sanitária (PAIM, 2008, p. 27).

A partir de então, tal conceito é ampliado e visto como resultante e condicionante de um conjunto de fatores que transformaria a luta pela saúde em bandeiras por transformação social. E isso, mesmo com a compreensão da adversidade política e econômica, em função da transição democrática e das pressões do capital internacional sobre o país (FLEURY, 1988; PAIM, 2008; CARVALHO, 2013).

Desse modo, a análise da política do setor na década de 1980 tem como aspectos centrais, segundo Teixeira (1985), a politização da questão saúde, a alteração da norma constitucional, a mudança do arcabouço e das práticas institucionais. Na Assembleia Nacional Constituinte, observa-se o papel de relevo dos movimentos sociais e, nesses, o MRSB foi a base para a proposição de uma reforma social centrada na democratização que trouxesse implicações na elevação da consciência sanitária, a partir do reconhecimento do direito à saúde. Entretanto, Fleury (1991, p. 10) destaca que “o movimento se ressentia de uma base social mais ampla, em que o usuário pudesse assumir a questão saúde pelo lado contestador, revolucionário, possibilitando a construção de uma nova hegemonia”, como também em processos formativos críticos, somando-se docentes e acadêmicos aos trabalhadores pela reforma sanitária.

Embora fundamental, a proposta contra-hegemônica do MRSB para potencializar a formação de sujeitos sociais resultando depois na implementação do SUS, nota-se que o percurso do MRS e as suas conquistas para a saúde da população aconteceram nos limites estabelecidos pela lógica do sistema capitalista que impede alterar as relações sociais e de poder. Isso ajuda a entender porque até hoje persistem dilemas daquela época, que não foram superados como a descentralização, financiamento, ou seja, o reordenamento setorial a partir da concepção de saúde como direito de todos e dever do Estado. Pelo contrário, temos visto uma política pública de saúde que se retrai e, paulatinamente, uma saúde privada que se amplia.

A realidade presente não reduz a importância do MRSB, pois, mesmo diante dos limites impostos pelo sistema, sua contribuição inspirou o texto constitucional. Conforme aponta Arouca, tais conquistas são avanços significativos:

A reforma sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os segmentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado (AROUCA, 1998, p. 1).

A Carta Magna de 1988, ao regulamentar as leis orgânicas nº 8.080/90 e nº 8.142/90 (BRASIL, 1990), passa a orientar a política e a reestruturação dos serviços de saúde, ao estabelecer um processo de descentralização, pactuado entre os três entes federados e exigindo novas funções dos gestores e trabalhadores do SUS. Dentre essas, destacamos três que interagem e têm convergência direta com o objeto desta pesquisa: descentralização, mudança do modelo de atenção e reordenamento da força de trabalho.

A compreensão do presente percurso histórico do SUS expõe a relevância pública dada à saúde na CF e tem significado destaque e proeminência da saúde entre tantas outras áreas e setores. Para tanto, passamos a abordar, na próxima seção, elementos que constituíram a base para estruturação do sistema e foram as condições para que o SUS estivesse presente em todo o território nacional, a partir da organização e gestão em redes de ações e serviços de saúde.

1.1.1 O processo de descentralização e o papel dos estados e municípios e da União: estruturação do SUS

A Lei de nº 8080, que regulamentou os itens da seção saúde da CF, definiu os objetivos do SUS: identificar e divulgar condicionantes e determinantes da saúde; formular a política do setor para promover os campos econômicos e sociais, visando diminuir riscos e promover ações de proteção e recuperação, inclusive, assistenciais e preventivas.

A partir dessas prerrogativas se tem que é dever do Estado garantir a saúde com a formulação e execução de políticas econômicas e sociais, estabelecendo condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. É sob essas premissas que se identifica o poder dos dirigentes do SUS em atuar na política da área, interferindo no campo econômico e social.

No SUS, o poder do dirigente se limita à descentralização, como define a Lei nº 8080: “redistribuição de recursos e responsabilidade entre os entes federados, com base no entendimento de que o nível central, a União, só deve executar aquilo que o nível local, municípios e estados, não podem ou não conseguem” (CARVALHO, 2013, p. 15).

É sabido que, dentro da hierarquia da legislação, segue-se uma sequência decrescente em peso de legislação. Primeiramente, a CF, seguida pelas leis complementares, as ordinárias e, depois, pelos decretos e portarias.

Contudo, essa lógica nem sempre tem sido adotada na rotina dos governos. Essa é uma observação que Carvalho (2013) tem apontado em sua análise sobre a saúde pública no Brasil, ao destacar, de um lado, a exacerbada publicação de portarias, consideradas ilegais e inconstitucionais, por não seguirem essa hierarquia da legislação e, de outro lado, haverem indicações que contrariem leis, decretos e, mesmo, a CF. E isso, além do volume de portarias, desorientando gestores (prefeitos, secretários) na medida em que se exigem explicações para a cadeia de agentes que constituem o SUS e que seguem uma dinâmica de transitoriedade e frequentes alterações de nomenclaturas.

Apesar dessa crítica, nesses mais de 30 anos do SUS, tem sido imperativo continuar a promover a organização do sistema. Para tanto, de início, foi necessário produzir e adotar normas de viés social, à medida que passou a existir uma estrutura de gestores que responde ao princípio da participação social, compondo as instâncias colegiadas, como os Conselhos de Saúde (ANJOS, 2019).

O destaque, agora, é apontar que as normativas estruturantes, inicialmente denominadas Normas Operacionais Básicas (NOBs) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), foram instrumentos adotados pelo MS, com papel de regulação e execução da política e, também, um dos mecanismos para sensibilização à adesão dos estados e municípios aos objetivos e metas pactuadas.

Apesar da crítica a essas normas, à época, que tinham um desenho excessivamente normativo e rígido, resquícios do período autoritário dos governos militares da ditadura. Estas definiam as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que pudessem assumir as responsabilidades e prerrogativas dentro do sistema. Isto é, foram instrumentos utilizados para a definição de estratégica e movimentos tático-operacionais que reorientem a operacionalização do sistema, a partir da avaliação periódica de implantação e desempenho do SUS (BRASIL, 2003b, p. 27).

A edição das NOBs e portarias possibilitou a implementação das funções táticas e operacionais, como também institucionalizou os colegiados de gestores: as Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite, criando, dessa forma, um sistema decisório compartilhado pelas diferentes instâncias, além de regulamentar o repasse automático de recursos fundo a fundo, entre outras medidas reconhecidas como inovadoras, que distinguiam o SUS dos demais sistemas públicos, a exemplo de educação e segurança.

Essas iniciativas, junto a outras que passaram a compor a rotina do SUS, trouxeram envolvimento e cooperação entre gestores iguais nas três esferas de governo. Logo, sua compreensão, a disponibilidade e potencialidade de serviços passaram a ser reconhecidas em todos os estados e municípios, ou seja, permitiram expansão dos serviços, configurando a reconhecida capilaridade do SUS em todo o território nacional.

Conforme registra Ouverney (2014, p. 81), a estruturação do SUS por meio do processo de municipalização com estabelecimento das estratégias normativas foi capaz de promover significativas mudanças no arranjo federativo de organização, gestão e financiamento do SUS. E assim, “[...] acabou por transformar um sistema concentrado na União em outro em que os municípios, apoiados pelos estados, desempenham um amplo conjunto de responsabilidades e gerenciam um volume expressivo de recursos e unidades de saúde”.

Entretanto, as circunstâncias de formulação e implementação com a participação dos estados e dos municípios transcorreram em um contexto de diversidade e incertezas em face de priorização da agenda macroeconômica de estabilização monetária, na qual os tempos legal, financeiro e gerencial, de implementação foram diferentes. Portanto, trata-se de um ambiente político desfavorável em virtude do esgotamento do modelo desenvolvimentista e da reforma do Estado (BEHRING e BOSCHETTI, 2011; BRASIL, 2019).

A presença de divergências de modelo para a descentralização entre a reforma sanitária e o projeto neoliberal de Estado, a instabilidade política e financeira setorial e as incertezas sobre a capacidade imediata dos entes subnacionais para assumir as responsabilidades e gerenciar recursos, foram fatores para que o processo de descentralização¹³ ocorresse de maneira paulatina. Desse modo, foi conduzido e regulado pela União, e com base em pactos temporários e movimentos de tentativa e erro. Logo, formas diferentes de coordenação federativa foram construídas, de modo que pudessem ser capazes de lidar com as diversidades existentes em todo o território nacional (OUVERNEY, 2014)

O contexto de redução do papel do Estado e de contenção de gastos é também outra dificuldade que merece ser acrescentado, uma vez que

[...] houve pouco espaço orçamentário para construir planos de investimentos, que levou à necessidade de priorizar os esforços nos municípios com maior capacidade de levar a estratégia à frente e com maior concentração populacional (OUVERNEY, 2014, p. 83).

Consequentemente se trata de fatores dificultadores que além de apontarem como características inerentes à implementação do SUS mostram a necessidade de flexibilizar e fazer adaptações das estratégias de descentralização¹⁴. Ouverney afirma e assim justifica, que adoção dessas medidas,

¹³ Transcorreu com mais intensidade em um conjunto de municípios e estados dotados de estruturas, recursos e capacidade gerencial acima da média do país. Ou seja, a expansão da autonomia para o exercício de funções de política de saúde, a condução de processos administrativos e a gestão de recursos ocorreram inicialmente em grupo pequeno de municípios de maior porte, em geral capitais de estados e cidades-polo regionais (OUVERNEY, 2014, p. 82),

¹⁴ Descentralização carrega uma diversidade de conceitos a depender de quem dela se apropria, e se apresenta com abordagens teóricas para fundamentar a tomada de decisão. Ouverney (2014) distingue duas abordagens, uma que enfatiza formatos de descentralização e, outra que a ressalta na dimensão do processo. Advinda da literatura em administração pública a primeira abordagem se refere a um conjunto modalidades de transferência das funções de planejamento, tomada de decisão ou gestão do governo a partir de uma estrutura hierárquica; apresenta-se como tipos ideais, sob as formas de desconcentração, delegação, devolução, transferência, em que se considera o grau de autoridade e poder que o governo central soberano transfere para outras instituições ou com elas compartilha. A segunda abordagem, a descentralização é concebida “[...] como um processo multidimensional de natureza fiscal, administrativa e política, [...] caracterizada por graus variados de combinação entre autonomia e regulação entre um centro e os demais núcleos [...] interdependentes” (OUVERNEY, 2014, p. 86).

[...] foram necessárias para permitir fazer avançar o projeto de universalização do acesso, em um ambiente de políticas públicas caracterizado por grandes assimetrias regionais e locais de desenvolvimento, recursos e capacidade de gestão, uma tradição centralizadora e de pouca atuação dos governos locais, uma orientação política neoliberal, uma política econômica voltada para a estabilização monetária e equilíbrio fiscal estrito, conflitos federativos por investimentos (guerra fiscal) e um sistema privado subsidiado por incentivos fiscais (OUVERNEY, 2014, p. 83).

Todas as adversidades impostas pela conjuntura à época, não impediu e tampouco inviabilizaram o processo de implementação do SUS (não limitou), mas conferiu uma capacidade de inovação dos gestores, expressa com adoção das NOBs que, em contextos político-institucionais diferentes, possibilitaram um pacto possível.

O processo de descentralização também ocorreu em outros países por meio de processos de transferências de responsabilidades, atribuições e recursos, esforço semelhante ao movimento deflagrado no Brasil, conta-nos Ouverney (2014). Tido como terceira onda internacional de descentralização, e motivada por uma multiplicidade de razões, dentre elas os aspectos políticos que valoriza a construção de práticas democráticas e de boa governança em contraposição aos aspectos administrativos nos anos de 1960, era pós-colonial, além das questões relacionadas ao desenvolvimento econômico nos anos 1970-1980, transcorridos tanto nos países centrais como em desenvolvimento (OUVERNEY, 2014).

Assim, como um componente associado às reformas do Estado, as razões motivadoras para desenvolver a descentralização estiveram, igualmente como no Brasil, na organização dos sistemas políticos, das estruturas administrativas, e dos sistemas tributários e fiscais nacionais; logo descentralização é empregada com argumentos de natureza política, econômica e gerencial (OUVERNEY, 2014).

Então, tem sido considerada uma medida que produz efeitos positivos sobre o conjunto de questões vinculadas ao funcionamento do Estado moderno como democratização dos processos decisórios, ampliação da equidade no acesso ao bem-estar, eficiência na alocação de elevados recursos, coordenação adequada e flexível de estruturas e funções gerenciais, melhoria da qualidade dos bens e serviços, entre outros (OUVERNEY, 2014).

Posto isso, e em continuidade à discussão de descentralização, a partir da compreensão de que o SUS é um sistema que se compõe em um processo social em permanente construção, que se recria por meio de reformas incrementais, sua implementação tem avançado com a

adoção, em 2006, de outro mecanismo orientativo: o Pacto da Saúde¹⁵ – Consolidação do SUS, um acordo interfederativo articulado em três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão (BRASIL, 2006b). Tal medida apresenta como novidade a implantação desses pactos em que os gestores assumem compromisso público para cumprimento de medidas como respostas aos problemas de saúde, devendo, para tanto, assinarem formalmente esse compromisso.

O Pacto, conforme consta em seu documento oficial, ao redefinir responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades da população e na da equidade social, expressa uma evolução incremental frente às normas antecedentes, ao mesmo tempo em que aponta para mudanças qualitativas importantes que visavam promover “inovações nos processos e instrumentos de gestão” (BRASIL, 2006b; MENICUCCI; COSTA; MACHADO, 2018, p. 30).

Com o Pacto da Saúde (de 2006 a 2011), inúmeras portarias foram editadas registrando momentos de construção do SUS; são instrumentos importantes desse processo de descentralização, estruturação e consolidação; instrumentos transitórios, na verdade, pois o processo organizativo do sistema avança com o tempo (MENICUCCI; COSTA; MACHADO, 2018).

Embora esses autores reconheçam a importância do Pacto para promover a consolidação do SUS, estudo deles, sobre o pacto pela saúde, analisando o seu processo de formulação e implementação demonstrou que ele foi marcado por dissensos entre os colegiados de gestores, os quais provocaram processo de negociação e concessões, reforçando a necessidade de persistir numa agenda que permita realizar tal intento (MENICUCCI; COSTA; MACHADO, 2018).

Assim, compreende-se que todos esses instrumentos regulatórios da descentralização sistematizam o processo de gestão dos serviços e ações de saúde, pela adoção de critérios definidores de distribuição das competências gestoras de cada esfera de governo. Logo, tais mecanismos propiciaram avanços na municipalização da saúde por se constituírem em medidas concretas de descentralização, pela regulamentação de repasses de recursos a estados e municípios, ao mesmo tempo em que têm preparado gestores municipais e estaduais para a organização de tais serviços.

Aquelas primeiras medidas (NOB, NOAS) representaram para os municípios, segundo Levcovitz; Lima; Machado (2001), a primeira aproximação real com as questões técnico-

¹⁵ Portaria GM/MS nº 399, de 22/022006; Portaria GM/MS nº204, de 29/01/07 (BRASIL, 2011b, p. 26).

operacionais do SUS, ampliando, assim, o escopo de atuação da gestão municipal na construção do novo sistema de saúde. A organização de um modelo assistencial que acolhesse os princípios e diretrizes do sistema, como já apontado, exigiu a adoção de estratégias que possibilitassem modificar o padrão de atenção à saúde praticada no país com ênfase na doença (modelo hospitalocêntrico), para acolher propostas centradas na promoção e prevenção. O Pacto da Saúde foi mais um arranjo institucional para aperfeiçoar a integração entre gestores das três esferas de governo e a rede de serviços. Quanto a modelos assistenciais que atenderiam aos princípios do SUS, Mendes (1993) e Paim (1994), por exemplo, fizeram propostas, testadas depois em alguns municípios do país. (*Mas este é assunto para outro estudo*).

O desenvolvimento das estratégias de sua estruturação, além de conferir, em especial, a organização da rede de atenção entre tantas outras áreas que constituem o SUS, tem implicado dependência dos contextos político-institucionais, face às diferenças de capacidade de oferta, disponibilidade de recursos financeiros, conflitos políticos entre os estados (OUVERNEY, RIBEIRO e MOREIRA, 2017).

Para os autores, a resposta a essa diversidade motivou a implementação de uma nova estratégia adotada a partir de 2011, por meio de um dispositivo jurídico denominado Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP¹⁶). E isso resultou na normatização do SUS, tendo por fim limitar as responsabilidades de cada ente da federação no processo de integração de ações e serviços de saúde em todo o país (OUVERNEY, RIBEIRO E MOREIRA, 2017).

O COAP, ao ser implementado, incentivou a renovação da agenda política para definir a organização da rede de atenção à saúde, financiamento, regionalização, integralidade, entre outras. O processo adesão foi conturbado, pois somente dois estados assinaram o documento e a dinâmica do processo de implementação que exigia discussão e renovação das agendas estaduais provocou a reconfiguração das regiões de saúde, a composição de novos espaços de governança e o aperfeiçoamento das rotinas de planejamento regionais integrados (OUVERNEY, RIBEIRO E MOREIRA, 2017).

Ouverney, Ribeiro e Moreira (2017) assinalam, como resposta positiva, o fato de 80% dos estados, apesar do longo processo para implementar o COAP, mesmo sem assumir o compromisso, participaram de discussão, da definição da programação pactuada e integrada das ações e serviços de saúde; foi evidenciada, inclusive, maior mobilização para organizar outros planos com vinculação a aportes financeiros federais. Esse retorno significa um deslocamento

¹⁶ COAP: instituído por meio do decreto 7.508/2011, é um acordo de colaboração firmado entre os entes federativos, no âmbito de uma Região de Saúde, com o objetivo de organizar e integrar as ações e os serviços de saúde na região, para garantir a integralidade da assistência à população (BRASIL, 2011b).

de grande valor, como avanço interfederativo no processo de estruturação do SUS, mesmo passados alguns anos da publicação do COAP e de sua efetiva implantação não ter ocorrido. Os autores enfatizam ainda, nesse sentido, o papel da União que se “mostrou importante para fomentar o debate e estimular gestores estaduais e municipais [...] à renovação de suas estruturas e processos” que dão suporte ao trabalho conjunto dos entes subnacionais nas regiões (OUVERNEY, RIBEIRO e MOREIRA, 2017, p. 2206).

No percurso de estruturação do SUS, a gestão interfederativa tem papel de destaque, é o *locus* de proposições e tomada de decisões. Recebeu o nome de Comissão Intergestores Tripartite (CIT) no âmbito nacional e Comissão Intergestores Bipartite (CIB) no âmbito estadual, ambas implantadas desde a NOB 01/93/96 (BRASIL, 1996). Com o advento do Pacto pela Saúde, são estabelecidos os Colegiados de Gestão Regional. Com a proposição do COAP, estes foram substituídos por Comissões Intergestores Regionais (CIR) e atribuem força legal para as já existentes CIT e CIB.

Comissão e colegiado são vinculados à Secretaria de Estado de Saúde, apoiam seus aspectos administrativos e operacionais, sendo que as deliberações pactuadas nesses espaços precisam ser submetidas à CIB para aprovação. Esse espaço é privilegiado, reúne todos os gestores municipais de um Estado para discussão, negociação e pactuação a respeito da organização do sistema, e tem o propósito de, na união das responsabilidades dos entes, potencializar os recursos sanitários existentes e garantir acesso do cidadão às ações e serviços integrais (BRASIL, 2011b).

Mesmo com toda essa estrutura gestora organizada, que constrói a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e se revela em espaços democráticos, o sistema apresenta grandes desafios relacionados a subfinanciamento, às ameaças privatistas determinadas pela adesão ao modelo neoliberal vigente no país, que abordaremos na próxima seção, ao tratar da conjuntura do sistema de saúde na atualidade.

1.1.2 O SUS e seus desafios

Nesta seção, estão destacados os desafios e avanços no SUS, desde a Constituição Federal que o instituiu, a partir da perspectiva da MRSB, conquistas e ameaças para a concretude do projeto dessa reforma e tem como ideia inicial a defesa da saúde coletiva reconhecida como direito de todos e dever do Estado. Entretanto, para dar conta dessa premissa,

o SUS além dos problemas de gestão, tem enfrentado barreiras de ordem política e econômica que se revelam no modo como esse sistema vem sido conduzido no país.

Todo o trabalho de estruturação do SUS, com a descentralização de atribuições e recursos, ampliação de oferta e acesso aos serviços e ações, são medidas que compõem a diretriz constitucional, de comando único em cada esfera de governo em todo o país; ou seja, está presente em cerca de 5.600 municípios, num modelo de atenção à saúde com foco nos cuidados primários, isto é, na medicina de família (PAIM, 2018a).

Contudo, apesar de a estruturação ter esse reconhecimento positivo do SUS, o sistema tem sofrido ameaças, a começar pelo fato de que, quando de sua implantação, no governo Collor e seu vice Itamar Franco (1990-1994), ganharam espaço ideias de abertura para a globalização da economia e sua financeirização.

Nos anos de 1994 a 2002 (Governo FHC), as ameaças continuaram. Embora tenha se tornado um sistema unificado e descentralizado de oferta dos serviços de saúde à população (MACHADO, 2006a) e gerar milhares de empregos, foi se “encolhendo o espaço público democrático dos direitos sociais e ampliando o espaço privado não só nas atividades ligadas à produção econômica, mas também no campo dos direitos sociais conquistados” (BRAVO, 2008, p. 17).

Essa retração incide na área da saúde com redução de financiamento que passou a limitar a estruturação de serviços, como também a ofensiva de privatização e terceirização. Portanto, nesse período, convivem de forma tensionada dois projetos: o da “reforma sanitária construído na década de 1980 e inscrito na Constituição Brasileira de 1988, e o projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista, hegemônico” (BRAVO, 2009, p. 14).

Nessa conjuntura, o governo FHC se pautou na política de ajustes, a partir de medidas de contenção de gastos com a racionalização da oferta; desresponsabilização do poder central, cabendo ao Estado garantir o mínimo aos que não podiam pagar. Fica, portanto, evidenciado o caráter focalizado para atender populações vulneráveis, ou seja, o SUS para os pobres e um projeto de saúde articulado ao modelo de mercado, ou seja, a reatualização do modelo médico assistencial privatista, quadro totalmente dissociado daquilo preconizado no SUS e no projeto do MRSB (BRAVO, 2009).

Em 2003, as expectativas eram avançar no processo de consolidação do SUS e na execução do projeto da RSB com a posse do presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2011), do Partido dos Trabalhadores-PT, em função de ser uma liderança representante da classe operária, com experiência acumulada de organização política. Esperava-se, pois, avançar com relação às políticas sociais, à participação, redução das desigualdades, no enfrentamento das

políticas de ajuste, frente às “dificuldades do cenário internacional com a pressão dos mercados e do capitalismo financeiro” (BRAVO, 2008, p. 17).

Contudo, o que se passou a assistir, desse período em diante, foi um distanciamento do ideário da reforma sanitária na saúde. Prevalece a política macroeconômica do antigo governo, com a política de saúde e as demais políticas sociais fragmentadas e subordinadas à lógica econômica com ênfase em ações focalizadas, apesar de assumir características de um governo de inovações, com criação de secretarias, como a da Gestão do Trabalho em Saúde, de Atenção à Saúde, de Gestão Participativa a partir da implementação de medidas inovadoras (BRAVO, 2009).

Essas inovações destacadas por Bravo (2009) e Paim (2009) denotam a incorporação da agenda ético-política definida pela reforma sanitária, acrescida ao fato da ocupação dos cargos nos ministérios por profissionais comprometidos com a RSB, a chamada das conferências e a sua realização. Portanto, são proposições e medidas que fortalecem o projeto da RSB (BRAVO, MENEZES, 2008; PAIM, 2009).

Com eles concorda Abers (2014) quando chama atenção para o fato de que incorporação dos militantes nos quadros governamentais também configurou uma crise em relação ao protagonismo político, devido à cooptação e enfraquecimento do movimento, no caso da saúde o movimento sanitário, uma vez que as lideranças foram para dentro do Estado, esvaziando os movimentos sociais de lideranças.

Portanto, o projeto privatista segue a política de seu antecessor, com avanço na precarização e terceirização de trabalhadores. E isso tanto através de contratos temporários ou vínculos precários de profissionais, em especial aqueles cuja profissão ainda não estivesse regularizada (como os agentes comunitários de saúde), a não realização de concurso público, a não implantação de política nacional da carreira para os trabalhadores do SUS. Assim, houve continuidade da política de saúde dos anos de 1990, intensificando-se a “precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento” (BRAVO, 2008, p. 18; BRAVO, 2009; PAIM, 2009). E tem como uma das expressões desse projeto privatista, a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares EBERSH¹⁷, o avanço da instalação das Organizações Sociais (OSs).

¹⁷ Empresa de direito privado e com interesses de gestão de recursos humanos em formato mercadológico, tida como mais uma forma de privatização dos serviços públicos; criada pela Lei nº 12.550 (15/12/2011), e vinculada ao Ministério da Educação [MEC] (LITTIKE, 2013).

Outra demonstração de adesão ao projeto privatista é a proposição que ganha maior materialidade no governo Dilma Rousseff (PT) de um novo modelo jurídico-institucional para a rede pública de hospitais, ou seja, a criação de Fundações Estatais. Além disso, a tímida importância atribuída à Seguridade Social que, se estruturada fosse como política, sua convergência entre saúde, previdência e assistência propiciaria a garantia dos direitos sociais apontados na CF. Portanto, como afirma Bravo (2008, p. 18), houve “falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social”.

A adoção de medidas focalizadas, por exemplo, apresenta-se com a centralidade do Programa Saúde da Família (PSF), mantido sem alteração, ao invés de transformá-lo em uma estratégia de reorganização da atenção básica, com dimensões de uma política e não reduzido a programa de extensão de cobertura para atendimentos às populações carentes (BRAVO & MENEZES, 2008; PAIM, 2009). Dessa forma, questões de maior relevância, como o financiamento efetivo do SUS para garantir sua sobrevivência, como direito social e a universalização de acesso, não são enfrentadas.

No afã de se contrapor às causas do subfinanciamento do sistema, diversas iniciativas são adotadas, como a Contribuição Provisória de Movimentação Financeira (CPMF), a Emenda à Constituição 29/2000, entre outras, que não alteraram a estrutura do financiamento, de modo que o gasto público (como a porcentagem do Produto Interno Bruto-PIB destinado à saúde) continuou inferior à proporção do gasto privado (PAIM, 2018a, p. 1725). Essas barreiras são demonstrações do pouco empenho na defesa da qualidade de vida dos brasileiros.

Também se soma, entre as ameaças, a onda de escândalos do final do governo Lula (PT) identificado como “mensalão” que afastou lideranças do SUS, tendo como consequência a crença de que não poderia ter continuidade o projeto da RSF (dos anos 1980) apenas pela via do governo; desse modo, Paim alerta que “é imprescindível reforçar a ação política no âmbito da sociedade civil” (PAIM, 2008, p. 254).

Esse autor sublinha que a resposta a essa consciência foi a mobilização de entidades como Cebes, Abrasco, Abres, Rede Unida e Ampasa, que passam a se manifestar sob a forma de condução da política de saúde do governo, com enfrentamentos por meio da divulgação e produção de documentos de natureza técnica e sócio-político-institucional (PAIM, 2008; BRAVO & MENEZES, 2008).

Essa crítica ao Estado se fez presente nos espaços de participação social, como nos Conselhos de Saúde, fóruns, conferências, eventos de abrangência nacional e regional; objetivava-se resgatar o caráter transformador do projeto e do processo da reforma sanitária, de melhoria das condições de vida da população, da garantia dos direitos do cidadão ora ameaçados,

mediante o desfinanciamento do SUS, com propostas de gastar os recursos da saúde em outras áreas, mesmo isso já tendo sido assegurado na Emenda Constitucional (EC) 29 (PAIM, 2008; BRAVO, 2009).

Tais medidas adotadas pelo governo favoreceram o enfraquecimento do SUS constitucional e asseveraram ainda mais a polarização e os interesses em disputa de dois projetos: um voltado para mercado ou privatista, com ações que enfatizam a focalização e o desfinanciamento da política de saúde, e o da reforma sanitária, cuja preocupação é assegurar que o Estado democrático e de direito atue em função da sociedade e seja responsável pelas políticas sociais, especificamente, pela saúde (BRAVO, 2009).

Mesmo com tantas ameaças, a história do SUS tem sido marcada por avanços que merecem destaque, alguns como a ampliação da atenção básica através do PSF, a implementação da Reforma Psiquiátrica, implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e a política de Saúde Bucal. E, também, os relevantes esforços para a formulação de políticas de assistência hospitalar, urgências, “média e alta complexidade, a criação de polos de capacitação e educação permanente para profissionais de saúde, criação da Secretaria de Gestão Participativa que visa a uma maior relação entre o governo e a sociedade”, entre outras (MENDONÇA et al., 2005; BRASIL, 2006c; PAIM, 2008; BRAVO, 2009).

O governo de Dilma Rousseff (PT), no período de 2011 a 2016, transcorreu em um cenário internacional de incertezas e recessões, por conta da crise econômica de 2008, *que* impôs desenvolvimento econômico pautado no neoliberalismo, ou seja, redução dos gastos públicos. Para tanto, o foco se manteve no subfinanciamento com expansão e fortalecimento do setor privado, seja pelo crescimento dos planos e seguros privados, seja pela captura do SUS, incorporando tecnologia de alto custo ao sistema (REIS; PAIM, 2018). É fato que, nesse governo, houve avanços, como a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)¹⁸, da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, Política Nacional de Atenção Hospitalar, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, Programa Mais Médicos, entre outras iniciativas de organização e estruturação do SUS, porém, ainda insuficientes frente às necessidades de saúde da população brasileira.

Contudo, persistiram problemas de ordem econômica e política como o já referido subfinanciamento da saúde, cujo enfrentamento se restringe à retórica dos governantes. No

¹⁸ NASF - Estratégia de organização e gestão do trabalho na atenção básica - Portaria 2.488/2011, que flexibiliza normas quanto ao trabalho do profissional médico e inclui outros profissionais, ou seja, expansão de serviços de saúde em atenção primária.

governo Dilma, foi mais agravada, em função da crise política que se cristalizou no seu segundo mandato com as manifestações de 2013, as Jornadas de Junho, em que os brasileiros foram às ruas exigindo a conformação de uma agenda ao poder público, por vários tipos de pautas e grupos políticos (REIS, PAIM; 2018).

Ataques ao SUS eram uma dessas pautas, além de ameaças do Congresso Nacional protagonizando a ideologia liberal com proposições de abertura do setor de saúde ao capital estrangeiro, cortes no orçamento de programas existentes como da Farmácia Popular, entre outras que se juntaram às mudanças na política econômica com novas regras para pensões, aposentadoria e seguro-desemprego.

O grande descontentamento traduziu-se em: instabilidade política da presidenta, que corroeu a imagem do seu governo; fragilização do governo com a pressão dos protestos nas ruas e deterioração da popularidade; perda da base de apoio parlamentar e da mídia, resultando na desestabilização de pautas importantes no Congresso (BRAZ, 2017; DEMIER, 2018).

Ao discorrer sobre a trajetória do SUS, é necessário fazer referência às medidas particulares realizadas nesse período, caracterizadas como golpe de 2016, com *impeachment* de Dilma Rousseff. Arma de políticos que procuraram se vingar do governo, como Eduardo Cunha, à época presidente da Câmara Federal, que aceitou o pedido sob a alegação de denúncias de improbidade administrativa (REIS, PAIM, 2018).

Esse desdobramento foi acompanhado de uma blindagem da democracia aos interesses dos setores populares (DEMIER, 2017), em um contexto em que explicam Reis, Paim (2018, p. 107) que:

[...] a situação do Brasil, com o ajuste fiscal, penetração da ideologia liberal e dificuldade do governo em apresentar respostas adequadas aos fatos, indicava uma mudança na correlação de força, trazendo impactos negativos para as políticas de saúde.

Nesse contexto, as políticas de saúde são muito afetadas, o SUS sofre boicotes que provocam o desvirtuamento de sua concepção original, que sofre, conforme Matos (2021), um apequenamento em nome da manutenção dos superlucros:

[...] propiciando sua incapacidade de responder a todos/as e gerando a ilusão de que isso pode ser resolvido mediante contratação de seguros ou planos privados de saúde e disputar os seus recursos, por meio da privatização da gestão desse sistema (MATOS, 2021, p. 28).

Juntam-se denúncias de corrupção reunidas na operação Lava Jato e ataques ao ex-presidente Lula, assim se constituindo o desenho das forças favoráveis ao golpe, que atuaram para desconstruir políticas implementadas pelos governos do PT.

Dilma Rousseff foi afastada sob a acusação de crime de responsabilidade ao praticar as chamadas pedaladas fiscais¹⁹ (uso de dinheiro dos bancos federais em programas de responsabilidade do Tesouro Nacional) e ao editar seis decretos orçamentários suplementares sem autorização do Congresso em 2015.

Então, o vice Michel Temer (Movimento Democrático Brasileiro - MDB) é alçado à Presidência, claramente comprometido com a classe empresarial. A partir da proposta “Ponte para o futuro”, elaborada com apoio da Federação da Indústria do Estado de São Paulo (FIESP), agora como Plano Temer, este aciona mudanças objetivando reduzir os gastos sociais e favorecer o setor privado.

Aceleraram-se os processos de contrarreforma²⁰ e a continuidade do processo de privatização não clássica na saúde, tais como: a aprovação da EC nº 95/2016, que objetiva limitar a expansão dos gastos públicos – despesas primárias pelos próximos 20 anos e não faz o mesmo com as despesas financeiras, como pagamento dos juros e da dívida por parte do governo, isto é, congelou por 20 anos os investimentos na saúde e na educação.

Os recursos orçamentários para as políticas sociais passam a sofrer cortes e, se antes já eram insuficientes para atender à realidade, agora sofrem mais uma piora. Também surge a ideia dos denominados planos de saúde acessíveis ou planos populares de saúde, entre outras mudanças defendidas pelo então ministro da Saúde, afirmando que o país não conseguiria manter os custos (leia-se: direitos sociais e trabalhistas) previstos na CF, o que agrava ainda

¹⁹ Governo deixa de repassar ou atrasar o repasse dinheiro, que é de responsabilidade do Tesouro Nacional, para bancos, públicos e privados, que cuidam de programas e benefícios sociais, como o Bolsa Família, o Minha Casa Minha Vida, o seguro-desemprego e as aposentadorias públicas. Esse repasse é de responsabilidade do Tesouro Nacional, como forma de cumprir as metas fiscais, para não deixar as contas pública ficarem no vermelho, uma vez que o dinheiro não repassado, era usado para aumentar artificialmente o superávit primário. Essa prática de atraso de repasses com o objetivo de maquiagem as contas públicas foi dado o nome de pedaladas fiscais

²⁰ O termo reforma é uma herança da esquerda revolucionária e suas conquistas coletivas e populares, mas tem sido adotado pelos defensores do projeto neoliberal (BEHRING & BOSCHETTI, 2008, p. 149). Contudo, ganhou evidência no cenário brasileiro com a implantação do Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRE), de 1995, como uma resposta institucional para a crise do Estado, e cuja justificativa do governo para a sua adoção está: no descontrole fiscal, na redução nas taxas de crescimento econômico, no aumento do desemprego e nos elevados índices de inflação. “Logo a desordem econômica diante da dificuldade do Estado em continuar a administrar as crescentes expectativas em relação à política de bem-estar aplicada com relativo sucesso no pós-guerra” (BRASIL, 1995, p. 10). Excluindo o seu significado histórico e popular, em que era utilizado pelo movimento operário socialista para designar suas estratégias revolucionárias, visando melhores condições de vida e de trabalho para os trabalhadores, o termo **contrarreforma** tem sido empregado como expressão distinta ao projeto neoliberal em curso no país de liquidação de direitos e conquistas (BEHRING & BOSCHETTI, 2008, p. 281).

mais os problemas na manutenção da rede de serviços e na remuneração dos trabalhadores do SUS, entre outras dificuldades (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020).

A EC 95/2016 e o Plano “ponte para o futuro” se enquadram como ameaças ao SUS, como sustentam Mendes e Carnut (2020, p. 26, 28):

[...] o subfinanciamento do SUS passou a ser um processo de desfinanciamento, configurando um quadro de aniquilamento, “a conta-gotas” das tentativas de construção de nosso sistema universal. [...] Assim, o SUS passa a enfrentar, ao lado de seu subfinanciamento de 30 anos, um processo crescente e contínuo de desfinanciamento, a partir de 2017, em decorrência de um ajuste fiscal que asfixia direitos fundamentais à saúde, evidenciando a intervenção da forma jurídica (regime político) do Estado que busca cumprir o papel exigido pelo capital em crise.

Dessa maneira, o governo Temer (2017 e 2018), junto com seus aliados do Legislativo, dá seguimento a um conjunto de contrarreformas, com a retirada de direitos sociais trabalhistas e previdenciários, na defesa dos interesses do mercado. Assim, é aprovada a lei que permite a abertura do capital estrangeiro no setor, em favor de hospitais privados, indústrias farmacêuticas e operadoras de planos de saúde.

Nessas disputas de projetos, o SUS sofre novos ataques, de um lado, com a antiga redução do seu financiamento, cada vez mais direcionado ao setor privado ou o desfinanciamento, pautado no modelo médico assistencial hospitalocêntrico. E, de outro, o sucateamento da sua infraestrutura, já insuficiente para atender às necessidades da população, além do desabastecimento de insumos e vacinas, entre outras carências que permeiam todo o sistema (REIS, PAIM, 2018).

A participação do setor privado no SUS gera tensão e conflitos e coloca em risco o sistema pensado pelo MRSB e regulamentado constitucionalmente, pois, conforme alerta Bahia (2018, p. 12), “estamos diante de uma feroz competição política entre público e privado por recursos materiais e simbólicos, apresentada candidamente como ‘desoneração do SUS’ que atravessa o sistema público”. São disputas que tendem a permanecer, de forma silenciosa ou pouco compreendida, com propostas de mudanças antidemocráticas, sobrecarregando a população cujo acesso à saúde pública já é difícil.

Esse cenário de desmonte do projeto original tem sido abordado por muitos autores, como Bahia (2018) e Paim (2018a) alertando sobre as forças políticas de centro-direita e do empresariado os quais têm tomado o SUS como seu empreendimento.

Frear o desmonte do SUS exige apoio popular e não se tem conseguido tal mobilização, já que, “ao longo dos últimos 30 anos, consolidou-se a ideia de que a resposta para os problemas

de saúde no Brasil é o SUS” (BAHIA, 2018, p. 12). E isso soa como provocação para que a população ou parcelas organizadas da sociedade não aceitem a subtração de direitos sociais, posicionando-se como protagonistas.

Nesse sentido, o setor privado tem respondido com articulação junto ao Parlamento, visando apoio para a proposta de construir sistema de saúde em substituição ao SUS. Em abril de 2018, tal proposta foi apresentada pela Federação Brasileira de Plano de Saúde (FEBRAPAN) e retornou em 2019, na voz do então ministro da Saúde, ao proferir que iria “provocar o Congresso Nacional para votar o fim da gratuidade universal do SUS”. Posicionamento e discurso que escancaram as determinações impostas pela ordem neoliberal de regular as ações de saúde pelo mercado, com a redução da função do Estado e a retração dos direitos sociais.

De outro lado, há reações a esse movimento. Dentre essas forças, destaca-se a FNCPS, que organiza ações em defesa da saúde como direito social, em consonância com os princípios da reforma sanitária. Nessa perspectiva, faz-se a ampliação das bases sociais e políticas de sustentação do SUS, como destaca PAIM (2018a, p. 1727):

[...] pelos movimentos sociais progressistas e das entidades do MRSB (Cebes, Abrasco, Rede Unida, Abres etc.), a conjuntura pós-golpe de 2016 ensejou a construção da Frente Povo sem Medo e da Frente Brasil Popular, entre outras iniciativas, que têm possibilitado mobilizações e articulação política contra o retrocesso e os ataques à democracia, em torno da bandeira Nenhum Direito a Menos. Tais movimentos tendem a se expressar no processo eleitoral e na configuração das forças políticas que conquistarem espaços nos âmbitos federal e estadual.

Diante do contexto de ameaças ao SUS, Paim (2018^a), no diálogo que manteve no Fórum mundial em 2018, afirma que “nunca o Brasil se inseriu de uma forma tão dependente aos interesses do capitalismo internacional com a incorporação do neoliberalismo como doutrina e das políticas monetaristas como prática”.

Uma das medidas quanto à expansão do capital no setor foi a instalação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), pela Lei nº 9.961, de 28/1/2000, com o objetivo de regular o mercado, o que tem levado ao questionamento se atende mais aos interesses das empresas do que dos usuários dos planos de saúde.

Em palestra proferida na Conferência Mundial de Saúde realizada em Salvador, em 2018, o professor Paim²¹(2018b) ressalta a situação de ameaça em que se encontra o SUS,

²¹ Disponível em: <http://outraspalavras.net/outrasaude/2018/03/22/jairnilson-paim-uma-leiura-sobre-os-30-anos-do-sus>

decorrente das relações de tensão que cercam a saúde como direito e a busca do capital para transformá-la em mercadoria rentável. O autor diz:

Durante muito tempo, os segmentos que representam o capital na saúde usavam subterfúgios, articulações debaixo do pano e não confrontavam a Constituição, nem a legislação. [...] hoje já afrontam a legislação, já modificam a Constituição. O SUS está ameaçado não apenas pelo subfinanciamento, não apenas pela falta de prioridades governamentais, não apenas pela ambiguidade da Constituição, mas por forças políticas e econômicas [...] as decisões no âmbito da saúde, hoje, são tomadas fora dos limites do Estado brasileiro. Só que isso não é desconfiança, não é fofoca, não é opinião de um militante empedernido da reforma sanitária. Isso é produção científica da saúde coletiva brasileira. São teses bem-feitas produzidas nos últimos dois anos na Unicamp, na UFRJ, em Barcelona, que vão escarafunchando todos esses mecanismos para que nós entendamos que a luta pela privatização está saindo do ar.

As questões apontadas por Paim, se de um lado mostram os limites e retrocessos na política de saúde, de outro, alertam que frear essa escalada sem precedentes do capital exige forte resistência da sociedade civil e protagonismo, mais ainda que o dos tempos de redemocratização, pois o contexto, hoje, é ainda mais favorável ao capital. Assim, cabe destacar que a história é uma construção social e, nessa direção, apostam as lutas que já aconteceram para que fosse possível uma sociedade com padrões mais civilizatórios, apesar de que a força a comandar, o capital, estrutura-se para uma civilização apenas para a classe dominante.

O golpe de 2016 aprofundou a retração de direitos, com o governo neoliberal de Michel Temer, que pavimentou o caminho para Jair Messias Bolsonaro, eleito em 2018 para o mandato 2019-2022, atuar com práticas e ideologias conservadoras, a fim de garantir os interesses da classe dominante. Nesse contexto, o SUS tem sido afetado com os novos contornos que a contrarreforma vem assumindo nesses dois últimos governos.

Jair Bolsonaro (Partido Liberal), eleito por parte da classe média brasileira, evangélica, intitula-se de direita e conservador, além de ser vinculado à milícia (MATOS, 2020). Desde que assumiu a Presidência, tem se revelado um governo com ideias e ações neofacistas. Dentre inúmeros exemplos contundentes, está em apresentar respostas à pandemia do coronavírus – Coronavirus Disease (Covid-19) e suas intervenções contrárias às orientações atribuídas pelas autoridades sanitárias e da ciência (CAMPOS, 2020).

A pandemia do Covid-19 foi levada ao conhecimento público em dezembro de 2019, com primeiros casos em Wuhan, na China. E, o primeiro na América Latina foi reportado no

Brasil, na cidade de São Paulo em fevereiro de 2020 e depois no Rio de Janeiro (RAICHELIS & ARREGUI, 2021) com a confirmação dos primeiros casos, com homem recém-chegado da Itália, residente em São Paulo; e, uma diarista do Rio de Janeiro, cuja empregadora havia chegado também da Itália (ALBUQUERQUE, RIBEIRO, 2020).

A pandemia desnudou mais ainda a realidade histórica de desigualdade social e, principalmente, como destaca Antunes (2020) acirrou a crise econômico-financeira, nas lógicas e configurações do sistema de metabolismo antissocial do capital que já se arrasta desde a década de 1970 e se aprofundaram com as crises de 2007 e 2008.

A desigualdade social brasileira tem sido escancarada na reflexão de inúmeros teóricos e nas suas múltiplas nuances. Aqui, registra-se a explicitação de Raichelis e Arregui (2021, p. 138); ao SE referir ao relatório da Oxfam Brasil²², demonstra que essa desigualdade se sustenta na concentração de renda, “quando apenas seis pessoas possuem riqueza equivalente ao patrimônio de 100 milhões de brasileiros e quando 5% mais ricos detêm a mesma fatia de renda que os demais 95% da população”. E se estende aos mais variados tipos de violações de direitos contra essa maioria da população brasileira. Em especial, no âmbito da saúde, é mais perceptível na medida em que o programa de contrarreformas implementado pelo governo Temer com a EC n° 95/2016²³, que congelou os gastos públicos por 20anos.

O ideal seria incrementar com recursos para suprir e ou reduzir a desigualdade social e melhorar a cobertura de assistência à saúde.

Nessa direção, vale destacar o movimento Saúde +10, criado em 2013 com o intuito de propor Projeto de Lei de Iniciativa Popular²⁴ que assegure o repasse efetivo e integral de 10% das receitas correntes brutas da União para a saúde pública brasileira. Esse movimento mostra a necessidade de que a saúde pública precisa ganhar mais força política na agenda da sociedade e dos governantes, pois é importante para a cidadania das classes trabalhadoras e o desenvolvimento do país.

Uma das exigências imposta de forma imperativa pelo Covid-19 foi o isolamento social²⁵ com propósito de controlar o contágio, o que veio atingir segmentos mais

²² Relatório intitulado: A distância que nos une: um retrato das desigualdades brasileiras, de 2017.

²³ Popularizada como a “PEC do fim do mundo”, estabeleceu o novo regime fiscal, com congelamento dos gastos públicos. Segundo Raichelis e Arregui (2021, p. 142), essa medida é inédita em termos mundiais, impacta drasticamente nas políticas e nos programas sociais em todas as áreas.

²⁴ Iniciativa popular é um instrumento constitucional que reforça a participação e a soberania popular na esfera política e tem força para incidir sobre as decisões dos parlamentares a favor do interesse público.

²⁵ Trata-se da principal estratégia utilizada na quase totalidade dos países que sofrem os efeitos da pandemia. As várias formas de quarentena não objetivam somente proteger o sistema de saúde de uma avalanche de casos graves, conforme tem-se feito acreditar. O isolamento social tem o propósito de controlar o contágio, ou seja, tem efeito

empobrecidos, vulnerabilizados e periféricos das classes trabalhadoras ante as condições de precária de vida e trabalho. A precariedade dessa realidade agudizou provocando dilemas de sobrevivência posto que as medidas de restrição de circulação, confinamento e quarentena na primeira fase da pandemia, representou a perda do emprego de parcela significativa da população, impedida de trabalhar e obter seu sustento, resultando no aumento do desemprego, estagnação e crise econômica, portanto uma crise social (RAICHELIS & ARREGUI, 2021).

A aplicação dessas medidas restritivas trouxe implicações de diferentes ordens seja com fechamento de fronteiras, que afeta as relações comerciais; evidências das carências rudimentares

[...] como a falta de equipamentos de proteção individual e coletiva, insuficiência de instalações hospitalares e de recursos humanos e capacidade de cobertura insuficiente, requisitos absolutamente necessários aos cuidados sanitários da população (RAICHELIS & ARREGUI, 2021, p. 135).

São carências, cujas origens fazem parte do projeto social, político e econômico do sistema capitalista – projeto neoliberal, com suas estratégias de redução do Estado e reestruturação produtiva, com forma de organização e atuação que tem impulsionado o aumento da concentração de renda; centralização do capital, com a onda de privatizações das instituições públicas; ataque e avanço de políticas agressivas de eliminação de direitos sociais e trabalhistas; e o resultado é que tem aumentado a precarização das condições de vida e de trabalho da classe trabalhadora que atinge diferencialmente, os estratos menos qualificados (MATOS, 2021; RAICHELIS e ARREGUI, 2021).

O fato é que a chegada da pandemia Covid-19 no Brasil, além de aprofundar as desigualdades sociais, ampliou mais os processos de destruição do SUS. O atual governo tem retirado recursos do sistema público e buscado parcerias privadas, com a utilização exacerbada de hospitais de campanha, por exemplo, ou promovendo negociações e indicações em saúde com base em interesses da indústria farmacêutica; e, mais recentemente, ao privilegiar o investimento privado, com a tentativa de compras de imunizantes superfaturados, que resultou na instalação de uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI), em 2021.

A situação fica mais crítica quando os ataques ao SUS parte do governo, que ignora os preceitos da ciência, negando e retardando adoção de medidas preventivas como aquisição de vacinas.

direto sobre o número de contaminados, diminuindo a necessidade de internações e as mortes por Covid-19 (BARRETO et al., 2020; GARCIA & DUARTE, 2020).

Teixeira et al. (2020) apontam outra necessidade do “SUS real” (*grifos das autoras*), no enfrentamento e controle da pandemia do Covid-19, a contratação imediata de pessoal, realizada em larga escala dos vínculos precários, “terceirizados” sem garantias trabalhistas, que embora necessárias, são medidas geram novos problemas, decorrentes do desconhecimento das regras institucionais e da inexperiência dos profissionais contratados acerca dos procedimentos a serem adotados no enfrentamento da pandemia, demandando assim um esforço redobrado em termo de capacitação e educação permanente desses profissionais, enfatizam.

O desafio se assevera e se torna ainda maior, diante do cenário atual, em que se desenha um horizonte mais sombrio, com a escalada mundial da crise econômica em estreita conexão com a crise sanitária devido da pandemia Covid-19. E que impõe mais e maiores dificuldades, configurando uma crise permanente do sistema de saúde, fortemente afetada pela reorientação das políticas de saúde adotadas a partir dessa crise econômica, marcada pela financeirização da saúde e o desmonte do SUS, na forma como foi proposto e legitimado na CF/1988 (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

E, no caso brasileiro, esse cenário é mais evidente, com o governo Bolsonaro desaparelhando o SUS burocratizando as políticas públicas de saúde.

Portanto, nesse contexto de dificuldades e carências, há uma sobrecarga que pode levar ao colapso os sistemas nacionais de saúde, e a pandemia da Covid-19 se somou aos efeitos da crise econômica iniciada em 2008, ainda não superada, lançando a economia mundial na mais profunda crise desde a Segunda Guerra Mundial, segundo previsões do BM (PEREIRA, 2020).

Tudo indica que, uma vez superada a pandemia, haverá muito mais desigualdade não apenas entre os países, mas dentro de cada um deles (PEREIRA 2020). Isso tem desenhado um contexto permeado de pessimismo que impõe buscar alternativa para ameniza, evitar esse colapso e junto uma força de governantes utiliza do discurso do caos para justificar adoção de medidas pouco resolutivas e que ampliam ainda mais crise que além de ser econômica e política agrega a crise institucional.

Esse governo tem pautado suas ações pelo desfinanciamento em ritmo acelerado com manutenção de parcerias público-privadas e expansão das²⁶ OSS na gestão, em especial da rede hospitalar do país, com a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Evidenciam-se, assim, a precarização e a privatização da saúde, com avanço do setor privado, fomenta-se a ideologia da impossibilidade da assistência pública de qualidade (MATOS, 2021).

²⁶ OSS: considerada uma estratégia de privatização da saúde que surgiu no Brasil como possibilidade para a gestão pública após a Reforma do Estado desencadeada nos anos 1994-1995; como um dos padrões de apresentação do denominado “terceiro setor” (MORAIS et al., 2018).

Outra ação que expressa tanto o desfinanciamento como tentativas de precarização do sistema de saúde foi a extinção do Programa Mais Médicos²⁷ (PMM). Esse programa foi instituído para reduzir a escassez de médicos nas regiões prioritárias e diminuir as desigualdades, com adoção de estratégias para reduzir iniquidades em saúde, como: a interiorização das ações, a melhor distribuição de médicos e a formação médica juntamente com melhorias na estrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Para tanto, foi estabelecida cooperação técnica dos governos do Brasil e de Cuba. Este país se destaca nas experiências de cooperação médica bilateral, tornando-se referência na exportação de profissionais de saúde, geralmente por meio de cooperação técnica (PEREIRA, SANTOS, 2018; SANTOS et al., 2019).

Entretanto, já no início da gestão do governo Bolsonaro, no intento de desfinanciar o SUS, rompeu a cooperação com Cuba, deixando desassistidas muitas regiões do país ao decretar o fim do PMM. Logo, todas as tentativas para suprir o vazio têm fracassado: “[...] de fato, aconteceu um desmonte, com a saída dos médicos cubanos e os médicos brasileiros não conseguindo permanecer no Programa” (BRAVO; PELEAZ & MENEZES, 2020, p. 201).

O PMM é uma das medidas adotadas, considerada bem-sucedida e exitosa, pois além de promover aproximação entre os ministérios da Educação e da Saúde, foi uma ação que propiciou integração entre esses ministérios (SANTOS, PEREIRA, COSTA, MERCHAN, SANTOS, 2019).

Pereira e Santos (2018) destacam o grande alcance e os avanços relevantes do PMM, particularmente na resolução da problemática de cobertura assistencial; também criticam a sua suspensão na medida em que acarreta mais ainda a redução do acesso da população à atenção à saúde, e com tendência a piora, a partir da EC nº 95/2016, que institui um novo regime fiscal, limitando por 20 anos o crescimento das despesas primárias à taxa de inflação (BRASIL, 2016).

Se os recursos já eram considerados insuficientes, com essa medida aguçará mais ainda a escassez de médicos e profissionais, nas regiões de difícil acesso e longínquas, como afetará

²⁷ PMM, instituindo por meio da Medida Provisória nº 621, de 08/07/2013, convertida na Lei nº 12.871, de 22/10/2013 (BRASIL, 2013). Implementado em 3.785 municípios brasileiros que tiveram médicos do PMM, e, com 100% de cobertura nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) (PEREIRA, 2016). Sustentado na escassez de trabalhadores de saúde, uma problemática que afeta países sem distinção; no desequilíbrio em distribuição de trabalhadores (áreas rurais, remotas e a faixa rural-urbana) e, o propósito de superação dessas dificuldades implica em ampliar ações de envolvimento dos interessados, especificamente ação de integração entre Ministérios da Educação e da Saúde, para atrair e reter trabalhadores de saúde em áreas remotas com programas educacionais e de incentivos financeiros entre outros. Sob essas premissas, “busca acabar com o persistente problema de escassez de médicos [...], mas também possui componentes relacionados à formação médica” (PEREIRA, SANTOS, 2018; p 207) e, contribuir para a garantia de maior equidade no acesso e utilização dos serviços de saúde (SANTOS et al., 2019).

também na formação médica, uma vez que o PMM propicia aprimoramento da formação médica no País; fortalece a política de educação permanente; promove a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos, mesmo porque o tipo de formação recebida nas faculdades, até recentemente não enfocava a formação de generalistas, habilitados ao cuidado integral e à resolução dos problemas mais prevalentes na população (PEREIRA & SANTOS, 2018).

Para a população que não vive em meios urbanos, o PMM, a permanência dos médicos, nessas localidades, com alta prevalência de problemas básicos de saúde ligados as precárias condições de vida e moradia, à ausência de saneamento básico e acesso restrito à educação e serviços de saúde, permitiu o acesso à saúde e, possibilitaram a realização e ações de prevenção e promoção de saúde e o estabelecimento dos vínculos (PEREIRA, 2016).

Outra contribuição do PMM, que representou grande valor à população foi a qualidade no atendimento médico e aumento de visitas domiciliares. Entre os gestores de saúde foi destacado os ganhos sociais e de atenção à saúde, desde a humanização dos atendimentos ao fortalecimento da atenção básica, vez que os médicos cubanos (maior contingente contratado) realizavam atividades de educação em saúde, que possibilitaram corrigir as disparidades existentes no campo da saúde.

Para além das contribuições positivas que o PMM propiciou, o estudo de Pereira (2016) evidenciou limites como a insuficiência dos serviços de saúde para garantir atendimento integral à saúde da comunidade quilombola, por exemplo; assim como o insuficiente recurso disponibilizado pelo SUS, que reforça uma lógica privatista de assistência, vez que o usuário passa a buscar serviços privados para realizar exames e adquirir medicamentos, com adesão e pagamentos de planos.

Segue, ainda, a necessidade de proporcionar melhorias na infraestrutura e nos serviços de contrarreferência, nomeadamente no sentido de observar as especificidades das demandas das comunidades quilombolas e suas características socioculturais e de saúde, para que os serviços sejam ofertados em conformidade com os anseios e necessidades dessa parcela da população (PEREIRA, 2016).

Outra medida ameaçadora e, portanto, na contramão para a consolidação do SUS constitucional é a precarização e privatização da saúde que pode ser ilustrada na Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e

outras Drogas, documento que incentiva a internação compulsória²⁸ de pessoas em sofrimento psíquico ou dependentes de drogas. Essa medida contraria o modelo da Reforma Psiquiátrica (indústria de produção de manicômios) e a Lei 10.216/2001²⁹, que trata dos direitos e proteção das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde. São medidas que ferem o modelo de saúde implantado no país e favorecem a criação de leitos hospitalares e a indústria farmacêutica, cujo sistema de financiamento é realizado pelo Estado, mediante convênio com a rede hospitalar.

Para piorar a situação, o advento da pandemia no Brasil escancara distintos problemas históricos e fragilidades do sistema de saúde, mesmo o SUS tendo uma trajetória muito boa de vigilância epidemiológica, reacenderam preocupações em torno da impotência para responder, em tempo oportuno, a essas circunstâncias.

Assim, o SUS reaparece como instrumento de direitos sociais perdidos devido a ameaças, ataques e ao sucateamento sofrido desde a sua implantação pelos governos com os “dilemas” da gestão entre público e privado, numa correlação de forças de projetos de sociedade que, com a pandemia, potencializa a situação de crise que vem se arrastando ao longo dos últimos 20 anos.

Para o enfrentamento da pandemia, a orientação dos organismos de saúde pública tem sido o distanciamento social e a quarentena – “fique em casa”, medida que afeta a possibilidade de trabalho e sobrevivência de significativa parcela da população.

A imposição para praticar o distanciamento físico tem afetado a grande maioria da classe trabalhadora, já aprisionada pelo subemprego/desemprego e exploração de toda forma das condições de vida. Sem contar que essa maioria, ao mesmo tempo, não teve a possibilidade de realizar o distanciamento social, por ter de seguir trabalhando para prover a sobrevivência de si e de sua família e também devido a suas habitações desprovidas de condições básicas de saúde. Portanto, sem condições de atender às recomendações das instituições e organismos nacionais e internacionais de saúde, logo, exposta ao contágio (GRANEMANN, 2021).

Portanto, ao desemprego e à precarização do trabalho³⁰ como um dado estrutural, se soma o desafio de cumprir o distanciamento social que também impede parcela da classe

²⁸ Trata-se de uma medida coercitiva, em que pessoas ou entes alheios à vontade do paciente (médico, psiquiatra, o Estado ou familiares) determinam a internação. NT, Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS - <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>

²⁹ Lei Paulo Delgado: trata da proteção e dos direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2018-03/conad-aprova-resolucao-que-pode-mudar-politicas-de-combate-drogas>.

³⁰ Os trabalhadores ocupados informais em 2014 correspondiam a 18,5% do total de ocupados, passaram a representar 41,1% em 2019, expressando o maior índice de informalidade observado desde 2012 (IBGE, 2015).

trabalhadora organizada em sindicatos e movimentos sociais de lutar por meios ativos, nas ruas, em razão da possibilidade de contágio. Impedida de trabalhar e sem proteção e retaguarda do governo, visto que este se omite e retarda na viabilização de medidas institucionais para assistir à população desprovida de condições básicas de sobrevivência. Tal condição foi e tem sido limitante para o processo de reação popular, favorecendo o governo federal e forças conservadoras, pois sem a pressão das reivindicações nas ruas relutam em destinar recursos, dificultando o enfrentamento do novo coronavírus, acarretando uma classe trabalhadora cada vez mais destituída de direitos e garantias protetivas (ALVARENGA, ROCHA, ANDRADE. 2020).

Essa ação do governo atual se soma a suas características autoritárias, neofascistas (GRANEMANN, 2021), conservadoras e ultraliberais que têm favorecido o aprofundamento da crise político-econômica e social, à medida que conquistas civilizatórias da sociedade brasileira vêm sendo contestadas como as políticas públicas instituídas e com ataques aos direitos sociais (SILVA, SOUSA e LIMA, 2021, MATOS, 2021). Exemplo disso foi a resistência do governo em disponibilizar auxílio assistencial para a população em condições de trabalho informal, sazonal, desempregada e em situação de vulnerabilidade.

Entretanto, com a forte influência de setores organizados e parlamentares, em 2020 foi instituído o programa de transferência monetária do governo federal, nominado Benefício Emergencial ou Auxílio Emergencial³¹, como medida de política social para atenuar as consequências da profunda crise econômica decorrente da pandemia da Covid-19 sobre os mais pobres, principalmente os desempregados e os trabalhadores do setor informal sem proteção social.

O benefício assistencial é resultado de intensa pressão dos movimentos de várias associações civis, cientistas sociais e de pessoas afetadas pela pobreza e pelo desemprego. Então, o governo propôs inicialmente disponibilizar um benefício mensal de R\$ 200,00, mas, ao receber forte pressão de uma parcela do Legislativo, foi elevado para R\$ 600,00 e na terceira ampliação temporal o valor foi fixado em R\$ 300,00. Nessa escalada de valores, entre as justificativas para sua adoção, há os custos para a sobrevivência, o aumento das condições de pobreza e a garantia de direito à assistência (direitos sociais). E, por parte do governo, o

³¹ Programa instituído pela Medida Provisória n 936 em 01/04/2020, de duração limitada, com objetivo de atenuar a situação decorrente da elevação do desemprego, do trabalho informal precarizado e da pobreza no contexto da pandemia da Covid-19. Previsto para meses de abril, maio e junho, ampliado para julho a setembro, e terceira extensão até dezembro de 2020, recriado em 18/03/2021 com a Medida Provisória n° 2039', para o período de abril a julho de 2021.

argumento contrário se sustenta em questões de natureza sobretudo econômicas, como se o país não oferecesse condições para implementá-los, como destaca Campos (2020, p. 2 e 4):

[...] com o pretexto de defender a economia e o emprego, Jair Bolsonaro vem se opondo – com palavras e gestos – a toda e qualquer forma de isolamento social [...] dificultando, em várias situações até mesmo boicotando, o enfrentamento da pandemia pelo SUS, pela sociedade, pelos estados e municípios do país.

Para demonstrar as dificuldades criadas para concessão do acesso a esse benefício, basta ver o desconhecimento da realidade social e amadorismo por parte do governo federal à medida que foram necessárias três extensões do benefício assistencial. E, com essas foram instituídos novos critérios (inclusão e exclusão) ampliando o espectro de beneficiários diante da quantidade de brasileiros em situação crítica de sobrevivência e fome. Nessa situação de comprovação das condições elegíveis a esse direito, desenvolveu-se um contexto de responsabilização dos pobres por sua situação de pobreza e, no bojo desse processo, vislumbra-se atender a interesses políticos com utilização do auxílio emergencial como moeda para aprovação de política com fins eleitoreiros, a exemplo de outros programas sociais.

Portanto, o auxílio emergencial criado como medida provisória fora do escopo de uma política social (nesse caso, de assistência social), responde a uma necessidade e se configura como tentativa para mitigar uma situação estrutural decorrente da forma como a sociedade se organiza e distribui a riqueza socialmente produzida (SILVA, SOUSA e LIMA, 2021).

Contudo, o que se assiste é a imputação de mais sacrifícios aos trabalhadores e trabalhadores para o enfrentamento da crise econômica, pois reformas administrativas e econômicas no âmbito dos serviços públicos têm sido propostas com a justificativa de atender a demandas emergenciais e sob a alegação de que o Estado não dispõe de condições de manter a estrutura atual; isto é, tentativas de reduzir a função do Estado.

A indiferença e descaso assumidos pelo governo central desvelam-se com a apresentação de propostas minimalistas de enfrentamento à pandemia, e as suas tentativas em não assegurar recursos por meio das políticas públicas como assistência social e saúde. Desse modo, mesmo com o auxílio emergencial (insuficiente), assim como os recursos a estados e municípios para o enfrentamento da pandemia, os entes (e os beneficiários do auxílio) ainda têm de lidar com a burocracia exacerbada para sua aplicação, além da não execução do orçamento aprovado para o combate à pandemia pelo governo Bolsonaro (GRANEMANN, 2021).

Na prática, como enfatiza Campos (2020, p. 4):

O presidente da República conseguiu paralisar o Ministério da Saúde que não está exercendo o papel que lhe cabe, como gestor federal do SUS, de coordenação do esforço para controlar a epidemia [...] dificulta repasses orçamentários para a rede de estados e municípios e não auxilia a aquisição de testes e equipamentos; por vezes, atrapalha, além de enfraquecer as diretrizes para o isolamento social.

Essas são as nuances de um governo que se empenha em aprofundar a cada dia as relações sociais capitalistas, acumulando riqueza nas mãos de poucos, aprofundando a desigualdade social, expandindo a miséria e o sofrimento devido ao crescente número de óbitos provocado pela pandemia, que poderiam ser evitados se houvesse uma gestão com comando único por parte do governo federal. O que se assiste são manifestações da grave crise, aliás, o prolongamento de uma crise que com a pandemia foi escancarada e que tem se aprofundado nas suas dimensões política, econômica e social (GRANEMANN, 2021).

Tal situação de crise (e, como parte dela, a pandemia) expõe a dimensão contraditória que marca esse fenômeno nos tempos mais recentes, quando setores mais requisitados no atual contexto, no caso, os Sistemas Único de Assistência Social (SUAS) e o de saúde (SUS) sofrem com as medidas neoliberais de desfinanciamento num cenário em que cada vez mais o Estado deveria ser fortalecido para fazer o enfrentamento da crise, uma tarefa à qual ele insiste em omitir (SILVA, SOUSA e LIMA, 2021).

Assim, entre os problemas históricos, tem-se a desigualdade crônica, que revelou o seu tamanho para muitos que a desconheciam (principalmente, aos gestores do escalão governamental), ao conferir o tamanho das filas de pessoas para receber o auxílio emergencial, depois de uma longa batalha para ser aprovada pelo Congresso e da indiferença do governo federal em dar resposta a essa necessidade.

Outro problema que se arrasta, com episódios trágicos, é a falta de coordenação por parte do próprio governo para condução das medidas necessárias diante de um SUS sucateado e precarizado. Observa-se, ainda, que escasseiam Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), kits para realizar as análises dos exames, infraestrutura ambulatorial e hospitalar e a já tão conhecida insuficiência de trabalhadores que, em tempos de pandemia, aprofundou-se ainda mais, pois muitos deles se contaminaram, tendo que se isolar, quando não foram a óbito (CAMPOS, 2020; TEIXEIRA et al., 2020).

Para CAMPOS (2020, p. 4), é um pesadelo a situação que passa o Brasil, especialmente a partir do presidente da República que paralisou o MS ao não exercer o papel que lhe cabe, como gestor federal do SUS; e, além disso, tem dificultado repasses orçamentários para a rede

de estados e municípios, não auxilia na aquisição de testes e equipamentos, por vezes, atrapalha, além de enfraquecer as diretrizes de distanciamento social.

Observa-se a omissão, as atitudes contrárias ao isolamento do presidente da República que sistematicamente desqualifica o potencial do vírus e, de modo irresponsável, ora polariza ciência *versus* anticiência incentivando o uso de medicamentos de eficácia não comprovada, ora promovendo a disseminação do vírus participando de atos públicos, incentivando a flexibilização do distanciamento social, com aglomerações. Como resposta a essa necropolítica³² a que se tem assistido, há o crescimento exponencial da pandemia no Brasil, com o sistema de saúde no seu limite de atendimento colapsando e o número de óbitos já ultrapassando 350 mil.

O desempenho da União consta no relatório da pesquisa desenvolvida pela Universidade de São Paulo (o Cepedisa/FSP/USP) com inúmeras revelações, entre elas a atuação eficiente direcionada à ampla disseminação do vírus no território nacional, com o objetivo de retomar a atividade econômica o mais rápido possível e a qualquer custo. Aos olhos do Tribunal de Contas da União, configura a “opção política do Centro de Governo de priorizar a proteção econômica” (CEPEDISA, 2021, p. 7).

Portanto, uma estratégia institucional promovida pelo governo brasileiro na liderança da Presidência da República, que desqualifica tanto os riscos quanto a adoção das medidas de prevenção, sob o argumento da preservação da economia como prioritária, em detrimento da vida (CAMPOS, 2020). Logo, se “constitui uma violação sem precedentes do direito à vida e do direito à saúde dos brasileiros”, como destaca aquele relatório (CEPEDISA, 2021, p. 7).

O uso do termo necropolítica tem sido recorrente no contexto da Covid-19, para explicar o comportamento adotado pelos estados e a sociedade em geral em face da capacidade de produzir dinâmicas de diferenciação, especificamente, entender por que determinadas pessoas são mais vulneráveis a se contaminar; afinal, é comprovado que o coronavírus não faz distinção de seu contágio (independentemente de raça, classe, gênero ou orientação sexual). A se considerar que as principais medidas de combate à disseminação do vírus são o isolamento social e a higiene, e a grande maioria da população empobrecida no país não tem condições de cumprir tais requisitos, muitas pessoas podem rapidamente se tornar vítimas da doença.

³² Conceito desenvolvido pelo filósofo camaronense Achille Mbembe, em que através de um ensaio (2003), questiona os limites da soberania, na sua percepção, quando o Estado escolhe quem deve viver e quem deve morrer, ou seja, quando se nega a humanidade do outro, qualquer violência se torna possível, de agressões até a morte.

Como já referido, pessoas que não têm acesso a instalações adequadas de saneamento básico, fornecimento de água tratada e recolhimento de esgoto, tornam-se alvos fáceis. E é nesses meandros que o governo central exerce seu poder sobre a vida e a morte das pessoas ao não adotar medidas para conter a disseminação do vírus e nem de proteger a população. Investe-se do poder de ditar quem pode viver e quem deve morrer. Com base no biopoder e em suas tecnologias de controlar populações, o “deixar morrer” se torna aceitável (MBEMBE, 2018). Assim, em meio à pandemia, a necropolítica é reafirmada.

Portanto, a necropolítica, ou política da morte, nomeada por Achille Mbembe (2018, p. 71), “é uma forma contemporânea que subjuga a vida ao poder da morte”. Assim, “o necropoder embaralha as fronteiras entre resistência e suicídio, sacrifício e redenção, mártir e liberdade” constituindo territórios de crueldade como se assiste no Brasil, com mais de meio milhão de óbitos por Covid-19. O autor, para explicitar o termo, articula em que medida o poder soberano se sustenta a partir da operacionalização da vida através da morte, como algo a ser gerido pela política a partir do momento em que a soberania não se restringe ao controle territorial e se configura como exploração do direito de matar.

As inúmeras condutas ilegais assumidas pelo presidente, por certo, podem ser enquadradas como crimes de responsabilidade, com flagrante desrespeito à CF, passíveis de impeachment. Nesta direção, diversos movimentos têm sido deflagrados por partidos políticos, entidades sindicais, movimentos sociais e segmentos da sociedade organizada.

A soma de pandemia, crise econômico-social e política reforça a disputa de projetos antagônicos que se arrastam desde 1988, com a mercantilização da saúde e o distanciamento para se consolidar o SUS como política universal e estatal.

Na conjuntura política e econômica do Brasil, conforme esquematizam Bravo, Pelaez e Menezes (2020), há o encadeamento de três projetos em disputa. O primeiro, sobre o qual se assenta a reforma sanitária que preconiza a redemocratização não restrita à área da saúde, mas de forma ampla para todos os espaços da vida, como um direito social de responsabilidade do Estado; o segundo, privatista, resquício da ditadura, cuja conexão é orientada pelas regras do mercado, focado no modelo hospitalocêntrico de exploração da doença como fonte de lucro, ou seja, a saúde como mercadoria:

[...] tem-se como marco a proposta dos chamados “Novos Modelos de Gestão”, em substituição à gestão estatal, que associada a subvenções e isenções fiscais, avança sobre o fundo público para a garantia de acumulação de capital (BRAVO; PELAEZ & MENEZES, 2020, p. 194).

O terceiro projeto é o da reforma sanitária flexibilizada, com a presença da privatização, em que o SUS financia o mercado privado de saúde, atendendo às exigências da política macroeconômica adotada no país,

[...] adquire contornos próprios em meio às contradições inerentes à implementação do SUS, no contexto da reconfiguração do Estado brasileiro e progressivo desmonte e subfinanciamento das políticas públicas [...]. A proposição do SUS possível é pautada por arranjos institucionais, mecanismos gerenciais e responsabilização dos profissionais para a adequação da política de saúde às exigências de um rebaixamento da proposta inicial da reforma sanitária (BRAVO; PELAEZ & MENEZES, 2020, p. 194).

A depender desses três projetos, têm sido impostos aos SUS desafios que se arrastam desde sua implantação. São constantes ameaças e disputas de projetos que oscilam com o crescimento do setor privado na saúde, com a venda de seguros e planos de saúde, com a classe trabalhadora que depende do SUS para a atenção a sua saúde e que requer um Estado interventor a garantir políticas sociais.

Além disso, assiste-se à tendência de um sistema de saúde não preparado devidamente, devido aos anos de sucateamento do SUS e inscrito no âmbito do capitalismo em sua fase neoliberal, com supressão de direitos para a classe trabalhadora e participação cada vez maior do mercado, em todos os aspectos da vida social.

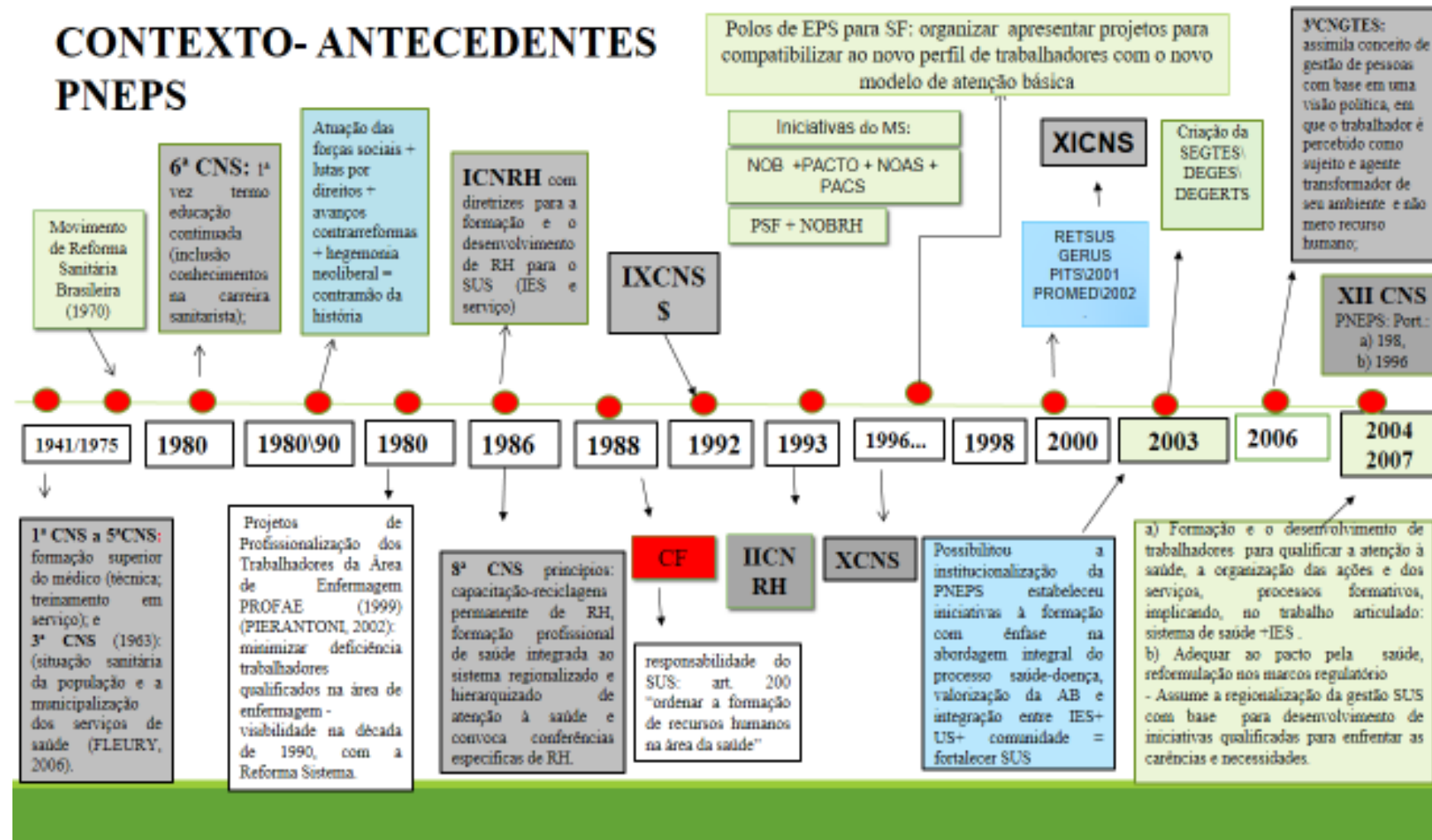
O SUS sofre boicotes que geraram desvirtuamentos de sua concepção original apesar de histórias exitosas que afirmam sua dimensão pública e estatal, como política de direitos, diante de forças e interesses contrários aos princípios que lhe dão sustentação. Nesse sentido, observa-se que essa adversidade soa como desafio para se aprofundar na compreensão da sua trajetória. Assim, na próxima seção, passaremos a refletir sobre a trajetória da formação e qualificação dos seus trabalhadores.

1.1.3. A trajetória da formação, qualificação e capacitação dos trabalhadores

Para abrir esta seção optou-se por relatar o histórico de medidas e normas adotadas no país, relacionadas ao desenvolvimento e formação dos trabalhadores da saúde, para promover mudanças quanto à prática e ao cuidado; e, na sequência, discorrer sobre os processos desencadeados ao longo dessa trajetória, sobretudo, para a implantação da PNEPS e as configurações que têm se apresentado no país.

Para visualizar e facilitar a compreensão desse longo percurso histórico que promoveu o desenho da PNEPS, a **figura 01**, demonstra a linha do tempo com os antecedentes e contextos de fatos, e as realizações que demarcaram historicamente o processo de construção e que resultaram na institucionalização da PNEPS.

Figura 01 - Linha do tempo dos antecedentes e motivações contextuais para implantar a PNEPS (1941-2007).



Fonte: elaboração da pesquisadora com base em estudo bibliográfico

Compreender o processo que culminou com a implantação da PNEPS, requer observar e refletir sobre todas as iniciativas do Ministério da Saúde, motivadas pelo interesse dos governantes ou pela força dos técnicos e da população, via controle social.

De maneira genérica a adoção de medidas para a estruturação do SUS recai direta ou indiretamente na necessidade de promover ações de desenvolvimento da força de trabalho do Sistema de saúde. Por isso, importa fazer referência às medidas de mudança do modelo de atenção à saúde, que não mais é dar cumprimento aos princípios e diretrizes que dão a sustentação ao SUS.

A implantação e operacionalização da descentralização e as mudanças do modelo de atenção têm requerido um novo perfil profissional para responder às necessidades de readequação dos serviços à população, em uma nova perspectiva do ponto de vista do modelo, que passa a orientar a saúde como resultado de condicionantes sociais, implicando cuidados e prevenção como direitos. Nesse sentido, considera-se essencial a formação para o trabalho, a qualificação dos trabalhadores como base para estruturar o sistema e promover a mudança desejada.

Assim, o SUS passa a ser organizado em uma rede de serviços incluindo: atenção básica e secundária e a rede de alta complexidade, exigindo novo perfil do trabalhador para atender às requisições do novo modelo, a fim de avançar no processo organizativo para o sistema público (CARVALHO et al., 2004).

Dentre as principais e necessárias mudanças a serem operadas para a implementação do SUS está a atenção básica, pensada a partir do modelo da Saúde da Família, visando ao deslocamento da atenção antes centrada na doença; da atenção à demanda espontânea para o atendimento continuado; da ênfase à medicina curativa pela integralidade da assistência, implicando a prioridade na formação de profissionais capazes de atuar para implementação dessas mudanças (FARIA & VIANA, 2002).

Nesse sentido, como apontou Fleury (1997, p. 281) já na década de 1990, a questão do trabalhador “mantém-se como um desafio”, com mais “problemas que referenciais para transformação” e, no momento político e sanitário daquela época, era preciso “deslindar tais desafios como nova agenda de estudos sobre o campo”.

Segundo essa autora, o debate em torno da questão do trabalhador é pauta recorrente de estudos administrativos, de cargos e carreiras e/ou nas relações de trabalho e seus desdobramentos, em detrimento de outros ligados às relações de produção como dimensão das práticas sociais, modo de produzir serviço e de se trabalhar em saúde.

Para Fleury (1997, p. 282), a produção intelectual da gestão de serviços se volta para um discurso que é “*projeto da ação política*” (*grifo da autora*), enquanto a produção intelectual científica se formula em discurso de natureza teórica que responde à “*explicação sobre a ação política*”. A primeira produção se ocupa em encontrar respostas para questões do planejamento normativo e a segunda objetiva o conhecimento à ação, na perspectiva do saber teórico, da reflexão sobre a prática dos serviços. Tais observações demonstram que a produção intelectual sobre o trabalhador se traduz como problemática institucional (força e relações de trabalho), portanto, um desafio tanto para o campo dos estudos quanto para as instituições.

Como se pode ver, essa temática ligada ao trabalhador tem se arrastado ao longo da história da saúde no Brasil e, tardiamente, tem sido apropriada pelo Estado como uma das suas responsabilidades. Considera-se aqui, com atraso, em função dessa responsabilidade, instituída constitucionalmente em 1988, no seu artigo 200, a definição “de ordenar a formação de seus trabalhadores” e a União, na figura do Ministério da Saúde, demorou quase 15 anos para definir uma política específica, universal, para orientar os demais entes federados. Houve, sim, iniciativas e experiências exitosas, programas e projetos; portanto, tentativas pontuais, algumas delas percorridas aqui.

Até que essa indicação constitucional se materializasse em uma política, atores sociais envolvidos com as questões de saúde desenvolveram debates e elaboraram propostas. Dentre esses processos produzidos e adotados, tem-se a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB-RH/SUS), que recolocou a importância do trabalho, a necessidade da valorização dos profissionais na implantação dos modelos assistenciais e a regulação das relações de trabalho no setor saúde (BRASIL, 2003).

A produção dessa normativa consumiu cerca de dois anos de debates, com realização de oficinas, sistematização junto aos órgãos gestores e instâncias de controle social do SUS. Até que se chegasse à NOB-RH/SUS³³, foram elaboradas várias versões com a denominação de “Princípios e Diretrizes para uma Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS”, contendo fundamentação que estabeleceu parâmetros gerais para a gestão do trabalho, de modo a [...] “compatibilizá-los com as diferentes realidades e situações institucionais, visando superar os desafios da implementação de uma política de Recursos Humanos para o SUS” (BRASIL, 2003b, p. 17).

³³ A NOB/RH/SUS faz parte de uma recomendação do Conselho Nacional de Saúde para a Gestão do Trabalho e da Educação no SUS.

A elaboração dessa norma procura atender a necessidades previstas pela reforma sanitária, como questões de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, e também se traduz em uma das respostas dos debates e manifestações da sociedade civil durante as conferências de saúde e de recursos humanos, que, aliás, já haviam sido realizadas. Todas as conferências trouxeram questionamentos e pautas afeitas à formação e desenvolvimento dos trabalhadores (BRASIL, 2003b).

A grande relevância da NOB-RH/SUS ultrapassa princípios e diretrizes que pautam a discussão da centralidade do trabalho, do trabalhador, da valorização profissional e da regulação das relações de trabalho em saúde. Contudo, apesar do avanço que significou esse processo de elaboração, poucos resultados foram alcançados, em função da conjuntura, como argumenta Machado (2006, p. 23):

[...] a política que imperou neste período foi a antipolítica de Recursos Humanos, priorizando a privatização por meio da terceirização de serviços, da flexibilização das relações e do laissez-faire na abertura de novos cursos na área da Saúde. Resumidamente, pode-se dizer que este período se caracteriza pelo abandono da proposta de planos de carreira profissional, precarização do trabalho no SUS, desmobilização do movimento sindical identificado na perda da importância da negociação do trabalho no SUS, pela pulverização das ações educativas e formativas no âmbito do SUS e proliferação de escolas de saúde. Sem dúvida, a década de 90 pode ser denominada “década perdida para os recursos humanos em saúde”. Uma década marcada pela insistência de consolidar o SUS sem se preocupar com os responsáveis pela produção dos serviços de saúde nas três esferas que o compõem. O saldo político é uma enorme dívida social com os trabalhadores.

Apesar da introdução dos ideais neoliberais no país, provocando tanto o retardamento para implementação de medidas para a área da gestão de pessoas como ameaças já no contexto de implementação do SUS, a NOB-RH/SUS superou um dos principais desafios: a falta de antecedentes de priorização e o tipo de tratamento à questão da formação e desenvolvimento dos trabalhadores nos processos de reformas do Estado.

Portanto, a NOB-RH/SUS é peça importante e necessária, pois sua elaboração assegurava que seus conteúdos fossem efetivamente operacionalizáveis, além de servir de referência de enorme relevância à formulação da política para essa área, ou seja, já existe a base legal para as ações e os serviços de saúde que têm especificidades não encontradas em outras atividades da administração pública (BRASIL, 2003b).

A NOB-RH/SUS tornou-se pauta recorrente de debates sobre a condução das ações e serviços de saúde no contexto de implementação do SUS, impondo mudanças que pavimentaram o caminho para a elaboração da PNEPS. Dentre as iniciativas, a implantação, a

partir de 1998, dos Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família³⁴, a fim de atender tanto à necessidade de investimentos para a formação dos trabalhadores quanto para compatibilizar o perfil dos trabalhadores das equipes, com a necessidade do novo modelo de atenção básica, além de influenciar na formação e desenvolvimento profissional no âmbito das universidades, principalmente das escolas de medicina e enfermagem (CAMPOS et al., 2006b).

Com a implantação desses polos, a questão de trabalho e formação na saúde entra na pauta como parte do processo de descentralização atribuído aos gestores estaduais e municipais. Organizados em todos os estados do país e com envolvimento de instituições de ensino e serviços, inúmeros projetos de formação e qualificação profissional foram formulados e executados. Esse processo foi analisado em uma pesquisa do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), publicada em 2002.

Entre os resultados da experiência com os Polos de Saúde da Família, observou a possibilidade de se aproximarem diversos atores de instituições de serviço e de ensino público numa pactuação dos projetos e execução das ações em cooperação, frente à insuficiência de políticas para o desenvolvimento de perfis profissionais adequados aos primeiros níveis de atenção à saúde. Outro aspecto importante apontado pelo relatório da pesquisa foi o [...] aumento da cobertura vacinal, em primeiro lugar; em segundo, controle da hipertensão arterial e diabetes, redução da mortalidade infantil e, em terceiro, redução da mortalidade materna (UNICAMP, 2002, p. 152).

A pesquisa do NEPP destaca, ainda, que os resultados obtidos por ação dos polos, embora alcançando a maioria das metas programadas para formação, ainda se mostram insuficientes para modificar o perfil dos profissionais do setor.

Campos (2006, p. 54) sugere que as ações tendem a ser insuficientes, pois medidas para mudar o modelo de atenção precisam ser encadeadas a outras iniciativas, para que haja repercussão. Se somente os agentes de saúde tiverem qualificação na lógica de mudança modelo e as demais categorias profissionais continuarem em processos formativos sob outra lógica (hospitalocêntrica e curativa), não haverá impacto à mudança de modelo de atenção. A “formação é insuficiente e exige intervenção massiva”, lembra o autor. Essa reflexão sugere que o princípio de mudança de modelo de atenção à saúde sofre implicações vinculadas à

³⁴ Usualmente denominado de Polo de Saúde da Família ou de Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal das Equipes de Saúde da Família.

estrutura da saúde e da educação, e estas podem estar imbricadas no sistema do lucro sobre a doença.

Nessa direção, Campos et al. (2006b) destacam outra necessidade: a de influenciar na formação e desenvolvimento de trabalhadores³⁵ no âmbito das universidades, principalmente por meio das escolas de medicina e enfermagem, posto que o perfil profissional exigido pelo Manual de Atenção Básica (BRASIL 2006b) implica o desenvolvimento de pessoal com novos saberes, que articulem a clínica, a epidemiologia, as ciências sociais e a psicologia para uma nova abordagem profissional.

No campo da gestão, as ações de capacitação de trabalhadores, na lógica de mudança de modelo, segundo Mendes (2002), significam a incorporação mais efetiva dos instrumentos de planejamento, como também a participação da comunidade no trabalho em equipe. Em outras palavras, a proposta do PSF evidencia a necessidade de novos processos de desenvolvimento desses profissionais para responderem a esse conjunto de competências e, para tanto, precede a participação social como mecanismo de exercício do protagonismo da sociedade (GIL et al., 2002; MENDES, 2002).

O processo de elaboração da NOB-RH/SEUS e a experiência com os Polos de Saúde da Família recolocaram a importância do trabalho, a necessidade de valorização dos profissionais na implantação dos modelos assistenciais e a regulação das relações de trabalho no setor saúde. E aqui, neste estudo, são considerados gatilhos a impulsionarem o próximo passo: a publicação da Portaria nº 198/2004 que instituiu a PNEPS, como uma proposta de ação estratégica, objetivando contribuir para transformar e qualificar as práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços, os processos formativos e as práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde. Logo, foram medidas que visavam superar as concepções tradicionais de educação³⁶.

Se o período da proposição da NOB-RH/SUS foi considerado “década perdida para os recursos humanos”, como enfatiza Machado (2006, p. 23-4), é porque o governo de então não a priorizou; tem-se, agora, o aspecto que favoreceu a instituição da PNEPS com o novo governo em 2003, representando o “retorno aos princípios de que a saúde é um bem público e os

³⁵ Optou-se por usar a expressão “*trabalhadores de saúde*” ou “*profissionais de saúde*”, ao invés de “recursos humanos”, nomenclatura já superada por estar atrelada a uma leitura liberal desenvolvida na década de 1960 pela teoria do Capital Humano.

³⁶ Concepção tradicional de educação: compreende a educação como processo de desenvolvimento individual, de transmissão do saber do professor para o aluno. O professor será sempre o que sabe e o aluno será sempre o que não sabe. Avalia a fração do conhecimento desvinculando aquilo que o aluno lembra sobre o que lhe foi transmitido, daquilo que ele pode fazer com o que aprendeu (FREIRE, Paulo. *Pedagogia do Oprimido*. 17ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987).

trabalhadores que atuam são um bem público”, como reitera essa mesma autora. Portanto, as experiências acumuladas do MS até aqui e a posição política adotada pelo governo facilitaram o incremento da PNEPS, já que esse governo assumiu para si a responsabilidade definida constitucionalmente com mudança positiva, a partir da estruturação de uma Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Em 2007, no cenário de construção do Pacto pela Saúde, a PNEPS recebe influência desse processo de embates e debates, levando em conta indicadores e medidas para o processo de gestão, preconizados pelo Pacto (BRASIL, 2007a).

O desdobramento dessa influência resultou na revogação da Portaria GM nº 198 e publicação da Portaria GM nº. 1996/2007. A PNEPS recebe novos direcionamentos, em razão da necessidade de se construírem indicadores para acompanhamento e avaliação da EPS, seguindo a lógica das diretrizes definidas no Pacto pela Saúde.

E finalmente, em 2017, inscreve-se a retomada do debate sobre a PNEPS na agenda dos governantes com a publicação, pelo MS, da Portaria nº 3194/2017 que disponibiliza recursos a estados e municípios, tal como anteriormente foram dispostos recursos financeiros na Portaria nº. 1996 e nº. 198, agora como uma estratégia para promover a elaboração de propostas para o seu fortalecimento, consolidação e implementação (BRASIL, 2017a).

Essa ação, liderada pelo Ministério da Saúde, desencadeou um processo de discussão sobre a PNEPS, com estratégias para atualizar a Portaria GM/MS nº 1996/2007 que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da PNEPS. Estabeleceu-se parceria com o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), por meio de cooperação que contou com apoio da OPAS para a realização de um conjunto de Oficinas Regionais, com representantes das Secretarias de Saúde de todos os estados e do Distrito Federal, análise da situação do processo de implementação da PNEPS nos estados e municípios, ponto de partida para o debate em torno da pertinência (ou não) da atualização da portaria e, principalmente, de elaboração de propostas para fortalecer e consolidar a implementação da PNEPS. Realizaram-se, de outubro a dezembro de 2017, seis Oficinas Regionais. O resultado desse processo foi a publicação da referida Portaria nº. 3194, com uma série de desdobramentos.

Dessa maneira, pode-se dizer que a implementação da PNEPS teve seu ciclo iniciado com os princípios e diretrizes contidos na NOB-RH/SUS, seguido pela Portaria nº 198 /2004 que instituiu essa política, sendo alterada pela Portaria nº. 1996/2007 e, por fim, em 2017, recebe incremento estratégico com a Portaria nº 3194/2017, juntamente com a Portaria GM/MS nº 3342/2017 que lista os entes federados habilitados ao recebimento do incentivo financeiro (BRASIL, 2017b).

Esse conjunto de normas revela significativos processos que foram desenvolvidos para implementar a PNEPS com vistas à mudança de modelo de atenção à saúde, como se analisa a seguir, apontando os avanços obtidos e as ameaças a impedirem que essa política fosse efetividade como no desenho que a constituiu.

Quando da publicação das portarias nº. 198, nº. 1996, nº. 3194 e as demais, foram desencadeados inúmeros processos em todo o país – *sobre os quais discorreremos mais adiante*. Contudo, para uma compreensão temporal e lógica do que sucedeu, na próxima seção se aprofunda a discussão da educação permanente a partir de elementos que foram agregados via conferências e, na sequência, estarão apontadas as medidas adotadas por todos os entes federados para a estruturação da PNEPS.

1.1.4 Nova fase: participação, controle social e estruturação da PNEPS

A participação social, como parte do ideário da reforma sanitária, se estabelece na relação dialética entre sujeitos sociais diversos, para formulação de estratégias e construção social da realidade. Sua regulamentação consta da Lei nº 8.142/90 como espaço do controle social, um canal de aproximação da comunidade ao SUS, de tomada de decisão em que a sociedade civil participa dos processos decisórios, tendo, como fórum máximo, as Conferências de Saúde.

A partir da publicação da portaria que a instituiu como política em 2004, a educação permanente, no âmbito da saúde, vem como uma proposta de ação estratégica, com o fim de contribuir para transformar e qualificar as práticas da área, a organização das ações e dos serviços, com práticas pedagógicas, visando superar as concepções tradicionais de educação (BRASIL, 2004c).

Logo, é imprescindível refletir sobre o histórico da EPS, via conferências, acrescentando, agora, a influência dos espaços de controle social do SUS, bem como o percurso e medidas adotadas pelo governo federal até a implementação dessa política.

A realização das conferências tem seu marco de destaque na década de 1980, com o fim da ditadura civil-militar e início da “Nova República”. A tensão reinante no período, sobretudo na área econômica, acabou por impulsionar os movimentos sociais e um grande debate político que resultou na realização, em 1986, da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), uma referência para o SUS, por definir seus princípios norteadores, bem como orientar a área de gestão de pessoas (BRASIL, 1986).

Assim, as conferências, em especial a 8ª CNS, trouxeram temas importantes que pautam questões relevantes ao trabalho em saúde, garantindo, por exemplo, aos seus trabalhadores: remuneração condigna, isonomia salarial, admissão por concurso público, estabilidade no emprego, carreira, incentivo à dedicação exclusiva e direito à sindicalização e à greve, bem como da urgência na adequação da formação profissional às necessidades demandadas pela realidade (BRASIL, 2006a, p. 5).

Também, ocorreu o debate acerca da inadequação entre a formação de trabalhadores para a saúde e um sistema centrado na atenção de profissionais generalistas, conforme pauta do MRSB e da VIII CNS, que impulsionaram a realização da I Conferência Nacional de Recursos Humanos (CNRH), intitulada “a política de recursos humanos rumo à reforma sanitária” (FERREIRA, MOURA, 2006; GIGANTE, CAMPOS, 2016).

Aprofundam-se os debates em torno da consolidação das políticas de gestão e formação para os profissionais de saúde, constando no relatório final que “a formação de mão de obra em saúde proporcionada pelo aparelho formador não é adequada às necessidades de saúde da população brasileira nem ao serviço” (BRASIL, 1986, p. 13).

A I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde, em 1986, traçou as diretrizes para formar e desenvolver recursos humanos para o SUS, tanto para as instituições de ensino quanto para as de serviço (FARAH, 2006; MACHADO, 2006).

Campos et al. (2006a), nessa discussão, observam que todas essas conferências apresentaram um conjunto articulado de formulações para visando desenvolver recursos humanos em saúde. Porém, nas questões afeitas aos trabalhadores, em especial, no que se refere à formação e qualificação profissional, as mudanças têm se processado de forma lenta, não acompanhando as exigências da reorganização do novo modelo.

Em 1992, em plena vigência do SUS, é realizada a IX Conferência Nacional de Saúde, cujo tema central foi a municipalização, mas também entraram em pauta: sociedade, governo, saúde; seguridade social; implementação do SUS e controle social. Desta vez, incluiu-se no debate a discussão da Lei nº 8080/90 que regulamenta o SUS e a Norma Operacional Básica que viria a ser publicada em 1993. Contudo, para alguns autores, essa conferência pouco acrescentou às pautas da VIII CNS; na verdade, como enfatizam Campos et al. (2006a, p. 10), eles apenas reafirmaa:

[...] a necessidade de uma política de recursos humanos para o SUS, a implantação de regime jurídico único em cada esfera de governo, a definição de uma política de formação e capacitação de recursos humanos, a implementação de estímulo à interiorização de profissionais de saúde, o estabelecimento de mecanismos de avaliação contínua de desempenho dos

profissionais de saúde, a garantia de equipes multiprofissionais, entre outros. Aponta para a necessidade de realização da 2ª CNRHS, visando aprofundar a análise de muitos aspectos, inclusive a jornada de trabalho dos profissionais.

Reafirma-se, assim, a urgência de definir uma política de formação e capacitação dos trabalhadores do SUS e recomenda-se a imediata regulamentação do artigo 200 da Constituição que atribui ao Ministério da Saúde o papel de ordenar tal formação.

A II Conferência Nacional de Recursos Humanos, em 1993, recomendada pela IX CNS, teve como eixos de discussão os princípios e diretrizes do SUS e as leis que o regulamentam. Nessa lógica, os problemas relacionados à formação e à gestão de pessoas em saúde foram organizados em grandes temas para discussão, tais como: “valorização profissional, preparação de recursos humanos e compromisso social, nova ética para os trabalhadores de saúde” (MACHADO, 2006, p. 24).

Campos et al. (2006b, p. 11) destacam que essas conferências, além de aprofundarem as análises dos diversos aspectos relacionados aos problemas enfrentados pelos profissionais da área de saúde, como a formação, a capacitação, as condições precárias de trabalho, discutiram também “a falta de motivação do trabalhador nas instituições públicas de saúde, traduzida como um descompromisso ético e social”.

Tais destaques devem ser questionados, pois indicam a necessidade de se refletir sobre os problemas, por serem de ordem estrutural e do próprio sistema, atribuídos aos trabalhadores, conforme expresso nos eixos de discussão dessa conferência que não evidenciam o compromisso e a responsabilização do Estado no processo.

A II CNRH ainda fez notar a “ausência de política de recursos humanos para o SUS” e propôs a criação de estruturas de desenvolvimento e gestão de pessoas nas secretarias estaduais e municipais de Saúde e a sistematização da educação continuada de forma descentralizada e institucional (LOPES, PIOVESAN et al., 2007, p. 151).

Assim, o debate sobre o desenvolvimento e gestão de pessoas no SUS avança e, mais uma vez, é pauta na X CNS realizada em 1996 que convoca a III Conferência Nacional de Recursos Humanos, cuja grande motivação foi a elaboração do Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS e a regulamentação do inciso III do artigo 200 da CF.

Essa conferência teve como base as deliberações da X CNS, absorvendo, ainda, várias propostas e documentos elaborados por pesquisadores, gestores e trabalhadores, encaminhados, por intermédio de conferências, à Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH), resultando no documento que sistematizou as primeiras propostas da Norma Operacional

Básica de Recursos Humanos (NOB/RH-SUS, 2003), submetida à aprovação do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2005). O debate teve, pois, a participação de vários segmentos, por meio da realização dos fóruns regionais, que resultaram na terceira versão do documento preliminar da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS, 2003).

Essa norma foi apresentada e aprovada na XI CNS (BRASIL, 2001), dando a direção para as atribuições e competências institucionais e as responsabilidades das três esferas de governo, propondo a elaboração de um programa institucional de Educação Permanente para todos os trabalhadores da saúde, cuja formação e capacitação deveriam acontecer anualmente para o desenvolvimento na carreira (BRASIL, 2005).

Nesse período (1995 a 2000), o Brasil estava em um contexto de agudização da crise econômica e as conferências subsequentes acrescentaram muito pouco ao debate sobre a questão dos trabalhadores do SUS, apesar de esta já ter sido abordada em outros eventos de igual natureza. Esses sinais denotam a ordem de prioridade na agenda do Estado para o cumprimento da sua responsabilidade constitucional.

A questão de a saúde não ter sido assumida como agenda prioritária, e assim entrar para a agenda política do SUS, deve-se ao alinhamento do Estado à orientação da política econômica globalizada ditada pelo capital, via organismos colaterais, conforme afirma Machado (2006, p. 17), sobre a trajetória da reforma sanitária e os trabalhadores do SUS.

[...] os últimos cinquenta anos marcam uma fase de grande crescimento dos serviços de saúde, a nível mundial. As políticas de *welfare-state* nos países centrais, a criação de organismos internacionais como a Organização Mundial da Saúde e suas filiais continentais, como a Organização Pan-americana da Saúde, têm contribuído fortemente no sentido de homogeneizar sistemas de saúde em diversos países e, particularmente, criar diretivas de distribuição, formação e composição interna das equipes de profissionais.

A seguir, destaca-se a análise da política de formação e educação permanente em saúde realizada por Gigante & Campos (2016). Esses autores, a partir das bases legais, apresentam o percurso histórico da preocupação com a educação e com os recursos humanos demonstrados nas propostas das Conferências Nacionais de Saúde desde 1941, quando ocorreu a primeira, até 2007, ano de publicação da Portaria GM nº 1996. Nesse trajeto, apontam as inter-relações entre as reivindicações que emergem de necessidades sociais identificadas na construção do SUS e as propostas inscritas nas legislações pertinentes ao desenvolvimento e formação profissional.

Segundo esses autores, os principais focos de interesse são: formação superior dos médicos apontadas da I à V conferência; necessidade de inclusão de novos conhecimentos na

carreira sanitária; adoção dos princípios da capacitação-reciclagem permanente do RH; formação de profissionais de saúde integrados ao sistema regionalizado e hierarquizado de atenção à saúde, indicados nas VI e VIII conferências (1977-1986); recomendação para que gestores assegurem uma política de formação profissional e capacitação de recursos humanos articulada com órgãos formadores e a destinação de recursos orçamentários para o desenvolvimento e formação de pessoal, indicada na IX Conferência, em 1992 (GIGANTE & CAMPOS, 2016).

Dessa forma, o acúmulo das propostas, ao longo desses anos, constitui as bases legais e referências teóricas para a formação e desenvolvimento de pessoal, resultando na instituição da PNEPS e, após um processo de construção coletiva, reconhecida por Gigante e Campos (2016, p. 756) como um “grande avanço no sentido de inverter a lógica de oferta de formação e desenvolvimento”, posto que, antes dessa política, o que vigorava eram os pacotes de cursos e treinamentos enviados pela OPAS.

Gigante & Campos ainda destacam, como medida necessária, a alteração da ordem metodológica nos processos de formação em saúde, com princípios pedagógicos preconizados pela PNEPS, da aprendizagem significativa, do processo de aprender a aprender e a eleição dos problemas do cotidiano como fonte de aprendizagem e complementam, referindo já ser superado tal modelo de formação profissional

[...] pautado pela ciência positivista com utilização de metodologias conservadoras, [...] da racionalidade técnica, caracterizado por modelos uniformizadores e a matriz reprodutora com profissionais formados com base na transmissão de informações, prática repetitiva e clara separação entre teoria e prática, resulta formação de profissionais em que predomina o exercício de prática mecanicista, individualista, acrítica e reprodutiva do trabalho em saúde (GIGANTE & CAMPOS, 2016, p. 748).

Na perspectiva dos autores, essas práticas educativas não conseguem responder às características dinâmicas e incertas do contexto do trabalho, que exige trabalhadores críticos e competentes para assumirem a complexidade do cuidar em saúde.

Logo, ressaltam que a proposta da PNEPS é superar tal modelo, demonstrando-se a necessidade de investir em um processo educativo que incorpore as práticas cotidianas, com referenciais pedagógicos inovadores. Para tanto, é necessário

[...] investir em pesquisas de acompanhamento da implantação/implementação de atividades educativas na lógica proposta pela PNEPS, verificando como as instituições [...] têm enfrentado os obstáculos pertinentes ao processo de transformação (GIGANTE & CAMPOS, 2016, p. 759).

Retomando o curso do processo desenhado pela política de EPS, observa-se que a questão ganhou maior relevância no cenário nacional a partir da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos/NOB-RH (MS, 2005); e, com a realização da III Conferência Nacional (2006), passou a receber a denominação de Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Em síntese, observa-se que as exigências do sistema de saúde para reorganizar o seu modelo de atenção são cada vez maiores na área de formação e gestão dos trabalhadores.

A formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para estruturação do SUS remetem à necessidade de política de educação permanente, que só foi instituída em 2003, apesar de o início do debate de questões atinentes à gestão de pessoas tenha se dado na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) e I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde (1986); nessas ocasiões, foram traçadas diretrizes atuais à formação e ao desenvolvimento de trabalhadores. E, na mesma direção, a 9ª CNS (1992) reafirma a necessidade de uma política voltada à capacitação de pessoal para o SUS, recomendando a imediata regulamentação do artigo 200³⁷ da CF88 (FARAH, 2006; MACHADO, 2006; CAMPOS, PIERANTONI e MACHADO, 2006a).

Quanto à mudança de nomenclatura: ao se falar em Recursos Humanos em Saúde (RHS), remete-se a um dos subsistemas do SUS que, a partir da estruturação da Política de Gestão do trabalho no Brasil, assimila o conceito de Gestão de Pessoas em substituição ao de Recursos Humanos. Portanto, é uma visão política na qual o trabalhador é percebido como sujeito e agente transformador de seu ambiente e não mero “recurso humano”, realizador de tarefas. E “o trabalho é visto como um processo de trocas, de criatividade, coparticipação e corresponsabilização de enriquecimento e comprometimentos mútuos” (BRASIL, 2009; BRASIL, 2011c).

Na área da saúde, a questão dos recursos humanos, como um subsistema, envolve tudo que se refere aos trabalhadores da saúde em sua relação com o processo histórico de construção do SUS (GONÇALVES, 1993), configurando-se, assim, como tal. Nesse sentido, é tanto um campo de estudo quanto de intervenção. Logo, RHS abarca múltiplas dimensões na área: composição e distribuição da força de trabalho, formação, qualificação profissional, mercado de trabalho, organização do trabalho, regulação do exercício profissional, relações trabalhistas,

³⁷ O artigo 200, inciso III, da Constituição Federal/88, confere ao SUS a responsabilidade de “ordenar a formação de recursos humanos”.

além da tradicional administração de pessoal. Ao se descolar da definição clássica da ciência da administração, absorve-se o conceito de força de trabalho da economia política, numa configuração que abarca gestão e sociologia (BRASIL, 2011a).

De acordo com essas conferências as quais asseguraram espaços de participação, reflexão e proposições, a partir de 2003, a questão da inadequação da gestão de pessoas para o setor saúde passou a fazer parte da agenda estratégica do governo federal. Houve adoção de mudanças na estrutura governamental, com a inserção de técnicos e profissionais engajados com as questões relacionadas à formação e desenvolvimento dos trabalhadores que, ao assumirem funções estratégicas de decisão e gestão e cientes das inadequações e da necessidade de valorização do trabalho no SUS, proporcionaram a inclusão da educação na saúde como uma política de Estado.

Os desdobramentos dos debates nas conferências evidenciaram tanto a situação insustentável ao fato, da não existência de uma política de educação para os trabalhadores, como demonstrou a relevância da temática. Além disso, apontou mais uma vez, a necessidade do Estado se organizar e adotar estratégias para o desenvolvimento e qualificação dos trabalhadores. Para compreensão temporal e lógica do que sucedeu, na próxima seção se aprofunda sobre as medidas adotadas pelo governo federal que se revelam em marcos normativos para a estruturação da PNEPS.

1.1.5. Marcos normativos e estruturais para a implementação da PNEPS

A participação social e o engajamento dos profissionais nesse processo conferem a trajetória de luta e denotam, mais uma vez, medida acertada para conquistar direitos sociais e, no caso da EPS, entrar na agenda de compromissos dos governantes.

Em vista disso, a força de trabalho no SUS passa a ter mais evidência com a aprovação das propostas da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho em Saúde e da Educação na Saúde. Essa conferência precedeu as etapas municipais e estaduais e teve como objetivo propor diretrizes nacionais para a implementação da política de gestão dos trabalhos e da educação na saúde, tendo como referência a NOB/RH/SUS, portanto, sua realização é um dos desdobramentos de propostas das Conferências Nacionais de Recursos Humanos anteriores: a 1ª em 1986, a 2ª em 1992 e a 11ª em 2000, que aprovou os princípios e diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS – NOB/RH/SUS. A 3ª Conferência representou, também, uma estratégia para ampliar a participação e a corresponsabilidade dos diversos segmentos do SUS na execução dessa política (BRASIL, 2005; BRAVO, 2008).

Na ocasião, recomendaram-se as seguintes indicações: implantação do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) para o SUS; educação permanente; proteção social do trabalhador e regulação pública das especialidades a partir das necessidades de saúde da população e do SUS; desprecarização do trabalho; implementação da NOB/RH-SUS (Portaria nº. 830/1990).

Apesar das indicações apresentadas pelo conjunto dos atores que compõem a participação e o controle social no SUS, estas foram incluídas tardiamente na agenda dos governantes como estatuto de política pública. Primeiro, como Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH/SUS), por meio da Resolução nº 330/2004, do Conselho Nacional de Saúde; e depois, com a criação da SGTES que passou a estruturar e implementar uma política de educação permanente em saúde.

Bravo (2008, p. 18) destaca que as propostas aprovadas pela 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, ainda que tenham sido consideradas de grande importância, um avanço para a política de saúde e reconhecidamente “ações necessárias para viabilização da política, não foram efetivadas”. Questões centrais como universalização das ações, financiamento efetivo, Política de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, não têm sido implementadas, na conjuntura de retração do Estado quanto às questões do trabalho. Amplia-se cada vez mais o capital, implicando desafios aos defensores do projeto de reforma sanitária.

De todo modo, segue-se uma nova etapa que dá prosseguimento a essas mudanças. Com efeito, ocorreu com a criação, em 2003, da SGTES a qual tem dois departamentos: o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) (BRASIL, 2005).

Assim, a partir da constituição dessa estrutura administrativa no MS, a secretaria, dentre as suas atribuições, elaborou uma proposta de política para a educação na saúde no SUS, quando foi realizada a III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde em 2006. Com isso, percebe-se que o Ministério da Saúde, com a criação da SGTES, passou a dar maior visibilidade e prioridade à educação permanente em saúde e ganha o *status* de política. Nesta análise, observa-se, também, que foram necessárias três décadas para se institucionalizar a EPS, se formos considerar o ano em que foi apresentada como proposta de solução pela OPAS e a publicação da Portaria GM nº 198/2004 que a regulamenta.

Apesar do distanciamento de uma política de saúde democrática, entre 2003 e 2004 houve avanço, em função de o Ministério da Saúde, por meio da SGTES, estabelecer diretrizes e desenvolver um conjunto de ações a partir da ideia central da Política de Gestão do Trabalho

e da Educação na Saúde. Isso resultou na formulação da PNEPS, instituída pela Portaria nº 198/2004 a qual prevê, como principal estratégia, a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor.

Para condução da EPS, foi proposta a criação de conselhos nos estados que ficaram responsáveis pelo seu território para identificar e suprir demandas de formação e desenvolvimento de trabalhadores. Esse espaço agregou instituições de ensino, serviço, controle social, trabalhadores e movimentos sociais e, a partir da edição de portarias do Ministério da Saúde disponibilizando recursos, os polos propunham e, por consenso, aprovavam projetos a partir da realidade de necessidades demandadas pelas instituições e entidades que os compunham (BRASIL, 2004a, 2004b, 2004c; CECCIM, 2005; ANJOS, 2009; LEMOS, 2010; FERNANDES, 2016). São evidências apontadas por Viana (2018) no relatório de pesquisa e se constituíram em subsídios para as mudanças na política.

Essa nova condução da EP, levou às mudanças visando o aprimoramento da PNEPS reveladas e resultantes da pesquisa realizada pela Faculdade de Medicina da USP entre os anos de 2006/2007, tinha entre seus objetivos, identificar o estágio de desenvolvimento do Polo de Educação Permanente em Saúde (PEPS) e incrementar a eficácia da capacitação por meio de uma organização com maior capilaridade (USP, 2008).

Com a instituição do Pacto pela Saúde (2006) propondo mudanças na organização e no funcionamento do SUS, a Política de Educação Permanente sofre alteração com a edição da Portaria nº 1.996/2007 que estabelece as diretrizes da Política de Educação Permanente e a sistemática de repasse de recursos passou a se dar mediante elaboração de Plano de Ação Regional de EPS (PAREPS). Extinguem-se, também, os polos e constituem-se as CIES, que passam a acompanhar o formato regionalizado de espaços de pactuação preconizado pelo Pacto pela Saúde, sistemática mantida até hoje (BRAVO, 2008).

Com a instituição da PNEPS considerando os marcos dos princípios do SUS, podem-se observar avanços em duas dimensões. A primeira, pelas implicações com a adoção de uma concepção que se traduz no elenco de diretrizes a nortear o processo de gestão, planejamento e implementação das ações de EPS, junto com estados e municípios. E a segunda, pela concepção de EPS adotada no marco normativo que a considera como:

[...] o conceito pedagógico no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na reforma sanitária, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde (BRASIL, 2007).

Contudo, ainda que se apresente um deslocamento significativo como *status* de política, têm-se limites que se configuram como desafios, como, por exemplo, a disponibilidade financeira, em que as demandas de EP são enquadradas nas disponibilidades temporárias ou em valores reduzidos, se comparada ao orçamento de outras áreas, cujas implicações são disputas entre instituições pelos poucos recursos; outro desafio é romper com a compreensão reduzida de educação como transmissão de informação, oferta de cursos e não formação crítica e emancipatória (GADOTTI, 1991; MÉSZÁROS, 2008; FRANÇA, 2016).

Com essa diretriz, foram constituídos os PEPS, considerados lócus de articulação interinstitucional, que exigiam esforços das entidades participantes, responsáveis tanto pelos serviços como pelo ensino, em se manterem em constante diálogo para gerar processos educativos em consonância com as necessidades de saúde e contribuir para a reorganização dos serviços e reorientação dos modelos assistenciais (BRASIL, 2004c; FARAH, 2006).

De acordo com as orientações da PNEPS, regulamentadas pela Portaria GM nº. 198/2004 (e depois com a de nº. 1.996/2007, que alterou o processo de pactuação) as necessidades para formação e desenvolvimento de profissionais eram apresentadas em projetos que passavam a ser financiados pela União, e esta as direcionava a instituições proponentes e/ou executoras. O Ministério da Saúde apoiava a política e os projetos apresentados, por meio da SGTES-MS (BRASIL, 2007a).

Outra prerrogativa da Política Nacional é sobre a concepção de educação a reiterar que o aprender e o ensinar se incorporem ao cotidiano das organizações e que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde, estruturados a partir da problematização do processo de trabalho, tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial, do controle social em saúde e das instituições de ensino, objetivando a mudança das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2004a, 2004b; 2004c; CECCIM, 2005).

Esperava-se que, no âmbito do polo, as relações instituídas comprometessem os gestores com a formação de profissionais e docentes das instituições de ensino com o SUS, resultando em produção e disseminação de conhecimento comprometido em consolidar o sistema de saúde (BRASIL, 2004a). Contudo, essas experiências, algumas inovadoras, foram insuficientes para responder às demandas da formação para o SUS.

A nova configuração da PNEPS³⁸, com recentes diretrizes e organização, vem por meio de comissões e dispara a estruturação da EPS em âmbito estadual e municipal. Deixam de existir os PEPS e tem-se a inclusão das CIES no desenho das câmaras gestoras do SUS³⁹ em âmbito municipal, estadual e regional. Uma instância de formulação da política de formação dos trabalhadores do SUS, reproduzindo a mesma estrutura regionalizada, definida a partir do Pacto pela Saúde.

Essa nova organização regionalizada é apontada por Carvalho (2013, p. 16) como medida que fortalece o sistema de saúde localmente,

[...] com ênfase na municipalização, com regionalização ascendente e gestor único por esfera de governo. Regiões organizadas pelos municípios com a cooperação técnica dos Estados e do MS. É colocar nas mãos do município a decisão do quê e do como fazer saúde e os meios, principalmente o financeiro, para poder fazer. Poder perto da necessidade do povo é mais fácil de o cidadão controlar.

Ainda que se reconheçam avanços, é importante destacar, também, seus limites e, nessa direção, Menecucci; Costa e Machado, et al. (2018, p. 28-29), ao analisarem o Pacto pela Saúde, apontaram que este não se alterou a dinâmica das relações federativas. Reproduziu-se na área da saúde a centralização da União na formulação das políticas e, em decorrência, foram muito tímidos os avanços do processo de regionalização,

[...] a condução desse processo de descentralização “sofreu importante influência da esfera estadual e municipal, tendo o elevado grau de dissenso sobre as várias dimensões do Pacto pela Saúde”, seja ao conferir ampla autoridade legislativa à União e limitadas oportunidades de veto aos governos subnacionais, seja na adesão cartorial no processo de regionalização, criticada pelo CONASS (BRASIL, 2011a, p. 37).

Esses pontos críticos influenciaram a implementação da política de educação permanente que, mesmo de forma cartorial, tem sua importância reconhecida, conforme afirma Fernandes (2016, p. 99), a qual é considerada a “principal estratégia do SUS para a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor” devido ao seu caráter

³⁸ Ocorreu em 2006, em função da instituição do Pacto pela Saúde e, integrante deste, o Pacto de Gestão que constituiu o Bloco de Financiamento da Gestão e trouxe o componente federal para financiamento da PNEPS, via fundo a fundo.

³⁹ No desenho das câmaras gestoras do SUS, em âmbito estadual, situa-se a Comissão Intergestora Regional (CIR), no lócus regional, e a Comissão Intergestores Bipartites (CIB) como lócus de pactuação estadual. Nelas, a Secretaria de Estado de Saúde (SES) participa dos processos decisórios tomados em conjunto com os municípios, representados por seu órgão, o COSEMS; e oferece a base de organização para o funcionamento das CIRs e CIB, como também para as CIES, com a função de elaboração da PNEPS, para pactuação e tomada de decisão na esfera da CIR e CIB.

[...] orgânico entre o “ensino e as ações e serviços”, a “docência e a atenção a saúde” nas relações que ocorrem entre a formação e a gestão social; e a agregação entre aprendizado e reflexão crítica sobre o trabalho e a resolutividade das ações em saúde se colocam como condições para a instituição da educação permanente no SUS (FERNANDES, 2016, p. 99),

Com base nos autores citados, conclui-se que tanto a Portaria GM/MS nº 198/2004 e a nº 1996/2007 figuraram como medidas inovadoras: trata-se de marcos para o desenvolvimento do profissional na saúde e propiciaram aproximações significativas entre instituições de serviços, de ensino e do controle social. Também proporcionaram aos gestores e profissionais da saúde o exercício do debate e, em meio às tensões, construíram consensos indispensáveis à estruturação da política nos estados.

Ao reconhecer os avanços trazidos pelo SUS à saúde dos brasileiros, não se pode esquecer que estes acontecem nos limites do Estado capitalista⁴⁰; logo, são reformas necessárias para melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores, mas não suficientes para garantir transformações estruturais. Ou, ainda, em uma perspectiva de educação emancipadora (FREIRE, 1988; GADOTTI, 1984; MÉSZÁROS, 2008), tais avanços não transcendem o campo das reformas do Estado, circunscrito ao sistema vigente.

Sob o aspecto da intencionalidade, ao adotar a educação como estratégia para as transformações estruturais, esta, assenta-se numa compreensão crítica às escolhas que têm sido feitas pelo Estado. Isso porque, se houvesse empenho para formação de um perfil profissional para a cidadania (no seu sentido emancipatório, diferente da perspectiva de cidadania liberal) e não somente para o trabalho em saúde, certamente a EPS seria pauta número um em prioridade. As bases conceituais da EPS estão ao arripio do modelo de gestão em vigor no SUS. Então, não há intenção, de parte significativa dos governantes de se ter política efetiva de EPS porque ela questiona a ordem estabelecida e o estado não quer um EPS crítica e emancipadora.

Assim, em meio a avanços, ameaças e contradições que se apresentam e têm fragilizado as políticas sociais, notadamente a saúde, a educação permanente emerge como uma das possibilidades de promover mudanças nas práticas sanitárias e constitui-se, pela própria natureza, em mais um espaço de análise, reflexão e proposição. Desde a implantação da PNEPS, têm sido propiciados muitos espaços e ambientes de compartilhamento de saberes, os quais têm identificado necessidades que possam trazer melhorias e impactar mudanças no modelo de

⁴⁰ Estado capitalista é um conceito carregado de contradições, pois “é a única instituição que tem a capacidade de fazer com que os interesses sociais particulares possam aparecer como interesses de toda a sociedade” (OSORIO, 2014, p. 19).

saúde. Passaremos à próxima seção, com apresentação e discussão de algumas experiências de pesquisas, de organização de serviços de saúde, entre outras, impulsionadas e orientadas pela PNEPS.

1.1.6 Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: rastros e resistências

Mesmo que a EPS não tenha avançado numa perspectiva emancipadora e crítica, o marco normativo que tem sido arregimentado, nos seus limites, avançou, implementando experiências inovadoras de práticas no país afora, as quais se traduzem em pesquisas, estudos e mesmo organização de serviços.

A pesquisa conduzida por Fleury (2014) que contemplou mais de uma década⁴¹; apontou as práticas inovadoras impulsionadas pelo processo de descentralização e detectou continuidades de mudanças e retrocessos, como também avanços com alterações na estrutura e na dinâmica de gestão dos municípios e estados, dentre elas cabe destacar, algumas.

A dinâmica de gestão dos municípios, que passaram a gerenciar seus recursos para responder às responsabilidades legalmente recebidas, ao se juntar ao crescente movimento de consciência cidadã, resultante da pressão por serviços de melhor qualidade, incluindo aqui questão da eficiência da ação governamental e a revolução tecnologias e informações, entraram na pauta de prioridades dos gestores e permitiram o desenvolvimento de inovações em diversos campos da administração pública (FLEURY, 2014).

Entre as inovações relacionadas à gestão, identificadas por Fleury, tem-se o grau de autonomia dos/das gestores quanto ao principal recurso da área da saúde que são seus profissionais, que passou a ser efetuada por unidade específica das secretarias nos municípios de médios e grandes porte a gestão de recursos humanos da política de saúde, ainda centralizada na secretaria de administração da prefeitura como é o caso dos municípios de pequeno porte.

Entre as inovações relacionadas ao desenvolvimento profissional a autora registra a institucionalização da prática de oferta de cursos e treinamentos oferecidos pelo governo estadual ou federal em todas as regiões e portes, com maior difusão de políticas próprias de capacitação e educação permanente focadas nos problemas cotidianos, na equipe de trabalho e

⁴¹ A pesquisa privilegiou dois momentos do desenvolvimento do SUS: o ano de 1996, com a normatização da gestão plena da atenção básica e a gestão plena do sistema municipal, com ênfase na mudança do modelo de atenção – expansão do PSF e na indução à regionalização, com a Programação Pactuada Integrada (PPI); e o ano de 2006, em que se formulou o Pacto Pela Saúde, contemplado no pacto de gestão, pacto pela vida e o pacto em defesa do SUS (FLEURY, 2014).

que poderiam permitir a criação de identidade institucional. Inovações estas, incidentes na região sul e nos grandes municípios (FLEURY, 2014). Essas iniciativas certamente compõem as motivações para instituições da política de educação permanente.

Tanto o processo que resultou na autonomia dos gestores como a institucionalização da prática de oferta de cursos constituiu em ambiente fértil para expandir propostas de uma política de EPS, pois contribuem para ampliar o nível de qualificação e de profissionalização da saúde, assim como permite o planejamento de atividades de desenvolvimento de pessoas, o estabelecimento de parcerias, entre outras iniciativas.

Com a descentralização e as mudanças que se processavam no SUS, como a instituição da PNEPS, alguns estudos têm apontando seus contornos. A começar pela última estruturação da PNEPS, sob as bases da regionalização estudos revelam que foi polêmico na sua fase inicial, posto não ter fluído como desenhado (VIANA, 2008), ao referir que a condução e o desempenho das CIES não se configuraram como uma nova instância gestora da política de educação permanente. E, à medida que a atuação desse colegiado foi pouco expressiva e desarticulada, remeteu à necessidade da realização de ações que explicitassem as atribuições da CIES e de articulação macrorregional, a partir da vinculação com as Comissões Regionais no Estado, ou seja, o seu alinhamento com as macrorregiões de saúde.

Nessa mesma direção, a pesquisa do Observa RH/IMS/UERJ (FRANÇA, 2016) apontou dificuldades similares. Assinalou a falta de infraestrutura para desenvolver ações de EPS, baixa execução dos recursos destinados a essa política, fragilidade da integração com a área de educação, bem como a pulverização das ações entre os diferentes setores da própria área da saúde.

Com os resultados da avaliação realizada sobre a PNEPS em seus dois estágios de implantação (portarias 198 e 1996), conclui-se que o problema se repete no que tange à compreensão das atribuições e funções que os espaços de pactuação da EPS devem assumir. Para buscar superá-lo, exige-se sensibilização e mobilização para se chegar ao entendimento que lhe é devido e essa é uma tarefa da Secretaria de Estado de Saúde e do conjunto dos municípios, representados pelo COSEMS.

Assim, é de fundamental importância organizar e estruturar as diretrizes da PNEPS no âmbito estadual por meio da implementação de plano, considerando a realidade regional, observando os preceitos dessa política para buscar desmistificar a racionalidade mercadológica de intensificação da exploração do trabalhador e, assim, contribuir com a organização da resistência, tal como sugere a portaria.

Portanto, os desafios do SUS são muito maiores do que a EPS com a formação de um novo perfil profissional possa resolver; implica lutas em outras esferas, como as disputas pelo fundo público numa correlação de forças que, até então, têm fortalecido sempre o capital. Os gestores alegam falta de recursos, uma das justificativas recorrentes para a não realização de processos formativos, revelando o grau de prioridade que tem sido dado à EPS para o SUS.

Uma das abordagens encontradas na literatura, com pesquisas e produções teóricas desenvolvidas sobre educação permanente em saúde no Brasil, é a insuficiência de recursos e a dificuldade para sua utilização nas atividades da educação permanente. Esses obstáculos são referenciados por Ferraz et al. (2013), no estudo sobre a gestão de recursos financeiros da EPS e também por Campos et al. (2006, p. 47), embora já apontado como uma questão recorrente desde a época dos Polos, em que se referiam “à disponibilidade de recursos financeiros (atrasos e insuficiência) e necessidade de infraestrutura (instalações e equipamentos)”.

Entretanto, os autores apresentam a questão sem detalhar o quantitativo nem apontar uma análise qualitativa. O orçamento e financiamento público destinado às políticas sociais são uma pauta evidenciada especialmente no campo da política social, como aponta Salvador (2012, p. 2-3), ao afirmarem ser “alvo de disputa de interesses de diferentes forças privadas que buscam inserir suas demandas no orçamento estatal”. Estes trazem a centralidade do debate sobre fundo público e orçamento, pela relevância na gestão das políticas e, nesse contexto, insere-se a educação permanente em saúde, cujos dados e levantamentos sobre orçamento que lhes são destinados serão apresentados no final da tese.

Na mesma direção, França (2016, p. 330), ao analisar a política de EPS, destaca que os recursos disponibilizados pelo Ministério da Saúde para EPS são atrelados à formação técnica: “O que mais chama a atenção em relação aos recursos financeiros diz respeito à dificuldade de execução e à insuficiência para atender às demandas; as dificuldades apontadas são de natureza administrativa e de conteúdo jurídico legal”.

Trata-se de um tipo de “treinamento para atender”, já que as ações são desenvolvidas por “meio de oferta de capacitações e treinamentos, apoiadas no saber biomédico e fundamentadas em abordagem metodológica de transmissão unidirecional de informação, cujo propósito é o da atualização de procedimentos, protocolos e rotinas, em geral, baseando-se nas recomendações estabelecidas pelo Ministério da Saúde” (FERREIRA; BARBOSA; ESPOSTI & CRUZ, 2019, p. 234).

A prática do desenvolvimento profissional sustentado no saber biomédico carrega consigo a influência das elites brasileiras defensora de um padrão tradicional de cultura e organização social. A determinação do processo saúde-doença, no modelo de unicausalidade

determinado pelo modo de produção capitalista para velar as reais causas do adoecimento e morte, numa lógica individualizante e biologizante. Com o advento do SUS, e, na condição de dirigentes, essas elites passam a fazer parte dos governos locais eleitos, e na qualidade de gestores, em acordo à legislação, se revestem (da função) de atores políticos importantes na definição dos rumos da política de saúde. Esse empoderamento, ou seja, engajamento privilegiado, se junta ao fato de possuir elevada capacidade de articulação política, somada às suas posições, são as condições favoráveis, que, reunidas exercem influência na gestão do SUS, nas distintas esferas da governança (FLEURY, 2014).

Entretanto, esse exercício de poder, ainda que revestido de participativo, nem sempre dialoga com os diferentes contextos sociais e de classes. Logo, afeta e repercute diferentes áreas do SUS, como a educação permanente, diante da ausência de diversidade epistêmica, ou mesmo oferta tímida que tem sido proposta para o desenvolvimento profissional para o SUS.

É possível agregar a “limitação de participação” à denominada *prática de balcão*, que vigorou no MS, em que as demandas de formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS se resumiam em proposições casadas. Isto é: entre o interesse do financiamento pelo MS, e pleitos a ele apresentadas que nem sempre eram prioridades, mas, em função dos seus proponentes dispunham de engajamento privilegiado ou exerciam influência sobre a agenda dos governantes de plantão, o MS executava projeto e programas de cursos. O que se traduz com a conhecida compra de cursos. Assim, pode-se associar ou indicar como condição que exerce influência sobre esse processo, a afirmação de Fleury, ao argumentar que a

[...] construção nacional do Brasil, os governos locais foram associados a um modelo de organização política com entrelaçamento das esferas pública e privada, configuração essa expressa nas relações pessoalizadas entre agentes políticos e econômicos tradicionais e os (as) gestores (as) das administrações municipais (idem, 2014, p. 203).

O contraponto à prática de balcão veio com a instalação dos polos de EPS, uma proposição durante a gestão de governo federal de centro-esquerda, que passou a adotar medidas mais participativas como o Polo e potencializar as indicações advindas dos conselhos de saúde. E foi assim que se realizou em 2003, a 3ª CNRH e a Política de Gestão do Trabalho e da Educação para a Saúde.

Ainda sobre a ênfase do discurso biomédico, vale dizer que é comum se privilegiar a realização de capacitações tradicionais sobre protocolos para atendimento aos programas de tuberculose, hanseníase, sala de vacinas, entre outras, compreendidas como educação continuada e, por vezes, são necessárias e devem ser realizadas, entretanto, sem perder de vista a “educação que pensa o trabalho” e a “educação que pensa a produção do mundo”, como

lembram Ceccim e Feuerwerker (2004). Assim, para além de organizar e realizar tais ações como pacotes programáticos pontuais, convém considerar que tratam de possibilitar que os sujeitos ocupem seu lugar nesse processo de construção e, nessa direção, inserem-se no processo de educação permanente (FERREIRA; BARBOSA; ESPOSTI & CRUZ, 2019).

As dificuldades apontadas por França (2016, p. 330) também foram vivenciadas em Mato Grosso pela Escola de Saúde Pública, em função da burocracia na formalização dos processos de pagamentos das horas-aulas dos docentes contratados e a diversidade de normas para efetuar esses pagamentos que sofriam atrasos e, muitos, nem chegaram a receber pelos serviços prestados. Souza (2017) apontou, como trabalho de curso de especialização em Gestão do Trabalho e Educação, uma minuta de projeto de lei para implantação da bolsa-gratificação aos docentes que ministrarem aulas na área da saúde, como alternativa para resolver o problema da hora-aula.

A questão orçamentária que permeia a EPS no Brasil (sua falta ou insuficiência) é uma pauta antiga, que tem se arrastado até hoje e, em 1992, na IX Conferência Nacional de Saúde, uma das recomendações para os gestores foi a de destinarem recursos ao desenvolvimento e à formação de pessoal, ou seja, uma proposta ainda bastante atual (GIGANTE; CAMPOS, 2016). Portanto, trata-se de uma reivindicação que emergiu de necessidades identificadas ao longo da construção do SUS e se configura como uma preocupação contida nos textos dos governantes, que se mantém como um nó crítico que obstaculiza o processo de consolidar a PNEPS.

Observa-se que essa insuficiência de recursos financeiros e a falta de infraestrutura são questões que permeiam a PNEPS desde sua primeira edição e, mais recentemente, com as novas diretrizes editadas para sua implementação, esses obstáculos persistem, conforme afirma França (2016, p. 329): “As preocupações com os recursos financeiros insuficientes que se agravam com as dificuldades técnicas e operacionais na execução destes recursos”. Esses fatores limitadores demonstram a fragilidade dessa política que não tem sido priorizada pelos governos nas três esferas de gestão.

A situação de retração de investimento público para as políticas sociais, burocracia para aplicação de recursos quando eles existem, tem sido maior com a ascensão do presidente Bolsonaro, devido à apresentação de medidas provisórias e projetos de lei com retirada de direitos e com a extinção-fusão de algumas secretarias no Ministério⁴² com repaginação ou

⁴² Foram instituídas como novas secretarias: de atenção primária à saúde, no lugar da atenção básica; secretaria especializada à saúde, que agrega serviços de alta complexidade, urgência e emergência, anteriormente vinculada a secretaria de vigilância à saúde; diretoria de integridade (decretos: nº 9.795 de 1/05/2019 - DOU de 20/5/2019; nº 9816/2019; nº 10477/2020).

criação de outras. E, sobre as quais, pode-se dizer, uma contrarreforma à medida que agregou atribuições em algumas, com outras nomeações e inclusões de novas diretorias e departamentos.

Retomando outro aspecto demonstrado nos estudos, trata-se da diferença que se atribui à EPS e educação continuada; embora a EPS tenha sido publicada e regulamentada como política de formação para o SUS, alguns estudos mostram que ela não se consolidou e concorre com a educação continuada, ainda muito expressiva (FRANÇA, 2016). Ainda assim, a produção de conhecimento sobre o tema tem sido bastante extensa.

Na revisão de literatura, aponta-se o estágio das pesquisas sobre educação permanente em saúde no Brasil nos últimos dez anos; elas, em geral, têm sido discutidas entre profissionais de enfermagem e serviço social (FIGUEIREDO et al., 2017).

O estudo de Figueiredo et al. (2017, p. 148) sobre a “carência de sistematização do conhecimento produzido desde a publicação da primeira portaria da PNEPS no Brasil em 2004”, investigou, em bancos de dados, a produção de teses e dissertações no período de dez anos, desde a primeira edição dessa política. Entre os resultados, destacamos: concentração de estudos no campo das políticas de saúde, seguida da atenção básica e ensino; categorização de referências utilizadas, as publicações do MS, referências de autores diversos e aquelas relacionadas ao método adotado.

Assim, nota-se a conformação que a PNEPS vem assumindo e a motivação visando a sistematizar a produção científica sobre a EPS dedicada à educação e à formação de trabalhadores da saúde. Outro destaque é a concentração de publicações na região Sul e Sudeste do Brasil. Segundo Figueiredo et al. (2017), pode-se atribuir essa prevalência à distribuição da oferta de programas de pós-graduação pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e por serem essas regiões as mais destacadas em publicações. Contudo, o que despertou a nossa atenção foi a produção do Centro-Oeste, com dois estudos da UnB, dois da Universidade Federal de Goiás (UFG) e duas de Mato Grosso. São indicações das desigualdades regionais em termos de publicação como também da necessidade de incentivar a sistematização do conhecimento para suprir ou diminuir essa lacuna na comunidade científica.

Buscou-se, ainda, conhecer as mudanças, ou possíveis mudanças, no processo de trabalho decorrente da EPS. Para tanto, a pesquisa de Silva et al. (2016) permitiu verificar a prevalência de práticas educativas distantes do que orienta a PNEPS; os resultados apontaram o conhecimento limitado sobre EP por enfermeiros das UBS e hospitais de cidades do Rio Grande do Sul, assim como o desconhecimento das formas de avaliação das ações educativas.

As respostas desse estudo são indicações do processo de saturação das práticas educativas que não respondem à dinâmica do cotidiano do trabalho, e de se apresentarem como obstáculo para inverter a lógica de oferta de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde. Segundo seus autores, no processo de avaliação que realizaram ficou demonstrado que a educação no trabalho é desenvolvida de forma compartimentada, pontual, assistemática e as avaliações educativas são incipientes e não contribuem para o aperfeiçoamento do processo educativo.

Essas conclusões convergem para as recomendações de Gigante e Campos (2016) quanto à necessidade de se investir em pesquisas e acompanhamento das atividades educativas para que haja trabalhadores críticos e em condições de promover “mudanças significativas na formação e contínuo e permanente desenvolvimento de pessoal” que, processualmente, altere o modelo de práticas educativas (SILVA et al., 2016, p. 766).

A produção de Peres, Silva & Barba (2016) também aborda ações pontuais e descontínuas de atividades educativas, favorecidas pelo desconhecimento dos gestores quanto à EPS. Segundo as autoras, que pesquisaram analisando potencialidades e desafios do processo de EPS, o destaque é o contexto político, pois o desconhecimento sobre a EPS tem motivação na ruptura de planos em razão da alternância de governo e alteração de funções no quadro de funcionários, já que houve sucessivas trocas de gestores no município pesquisado; outras experiências, como representatividade nos colegiados de discussão, foram abandonadas ou ignoradas.

Entre as indicações para essa fragilidade apontada pela pesquisa estão: confusão intencional da compreensão sobre política de governo com política de Estado; ausência de plano de EPS e de coordenação para liderar as ações relacionadas à EPS que, segundo as autoras, geraram outras consequências, como a falta de diálogo entre gestores e trabalhadores, a realização de ações educativas centralizadas, contraditoriamente às orientações contidas na PNEPS (PERES; SILVA BARBA; 2016).

Um ponto que nos chamou a atenção nesse contexto de desconhecimento, dificuldade de compreensão da política e fragilidades, foi o destaque das autoras ao “impasse” gerado para a estruturação da EPS nos municípios, ao afirmarem: “Se os gestores não compreenderem a importância da EPS e não conhecerem a política que a consubstancia, não haverá esforços para que ela seja colocada em prática nos serviços de saúde” (PERES; SILVA; BARBA, 2016, p. 793). Essa observação e a falta de planejamento ou do Plano de Ação Regional de EPS são elementos geradores de impotência e demonstram que o desafio para efetivar a política requer

articulação entre coletivos, posto que o fato de existir a normativa, o marco legal, não é suficiente para se atribuir a existência dessa política ou sua implementação.

Na direção contrária às observações da experiência do Sudeste, de Peres, Silva e Barba, quanto ao apoio político de gestores, a pesquisa de Lima, Albuquerque e Wenceslau (2014) trata da iniciativa da gestão ao propor a estruturação de um novo modelo de saúde, denominado Recife em Defesa da Vida; estes dispunham, como diretriz, analisar o cotidiano dos serviços e as práticas de saúde, visando a melhorias do cuidado, à ampliação das práticas clínicas e qualificação do trabalho em equipe, entre outras medidas, e contaram com apoio da gestão. Observa-se que são experiências distintas das desenvolvidas no Centro-oeste e no Sudeste.

O estudo identificou, por meio de entrevista com gestores, o uso da EP como ferramenta de mudança, a partir da apropriação de novos dispositivos⁴³ de trabalho na Atenção Primária à Saúde. Foi demonstrada, como resultado, a apropriação adequada do conceito de EPS pelos gestores da Atenção Básica e da Gestão do Trabalho, como também a compreensão de que educação permanente e educação continuada são iguais, por parte dos gestores da Vigilância em Saúde. Como dificuldade, nota-se que persistem as evidências de outros estudos quanto à “fragmentação das ações educativas pelos diversos setores” [...], denotando pouca priorização da política (LIMA; ALBUQUERQUE & WENCESLAU, 2014 p. 438).

Outra observação é que, com a EPS, “... a partir das dificuldades do dia a dia, evidenciou-se aquilo que a gestão acreditava importante para qualificar os trabalhadores e melhorar as ações de saúde” (LIMA; ALBUQUERQUE & WENCESLAU, 2014 p. 438). Isso revela um dos princípios da PNEPS, de que as indicações de ações educativas sejam motivadas pelas necessidades objetivas do trabalho, ou seja, as propostas de ações surgiram das dificuldades encontradas no cotidiano e não do que a gestão definiu como importante para qualificação dos trabalhadores. Todavia, as autoras lamentam o pouco investimento quanto à compreensão do conceito de EPS pelos gestores, o que representa um desafio a ser superado em conjunto com as universidades.

Embora haja confusões conceituais, entre outros aspectos, a desafiarem a implementação da PNEPS, nota-se que tem havido deslocamento positivo no processo de

⁴³ Os dispositivos são: apoio matricial; projeto terapêutico singular (PTS); movimento de coprodução e cogestão do processo terapêutico de indivíduos ou coletivos em situação de vulnerabilidade que necessitam de construção coletiva; apoio institucional; composição de equipes; análise do trabalho institucional nas equipes; consulta compartilhada para discussão de casos clínicos (interprofissionais) e reuniões dos profissionais por microrregião; espaço coletivo para discussão e falarem dos conflitos, combinarem formas de trabalhar e firmarem compromissos; diagnóstico compartilhado no trabalho das equipes de saúde da família.

implementação dessa política, porém ainda precisa avançar, posto que a formação dos profissionais de saúde é um dos pilares de sustentação do SUS.

Ainda nessa direção de apontar soluções, destacam-se as que exploram o tema EPS na sua dimensão política como dispositivo para promover transformações. Pereira L. (2018, p. 16) analisou elementos da micropolítica do trabalho em saúde a partir da reestruturação da PEPS no ambiente hospitalar e revelou dois movimentos: o “descendente” que trata dos processos institucionais para viabilizar a reestruturação da EPS e o “ascendente” que inclui o olhar do trabalhador sobre o potencial do trabalho para os processos de ensino-aprendizagem, os diferentes modos de aprender, cujos ganhos superam os aspectos técnicos e repercutem na vida.

Essa análise converge para diretrizes da PNEPS, ao defender “que a educação para o trabalho em saúde não se restringe à transferência de recursos cognitivos, mas também deve centrar-se na formação de protagonistas do setor da saúde”. Outro aspecto explorado por essa autora refere-se ao apoio da gestão, considerado fundamental para que a EPS, como dispositivo de recomposição das práticas de atenção, possa contribuir na “melhoria do SUS, ao possibilitar momentos e espaços de reflexão, criticidade, criatividade e proposições para o agir no cotidiano do trabalho”.

Já Signor et al. (2015, p. 5), ao analisarem a EPS, além de apontarem a necessidade de desenvolver atividades educativas, reiteraram observações já apontadas por outros estudos, como ser “fundamental que haja comprometimento dos gestores” para que as práticas educativas em saúde voltadas ao aperfeiçoamento individual e coletivo alcancem a sua “finalidade de melhoria da qualidade de vida dos usuários e a qualificação do processo de trabalho”. Essa, aliás, é uma das indicações da PNEPS como responsabilidade do gestor, e os autores (2015, p. 9) relatam como um desafio que se junta à atenção à saúde, já que “tem um caráter eminentemente de resolução pontual do processo de doença e as ações educativas em saúde ficam em planos secundários”.

Outra produção que merece destaque é o estudo sobre a percepção da EP na atenção primária à saúde. A partir da análise de 42 publicações científicas, Ramos, Quiulo e Andrade (2018, p. 35-36) relatam que os resultados

[...] evidenciam que existe certa fragilidade na implementação da EPS na APS devido a não credibilidade por parte dos profissionais, o desconhecimento da EPS e a falta de apoio da gestão. Salienta-se a necessidade da introdução teórico-prática da temática nos cursos de graduação. Concluímos que os gestores e profissionais devem adotar um novo olhar sobre a EPS.

Apesar do reconhecimento da EPS e a necessária implementação da APS apontada no estudo, foi possível observar dois aspectos relevantes: 1) a prática da EPS é bastante divulgada, mas, ainda no campo da atenção básica, o espaço adotado como estratégia para a melhoria da qualidade da assistência requer constantes mudanças na atenção à saúde, mesmo assim, a EPS tem sido pouco explorada ou uma prática ainda não adotada; 2) “fato de não haver apoio da gestão, a crença de que a EPS não é efetiva ou a falta de conhecimentos teóricos” (RAMOS; QUIULO; ANDRADE, 2018, p. 37).

De acordo com as percepções supracitadas e as de Silva et al. (2014) e Cunha (2014), observa-se a necessidade do apoio de gestores para que se desenvolva a EPS. O papel político de gestores, necessariamente, deve permear a EPS como espaço potente, de reflexão, de produção de subjetividade de mudança (PEREIRA L. 2018).

Outro aspecto que merece destaque, nesse caso, é que passe a constar na agenda dos gestores como estratégia de atuação. Ao contemplar, no Pacto de Gestão, as diretrizes para a educação na saúde, nota-se que, em pelo menos duas delas⁴⁴ (BRASIL, 2006b), há o reconhecimento da PNEPS. Uma a reafirma como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de seus trabalhadores, tendo como orientação os princípios da EP; e a outra aponta para a proposição de ações para formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde para atenderem às necessidades do SUS como produto de cooperação técnica, articulação e diálogo entre os gestores das três esferas de governo, com as instituições de ensino, serviços e o controle social e contemplam ações no campo da formação e do trabalho.

Aqui, é preciso lembrar que o SUS cumpriu as recomendações impostas pelo neoliberalismo, pois a saúde se tornou um sistema unificado que gerou milhares de empregos e ampliou, sobremaneira, os serviços à população de forma unificada e descentralizada, com a cooperação de organismos internacionais, cujas ações se voltam para países periféricos objetivando atender ao mercado (MACHADO, 2006a).

⁴⁴ Outras são: avançar na implementação da PNEPS por meio da compreensão dos conceitos de formação e educação permanente para adequá-los às distintas lógicas e especificidades; considerar a EP parte essencial de uma política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para a qualificação do SUS e que comporta a adoção de diferentes metodologias e técnicas de ensino-aprendizagem inovadoras, entre outras coisas; assumir o compromisso de discutir e avaliar os processos e desdobramentos da implementação da PNEPS para ajustes necessários, atualizando-a conforme as experiências de implementação, assegurando a inserção dos municípios e estados neste processo; buscar a revisão da normatização vigente que institui a PNEPS, contemplando a consequente e efetiva descentralização das atividades de planejamento, monitoramento, avaliação e execução orçamentária da EP para o trabalho no SUS; centrar o planejamento, programação e acompanhamento das atividades educativas e consequentes alocações de recursos na lógica de fortalecimento e qualificação do SUS e atendimento das necessidades sociais em saúde.

Dentre as recomendações da força neoliberal, pode-se incluir o atendimento do SUS aos preceitos dos organismos multilaterais por ocasião das proposições para sua reorganização e da municipalização, concebidas no PSF em 1993. O Unicef mostrou-se interessado em apoiar programas de atenção básica e passou a dar suporte financeiro e técnico ao PSF, fazendo a ponte entre técnicos e o ministro da Saúde (VIANA; DAL POZ, 2005).

O Unicef junta-se ao BM, pelos propósitos já demonstrados pelo BM desde 1980, quando passou a participar no setor saúde e assumiu a liderança do desenvolvimento global da agenda para as políticas do setor, apoiando projetos que fortalecem o ajuste estrutural na transição econômica para o neoliberalismo (CISLAGHI, 2015; RIZOTTO, 2000).

Entre outras iniciativas do BM (a serem *discutidas posteriormente*), tem-se que, à época, esse banco propôs mudanças simplistas como alternativa de redução de gastos públicos para favorecer o mercado privado. Propunha a redução do custo-benefício das ações do setor, ao fazer imposição de um padrão empresarial privado associado à mudança no tipo de assistência prestada como medida de redução de gastos na saúde. Ou seja, da assistência médica curativa para a preventiva, de serviços complexos para a assistência primária, de hospitais para ambulatorios. Sob essa lógica, idealizou-se a criação de serviços de saúde que, limitados à atenção básica, com procedimentos simples e baratos e por profissionais pouco qualificados. Ou seja: um sistema de saúde pública para os pobres que, de encontro aos princípios organizativos do SUS, propiciou a expansão da atenção básica, aumentou a força de trabalho com contratos precários que afetam a solução de continuidade dos serviços (SOARES, 1999; CISLAGHI, 2015).

Portanto, essa cooperação favoreceu tanto a estruturação quanto a ampliação de serviços de saúde pública em todo o país (caso do PSF), o que, em certa medida, supriu a insuficiência de profissionais ao atender, na ocasião, à necessidade, apesar da ausência de uma política de gestão do trabalho e da persistência, até os dias atuais.

Essas determinações vão impactar diretamente as condições de trabalho, carreira e formação dos trabalhadores do SUS e se expressam pela falta de prioridade em atender às suas demandas, como já apontado. Estas só vão ser retomadas em 2003, no governo de Luiz Inácio Lula da Silva, com a reestruturação do Ministério da Saúde, a criação da SGTES e o DEGES, dando maior visibilidade à gestão de pessoas no SUS, inserida na pauta de prioridade da política de saúde.

A propósito, Dias et al. (2013, p. 1614) apresentam uma cronologia das principais ações de reorientação da formação profissional em saúde para o SUS as quais, além de sugerir “a presença inconstante do tema nos espaços de construção das políticas”, indicam “as limitações

de ensino e as inadequações do perfil profissional frente às necessidades da população”. Lacunas, segundo os autores, evidenciadas nas conferências, tanto de saúde como nas específicas de recursos humanos, além do destaque ao caráter tardio da aproximação entre os ministérios da Saúde e da Educação.

Antevendo o que viria a ser a EPS, em 2003, eles destacam a integração docente-assistencial, as redes de projetos e o papel das universidades no período 1980-2002, com os programas de Integração Docente Assistencial (IDA) e o Projeto Uma Nova Iniciativa (UNI) propondo formação profissional com inserção de alunos em unidades de atenção primária, articulando a academia e os serviços de saúde para a multiprofissionalidade, o fortalecimento dos componentes curriculares (estágios obrigatórios na comunidade, a ênfase em disciplinas que utilizassem a epidemiologia) e a aposta nos serviços representados pelos SILOS⁴⁵.

A experiência evidenciou a “preocupação com o debate sobre a política de saúde [...], a atuação do Ministério da Saúde na ordenação da formação dos profissionais da área, [...] bastante limitada, sem evidências de uma articulação mais substantiva entre os Ministérios da Saúde e da Educação, de modo a viabilizar mudanças curriculares e atendessem às necessidades do sistema” (DIAS et al., 2013, p. 1615).

Observa-se que, mesmo no cenário desfavorável, de orientação neoliberal, a execução dos projetos para formação desse novo perfil profissional expressa a participação nas universidades, além da articulação em torno das experiências para formação profissional com a inserção de estudantes nos serviços de saúde.

Outras experiências, tanto de integração docente-assistencial quanto de reorientação profissional, foram sendo acumuladas e adensaram saberes e práticas, apontando fragilidades que impulsionaram a implantação da PNEPS em 2004.

Entre as experiências dessa integração estão iniciativas como o Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED), Curso de Ativadores de Mudança, oferecido pela Fundação Oswaldo Cruz, por meio do Programa Universidade Aberta do Brasil (UAB). O AprenderSUS, com o projeto EnsinaSUS, contemplou pesquisas e experiências inovadoras na formação e educação permanente, com referenciais teóricos para o campo; a criação, em 2004, do Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde

⁴⁵ Instituição dos sistemas locais de saúde, a partir do aprofundamento da municipalização da gestão dos serviços de saúde, em consideração a máxima que a gestão nesse nível precisa ser competente para avaliar a qualidade das ações e intervir para melhoria da eficácia, efetividade e resolutividade (PINHO, 1995).

(FNEPAS), um importante espaço de debates da formação na área, indicando ampliação do conjunto de atores e instituições mobilizadas; o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), delineado em um contexto de grandes desafios na implementação das estratégias reformuladoras da formação para o SUS; em 2007, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde), visando fortalecer a cooperação interministerial saúde e educação (GONZALEZ; ALMEIDA, 2010; TEIXEIRA; PAIM, 1996; ENSP, 2006).

Dentre os novos programas, destacam-se o Pet-Saúde, voltado à qualificação de estudantes de graduação e pós-graduação, na rede de serviços, por meio de vivência, estágios, iniciação ao trabalho e o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE).

Ressalta-se que, além dessas iniciativas e experiências, a conjuntura brasileira passa a ser permeada de expectativas para avançar com o projeto da reforma sanitária, em especial, com políticas visando o desenvolvimento e formação da força de trabalho da saúde, após a vitória nas eleições presidenciais de um candidato de centro-esquerda.

No governo do presidente Lula, em função de ser uma liderança representante da classe operária, com experiência acumulada de organização política, tinha-se uma enorme expectativa em avançar com relação às políticas sociais, à participação, na redução das desigualdades, no enfrentamento das políticas de ajuste, frente às “dificuldades do cenário internacional com a pressão dos mercados e do capitalismo financeiro”. Contudo, o que se passou a assistir, desse período em diante, foi um distanciamento do ideário da reforma sanitária na saúde. Houve uma continuidade da política de saúde dos anos de 1990, intensificando-se a “precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e a falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social” (BRAVO, 2008, p. 17-18).

Nesse percurso, cada vez mais os direitos sociais são ameaçados, seja em função da justificativa do endividamento público (já discutido anteriormente), de redução de gastos com as políticas sociais, ampliação do setor privado no sistema, que deveria ser complementar, conforme previsto na Lei 8.080/90, em que passa a ocupar a centralidade, com vendas de serviços de alta complexidade, gestão de unidades e serviços, entre outros, efetuados pelas Organizações Sociais (OSs) e Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs)⁴⁶;

⁴⁶ OSCIPs, instituídas por Lei Federal nº 9.790, em 23/03/1999, na esfera do federal de governo, propõem “a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, e institui e disciplina o Termo de Parceria”, como Contrato de Gestão firmado entre o Poder Público e a entidade qualificada como Organização Social (CONCEIÇÃO, 2008; GONÇALVES, 1998; PIETRO, 2002).

como exemplo disso, cita-se os hospitais universitários sob a direção das Empresas Brasileiras de Serviços Hospitalares [EBSERH] (BRAVO, 2008).

A participação do setor privado no SUS gera tensão e conflitos e coloca em risco o serviço pensado pelo MRSB e regulamentado constitucionalmente, pois, conforme alerta Bahia (2018, p. 12), “estamos diante de uma feroz competição política entre público e privado por recursos materiais e simbólicos, apresentada candidamente como “desoneração” que perpassa o sistema público”. São disputas que têm ocorrido ao longo da existência do SUS e tendem a permanecer, de forma silenciosa ou pouco compreendida, com propostas de mudanças antidemocratizantes, cujo prejuízo sobrecarrega a população que já tem dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

São, portanto, demonstrações do encolhimento do espaço público democrático, dos direitos sociais e ampliação do espaço privado, ligados às atividades de produção econômica que se refletem na gestão de pessoas e nas condições e relações de trabalho cada vez mais precarizadas, decorrentes, especialmente, dos processos de privatização e terceirização da força de trabalho no SUS. Esses ataques foram maiores no governo Temer e está se aprofundando a partir de 2019 com o governo Bolsonaro.

Assim, esse encolhimento do espaço público, com a expansão da participação do setor privado no SUS, entre outras ameaças, já referidas, tem reverberado no modo de condução da EPS.

Entretanto, voltando ao governo Lula, foi o período em que se evidenciam grandes passos na caminhada para a política de EPS, como a normatização da PNEPS, além de questões relativas à força de trabalho terem sido postas em debate pelos gestores, embora nem todas tenham resultado em respostas que sanassem os problemas.

A PNEPS, vinculada à SGTES, criada após a reestruturação do MS, é considerada o principal instrumento federal para mobilizar as ações gerenciais no campo do trabalho e da formação, com vistas a valorizar e qualificar os trabalhadores da área⁴⁷. Tem o propósito de equacionar os problemas existentes na área e definir políticas, articulando, por um lado, ações vinculadas ao Ministério da Educação e do Trabalho, o Legislativo e a sociedade civil e, de outro, as demandas das instâncias federativas gestoras do sistema. Assim, assume papel

⁴⁷ Brasil. Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 10/6/2003.

estratégico pelo desenvolvimento de uma Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde (PNRHS) para o efetivo desempenho do SUS, entre outras atribuições (BRASIL; 2004b)⁴⁸.

Nesse contexto de organização administrativa, o PNEPS emerge e, em todo o país, intensificam-se ações e medidas tanto na estruturação como na articulação de espaços de tomada de decisões relacionadas à EPS (PEPS e, posteriormente, as CIES como instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da EPS); e, principalmente, houve intensa execução de projetos e programas, deliberados nas instâncias de decisão da EPS como os PEPS/CIES, a partir dos recursos disponibilizados pelo MS; voltados ao desenvolvimento e formação da força de trabalho por iniciativas das instituições de saúde e de ensino e pesquisa.

Esse período é considerado um marco para a área, por incorporar temas acumulados ao longo de anos os quais já haviam sido antecipados nas conferências de saúde. Logo, passa-se a fomentar o debate sobre PCCS da saúde: Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS; Mesas de Negociação Permanente do SUS (MNP-SUS); qualificação da gestão do trabalho e da educação no SUS, entre outros que se materializaram em programas, políticas, ou, mesmo, com pouco avanço, como é o caso da MNP.

Apesar da importância reconhecida pela criação da SGTES, com a instituição da PNEPS evidenciando a agenda das relações de trabalho no setor, as ameaças se mantiveram presentes em função da adoção da política neoliberal; assim, a PNEPS não ficou isenta desses ataques. Entre os fatores que a afetam, o processo de privatização do serviço público, que se apresenta como modernização, mas retrocede à administração patrimonialista e ao clientelismo, com a instalação de OSs, fundações estatais de direito privado que se relacionam com o Poder Público para executar atividades e não são obrigadas a observar as regras do direito.

Nessas condições, recebem recursos públicos, prestam serviços ao SUS, mas não seguem as suas prerrogativas, pois substituem os concursos públicos e dos empregos com estabilidade por contratos em regime da Consolidação das Leis de Trabalho (CLT), definem contratos, salários, com remunerações dos trabalhadores de forma diferente e com plano de carreira próprio. Esse regime reduz a autonomia dos profissionais, limita a capacidade de organização e reivindicação, uma vez que os contratos podem cessar se os trabalhadores não corresponderem ao projeto do empregador; o que lhe interessa é o aumento da produtividade do trabalho, gastando menos recursos (CISLAGHI, 2015, p. 123).

⁴⁸ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde. Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde: agenda positiva. Brasília: MS; 2004.

Assim, fogem à pauta questões relacionadas ao desenvolvimento e formação dos trabalhadores da saúde, trazendo, como implicações: a necessidade de o trabalhador ter mais de um vínculo de trabalho, pois a remuneração é insuficiente; jornada de trabalho extenuante; indisponibilidade para participar de processos de educação permanente e sem oportunidade de reivindicar, face à rotatividade e à competitividade. E, especificamente quanto aos trabalhadores do SUS, nota-se o enfraquecimento do regime de trabalho público, ou seja, regime jurídico único, ao se reduzir o compromisso dos profissionais, além da não oferta de concurso (CISLAGHI, 2015, p. 124).

O desafio central que se impõe à EPS é dar continuidade ao debate sobre processos de formação e desenvolvimento, como: tentativas da ampliação do acesso de todos os trabalhadores a esses processos, acelerar o crescimento desse debate para que a PNEPS seja implantada nas diferentes esferas de governo, fortalecer a participação nas instâncias de decisões, de modo a garantir investimentos específicos para a EPS.

Entretanto, a necessidade de avançar na implementação da PNEPS, encontrou, na última década, barreiras de ações governamentais voltadas a EPS, especialmente a partir do impeachment em 2016 e do governo de Michel Temer, se considerar os governos que lhe antecederam.

Opostamente, os governos de Luís Inácio Lula da Silva e de Dilma Rousseff, que correspondem respectivamente aos períodos de 2003-2011 e 2001-2016, estão marcados historicamente porque foram empreendidas pautas significativas na trajetória da PNEPS desde a criação da SGTES em 2003, visando à qualificação e reorientação da formação; a regulação profissional, as relações de trabalho e carreiras no SUS, como ampliação do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (2011), o Programa Mais Médicos⁴⁹ (2013) e novas abordagens e discussões epistemológicas que passaram a compor agenda dos gestores naquilo que concerne à educação em saúde, como de gênero, raça, povos originários, sem esquecer que as questões neoliberais também se fizeram presentes nestes governos.

Entre essas, algumas se traduziram em programas e/ou políticas que ganharam densidade e sedimentaram respostas como a política de saúde indígena, da população negra.

⁴⁹ Além de perseguir a meta de suficiência de médicos no SUS, fomentou o aprimoramento da formação médica com integração ensino-serviço e aperfeiçoamento da prática profissional e definiu-se a obrigatoriedade de o primeiro ano de residência médica, em especialidades selecionadas, ser realizado na atenção básica ou na urgência e emergência no SUS (DIAS, LIMA, TEIXEIRA, 2013).

Como exemplo, a ESP/SES-MT⁵⁰ realizou formação de técnico em enfermagem para indígenas (2008-2011), e qualificação em auxiliar de saúde bucal indígena (2010-2011). Ofertas sustentadas em justificativas como a PNEPS (portaria nº 1996/2007), as diretrizes para a implementação do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS, portaria nº 3.189/2009); a lei 11.889/2008, que regulamenta o exercício das profissões de Técnico de Saúde Bucal (TSB) e de Auxiliar de Saúde Bucal (ASB).

Acrescentam-se também a realização de oficinas, capacitações sobre saúde da população negra a partir da aprovação desta Política pelo Conselho Nacional de Saúde (10/11/2006). Merece destaque ainda o reconhecimento oficial por parte do MS da existência do racismo institucional nas instâncias do SUS (BRASIL, 2003b)

Nota-se, portanto, que essa época foi marcante, com intensos movimentos em que a EPS se tornou pauta prioritária na agenda das ações governamentais. Trata-se de um avanço se comparado à ausência de debates na década atual por parte do governo federal ao marcar sua posição de não promover discussões dessas epistemologias, interrompendo assim uma trajetória de experiências e acúmulo que então constituía a política de educação permanente.

Aquele período que consideramos auge da EPS também reuniu as principais estratégias de reorientação de formação a partir do financiamento federal da política⁵¹, representando avanço para a área de recursos humanos em saúde, conferindo-lhe o patamar estratégico de proposição governamental (DIAS et al., 2013), que sofrerá a partir de 2016, com uma atuação tímida, para não dizer em declínio, de ações por parte do governo central que só terá evidência no final do ano de 2017 com a edição da portaria GM nº 1996, resultado do processo de atualização da PNEPS, que disponibiliza recursos estimulando os estados e municípios para incrementar a política nas suas respectivas regiões.

Conseqüentemente, a partir do governo Temer a aparência é de que as discussões sobre as necessidades da realidade de saúde estacionaram no tempo, ou não eram visibilizadas, à medida que abordagens de novas epistemologias que se fizeram presente nos governos anteriores não compunham a pauta deste governo, com a mesma evidência e ênfase a que se atribuiu nos debates e discussões ocorridas anteriormente.

⁵⁰ Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso. Estabelecimento de Ensino Oficial do Sistema Estadual de Ensino Grosso instituída pela Lei Complementar 161/04, publicada no Diário Oficial de Mato Grosso em 29 de março de 2004, como a executora da política de recursos humanos do SUS-MT.

⁵¹ Dias et al. (2013) relata que os gastos com a área de educação na saúde acompanharam a evolução empregados na faixa de R\$ 550 milhões em 2006; 280 milhões em 2012, e a partir de 2012 ampliados para 799 milhões, ultrapassaram R\$ 1 bilhão em 2012 com recuo em 2015.

1.1.7 O SUS, possibilidades e limites da EPS no contexto político contemporâneo

Afinal, o que a realidade de saúde brasileira tem reservado aos trabalhadores do SUS e quais as possibilidades e limites que têm se apresentado à EPS nesse cenário?

O estudo do cenário de desmonte do projeto original do SUS tem sido abordado por inúmeros autores, dentre estes, tomamos aqui como referência Bahia (2018) e Paim (2018a). Eles alertam sobre as forças políticas de centro-direita e sobre o empresariado na área da saúde, que tem tomado o SUS para o seu empresariamento e, mais recentemente a ultradireita, ou seja, o conservadorismo tendo como maior protagonista o atual presidente.

No contexto da pandemia de Covid-19, já se evidenciam repercussões. A de maior grandeza pode-se atribuir ao fato de o SUS ser uma política cronicamente subfinanciada, aliás, o termo que se atribui atualmente é de desfinanciamento do SUS, perante as dificuldades de acesso a recursos com as restrições orçamentárias do governo federal.

Outra consequência advém da fragmentação das ações e da grande desigualdade que tem incentivado a competição entre estados e municípios por insumos, equipamentos, recursos públicos e doações privadas para atendimento à saúde, entre outras (ALBUQUERQUE, RIBEIRO, 2020). Isso decorre da falta de coordenação federal, afetando o pacto federativo e princípios do SUS, deixando assim, nomeado segundo Alvarenga, Rocha Filippon, Andrade, o *caráter do governo comprometido com interesses neoliberais do capitalismo rentista, abstendo-se da inerente responsabilidade social diante de um cenário de crônica desigualdade* (2020, p. 1).

Outra revelação é que, somando-se à crise sanitária acelerada pela EC nº 95/2016 (BRASIL, 2016a), o governo brasileiro optou por cortar investimentos em saúde, educação, pesquisa e desenvolvimento:

[...] a dependência estrutural do complexo econômico industrial brasileiro na área de saúde⁵², que não consegue suprir toda demanda doméstica por insumos básicos, tampouco por equipamentos tecnológicos, condicionando o país a recorrer ao comércio internacional (Idem, 2020, p. 6)

Dessa maneira, a força popular motivadora observada nesses últimos anos tem sido insuficiente e o apoio popular não dá conta do enfrentamento, com a direção de governo que

⁵² São todos os atores e atividades voltadas para produção, pesquisa, inovação e tecnologia em saúde, pensados em conjunto, que visam atender às demandas da saúde coletiva, a promover o desenvolvimento econômico nacional e a superar dificuldades estruturais externas (GADELHA, et al., 2018).

tem inviabilizado a manutenção do SUS, principalmente após a eleição de Jair Bolsonaro, empenhado na aplicação do Estado mínimo que acirra a crise da saúde pública por meio do seu insuficiente financiamento (BRASIL, 2019; MENDES; CARNUT, 2020).

A relação entre Estado e capitalismo está amalgamada a crises econômicas e sociais, que atacam as políticas de direitos da coletividade. Tanto que o SUS é afetado desde a sua instituição em 1990 e os ataques têm se intensificado desde o golpe recente de 2016, intensificando a fragilidade desse sistema de saúde para atender às necessidades demandadas pela população brasileira (MENDES; CARNUT, 2020).

Esses autores confirmam a consumação do golpe em 2016, causado pela crise política de múltiplos interesses e conflitos distributivos entre classes, pela riqueza social, o qual ocasionou a destituição da presidenta Dilma Rousseff, assumindo, então, o seu vice-presidente.

Então, os governantes buscam justificativas para os cortes orçamentários.

[...] O pesado ajuste fiscal para assegurar o capital rentista, o pagamento do serviço da dívida pública, a abertura e privatização da economia brasileira ao capital internacional, além dos cortes aos direitos trabalhistas e sociais, são os principais objetivos do golpe em curso (MENDES; CARNUT, 2020, p. 21).

Trata-se, pois de uma manobra das forças políticas e econômicas do país para justificar a acumulação capitalista, com o Estado remodelando a forma jurídica a seu favor, com ênfase na redução drástica dos gastos públicos, privatizações e outras vias que interferem nas políticas sociais como a saúde (MENDES; CARNUT, 2020, p. 21).

Se o SUS, há décadas, resistia apesar do subfinanciamento, agora, o desfinanciamento obstrui a efetivação do direito à saúde. Fácil é reconhecer tal condição financeira frágil a se perpetuar, como observam Mendes e Carnut (2020, p. 24):

[...] insuficiência de recursos e do baixo volume de gastos com recursos públicos; de indefinição de fontes próprias para a saúde; de ausência de maior comprometimento do Estado brasileiro com alocação de recursos e com melhor distribuição de recursos no interior do Orçamento da Seguridade Social (saúde, previdência e assistência social); das elevadas transferências de recursos ao setor privado via recursos direcionados às modalidades privatizantes de gestão (OSs, OSCIPs, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e Fundações Estatais Públicas de Direito Público/Privado com contratos celetistas). Todas incentivadas pela implementação da Lei de Responsabilidade Fiscal (em vigor há 19 anos) que limita o aumento do gasto com pessoal, favorecendo o incremento das despesas com serviços de terceiros.

O papel do Estado de garantidor dos direitos não se consolida em função da sua natureza capitalista-mercantil (saúde vista como mercadoria), e redução de orçamento, que é repartido

para atender ao mercado da saúde privada. Nessa relação de troca, compra e venda, incorpora-se o processo de redução dos direitos sociais e faz com que se aceite que esse direito se adeque à realidade do capitalismo em crise e passe a privilegiar a operação do direito privado à saúde (MENDES, CARNUT, 2020, p. 18).

Mesmo assim, do outro lado da disputa entre o público e o privado, se observam reações para frear o processo de transformação da saúde em mercadoria. Dentre essas forças, destaca-se a FNCPS, que desencadeou um movimento organizado em âmbito nacional, em defesa da saúde como direito social, em consonância com os princípios da reforma sanitária.

Uma das medidas adotadas pelo Estado como estratégia democrática, mas que visa à expansão do capital na área, foi a instalação, em 2000, da ANS, por meio da Lei nº 9.961, 28/01/2000⁵³, com o objetivo de regular o mercado, que tem levado a uma interpretação paradoxal: o de atender, muito mais, aos interesses das empresas do que dos usuários dos planos de saúde.

Esses tempos turbulentos de ataques à saúde como direito e a busca do capital para transformá-la em mercadoria rentável ecoam na EPS e, então, concorrem para fragilizar a política do setor e comprometem a gestão de pessoas, ao não ter um financiamento exclusivo à EPS, para as ações de formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS. Estas, quando realizadas pelos estados e municípios, ocorrem sob a tutela do Ministério da Saúde e os gestores ficam reféns de portarias, editais e decretos que disponibilizam tais recursos.

A exclusividade se atribui à necessidade de se ter um fundo específico, de modo a se contar, sistematicamente, com meios para desenvolver os processos de EPS. Contudo, o que tem prevalecido é a execução de projetos os quais resultam em realizações arriscadas, devido ao esgotamento de recursos ou à falta deles para dar prosseguimento. Por se tratar de uma política, o financiamento e a disponibilidade de recursos deveriam ser permanentes. Além disso, há disparidade na sua destinação, quando aplicados, apesar da importância de todas as áreas afetadas à gestão; no entanto, algumas têm sido mais prestigiadas em detrimento da gestão do trabalho e da educação na saúde continuamente penalizadas (ANJOS, 2009).

Tal disparidade ocorre de diferentes formas, seja na destinação de recursos ou na execução dos projetos que aparentam arranjos de terceirização. Já é recorrente, nos últimos anos, a cooperação entre MS e instituições privadas, como o Hospital Sírio-Libanês em São Paulo oferecendo cursos que ocorrem, muitas vezes, nas próprias escolas de saúde dos Estados,

⁵³ Disponível em: <http://outraspalavras.net/outrasaude/2018/03/22/jairnilson-paim-uma-leiura-sobre-os-30-anos-do-sus>

ao selecionarem profissionais que atuam no SUS para docentes, ao invés de atuarem com áreas próprias do SUS.

Agrega-se a essa captura dos trabalhadores para atuarem como docentes, o desafio epistêmico, na medida em que a oferta e a realização desses cursos nem sempre consideram as especificidades dos diferentes contextos sociais de municípios e estados brasileiros. Pode inclusive ser compreensível a adoção de tais medidas se considerarmos a necessidade de manter a coerência político-econômica dos seus proponentes, à proporção que a ênfase que prevalece nos cursos segue a lógica dos hospitais privados da região sudeste na indicação do que seria EPS para todo Brasil.

Como exemplo tem o curso de aperfeiçoamento da gestão federal, que como qualificação prática da gestão tem suas justificativas orientadas à melhoria da qualidade, eficiência, eficácia e efetividade das ações e dos serviços do SUS, conforme apontado no projeto aplicativo⁵⁴. Outro argumento para a oferta de cursos em cooperação com iniciativa privada está no fato da densidade e complexidade da estrutura organizacional do MS, o nível de dificuldade de articulação nas relações do MS com os demais gestores nas esferas estaduais e municipais também presente dentro do próprio ministério. Essas entre outras informações estão registradas no caderno do curso (CALEMAN et al., 2014).

Além disso, a participação de trabalhadores do SUS como docentes nos cursos realizados em cooperação com a iniciativa privada demonstra a precarização nas relações de trabalho no SUS, na medida em que seus trabalhadores buscam nesses cursos tanto compartilhar experiências como, principalmente, complementação de salarial.

Se junta a esse favorecimento da iniciativa privada, o fato de que desde 2006, época da atuação do Polo de EPS⁵⁵, já se observava que as instituições de ensino e serviço eram obrigadas a disputar a aprovação de seus projetos de EPS, já que o teto financeiro oferecido aos estados pelo Ministério da Saúde era irrisório. Apenas para ter uma ideia da discrepância: no orçamento geral do SUS de 2007, no bloco de Financiamento da Gestão, eram destinados R\$ 35 milhões para a PNEPS (Portaria GM nº 204 de 29/01/2017) de todo o país, enquanto que, para a Formação de Profissionais de Nível Técnico, R\$ 50 milhões.

Tais mudanças, ocorridas em todas as políticas sociais e, em especial, na condução do SUS e, nele, a PNEPS, estão associadas ao contexto neoliberal, à medida que impõe novas

⁵⁴ Projeto Fortalecimento da articulação entre assessorias e coordenações do Departamento de DST, Aids e hepatites virais / Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde (CURVELLO, ALMEIDA, 2015).

⁵⁵ Analisado em nossa pesquisa de mestrado.

deliberações a dificultarem ainda mais os processos, ao burocratizarem a execução da política. São modificações quanto à desigualdade ao acesso aos bens e serviços públicos, aprofundadas pela determinação da crise econômica; nesse processo, insere-se o SUS cada vez mais sucateado. Assiste-se à retirada de direitos sociais conquistados na Constituição, determinada pelo sistema capitalista que impõe a redução da função do Estado para o trabalho, em que as políticas sociais são atacadas sob a alegação de reduzir gastos (DIAS, et al., 2013; BHERING & BOSCHETTI, 2011).

O balanço sobre os 30 anos do SUS, apresentado por Paim (2018a, p. 1.724), destaca os ganhos quanto à formação e ao trabalho no SUS, a partir da constituição de uma rede

[...] de instituições de ensino e pesquisa como universidades, institutos e escolas de saúde pública que interage com as secretarias estaduais e municipais, Ministério da Saúde, agências e fundações. Essa rede contribui para a sustentabilidade institucional, pois possibilita que um conjunto de pessoas adquira conhecimentos, habilidades e valores vinculados aos princípios e diretrizes do SUS. Muitas dessas pessoas sustentam o SUS, mesmo em conjunturas difíceis, tornando-se militantes de sua defesa. A formação de sanitaristas e de outros trabalhadores em universidades e escolas assegura a reprodução e disseminação de informações e conhecimentos, além da apropriação de poder técnico.

Ao final desta exposição – que reconhecemos ser o início de um processo de reflexão teórico-crítica –, importa compreender e desvelar as conexões e contradições que determinam a política de saúde e seu processo de desconstrução, mais intensificado no cenário atual. Logo, é importante destacar os avanços significativos que permitiram um conjunto de serviços à população, os quais, antes do SUS, nunca existiram. E, nesse sentido, é um estímulo, como diz Paim (2018a, p. 1728): “Além de fortalecer a motivação para a luta dos que defendem o direito universal à saúde, a reflexão sobre ele poderá reforçar certas estratégias e criar novas para a preservação do SUS”.

Contudo, cientes de ainda estar distantes do SUS constitucional do SUS pensado no contexto atual da educação permanente no âmbito do SUS, esta tese busca trazer uma contribuição a tal debate, com um estudo focado na região Centro-Oeste. O objetivo geral é analisar o processo de implementação da política de educação permanente em saúde realizada pela Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso a partir do olhar dos gestores no período de 2017 a 2019. Deste desdobram-se os seguintes objetivos específicos:

1. Compreender o percurso de formulação e execução do Plano Estadual de Educação Permanente de Mato Grosso, no período de dezembro de 2017 a fevereiro de 2018 (relatar a concepção do gestor, articulações, mediações).

2. Verificar se os gestores tomam decisões baseadas em evidências (técnicas, científicas, normativas) para execução da política de educação permanente em saúde.
3. Identificar as iniciativas governamentais para consolidar o processo de formulação da política de educação permanente em saúde.

Para alcance desses objetivos, a pesquisa buscou obter junto aos gestores respostas aos questionamentos sobre seu entendimento de EPS, o lugar que ela ocupa na agenda desses governantes; e, a partir do marco normativo, quais medidas e estratégias passam a ser adotadas para desenvolver a EPS como política no âmbito da sua governança.

Assim, no próximo capítulo, são apontadas as reflexões sobre educação, análise de política e a educação permanente numa abordagem teórico-conceitual. E, no capítulo dos resultados são apresentadas as análises das questões exploradas durante a pesquisa, permeado por um percurso metodológico que mereceu um capítulo específico.

CAPÍTULO 2 - PERSPECTIVAS DE EDUCAÇÃO, CONCEITO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE E ANÁLISE DE POLÍTICAS

O propósito deste capítulo é analisar e demonstrar a perspectiva conceitual que permeia o trabalho, a educação, em especial a EP como política e suas dimensões de análises, tanto na sua formulação quanto na proposição e mesmo com a implementação de planos.

Quanto à noção de educação no mundo do trabalho Gadotti (1984, p. 29) afirma que o sentido da educação e a sua inter-relação com o trabalho fazem parte de uma questão que está no discurso e se engaja no cotidiano, ou seja, compõe a vida ativa. Sob essa compreensão, ele se refere à educação permanente como “a palavra de ordem capaz de reunir correntes, de reduzir as concepções opostas e de alargar o próprio conceito de educação”.

Desta feita, debruçar-se no debate sobre educação implica buscar conceitos e sua compreensão como área do conhecimento, que apresenta enorme abrangência e relevância de temas, concepções e valores, tornando-se uma referência imprescindível para muitos campos do saber, especialmente ao se tratar de processos formativos articulados às situações de trabalho vivenciadas pelos trabalhadores. O que requer apreender aspectos teóricos e históricos sobre educação e sua vinculação com o trabalho (FERNANDES, 2016).

Para a compreensão do referencial da educação e trabalho partindo de algumas linhas teóricas críticas, adotou-se uma forma didática para a abordagem. Assim, parte-se da abordagem teórica sobre educação, seguida da perspectiva teórica sobre trabalho, suas reformulações a partir dos organismos internacionais, como também pelas instituições brasileiras por meio de ferramentas de formulações e chegando às demais etapas orientadas por ciclo de análise de políticas públicas.

2.1 Educação é Trabalho

O debate e as discussões em torno da educação e, especificamente, da educação permanente, se arrastam desde a década de 1970; já nessa época, Paulo Freire, ao prefaciar livro de Moacir Gadotti⁵⁶ que tratou dessas temáticas, alerta para a ideia de educação como prática da domesticação e como façanha da liberdade. Domesticação é admitir a educação numa

⁵⁶ Trabalhando na elaboração de sua tese de doutoramento na Universidade de Genebra (1973-1977) e, em 1987, relata a experiência com a publicação do artigo “A educação permanente: um modelo de discurso ideológico importado”, na *Revista de Cultura Vozes*, nº 8, out./1978.

realidade como um dado feito e acabado. E educação como liberdade é a forma de ser humano que vai além de conhecer somente, mas do saber que conhece. Em suma, é o desenvolvimento da consciência das coisas e dos fatos que o rodeiam, ou seja, ele não apenas conhece como sabe que conhece, logo, que pode saber mais (GADOTTI, 1991, p. 18).

Paulo Freire (2003) abre caminho para entender a educação como prática permanente, porque isso é da condição humana, vai além de posições políticas, ideológicas e de interesse econômico; o ser humano está sempre se educando, jamais para de se educar.

Nesse prisma, é, portanto, compreensível que educação se apresenta em duas dimensões; ainda que dentro de uma dessas dimensões da educação possam existir várias matizes para sustentar o processo educativo (*dos quais não trataremos aqui*). A ênfase deste estudo é demonstrar que educação é criação que qualifica para a vida, faz passar pela experiência, pelo ato, ato a produzir, e não somente um objeto de reflexão, que é o outro caminho; a educação, entendida como universalidade que permite ser utilizada no sentido que convém aos interesses de cada um, como, por exemplo, o sentido dado à educação de formar homens para a atividade do trabalho, para a produção, encerrada no terreno estrito da pedagogia em vez de prepará-lo para a vida (GADOTTI, 1991; MÉSZÁROS, 2008).

É nessas duas dimensões da educação que a educação permanente⁵⁷ transita. Por dentro dos preceitos da reconhecida educação como liberdade, o poder político e econômico se mobiliza para a preservação do modo de produção capitalista, por isso, a ênfase dada é treinamento em destrezas cada vez em menor tempo, e pouco se evidencia o ato de pensar e agir como prática de liberdade, de consciência crítica. O que se reproduz é um trabalho alienante, com o objetivo de manter o homem dominado pelo modelo econômico e político hegemônico (GADOTTI, 1991; MÉSZÁROS, 2008).

Há, portanto, uma forte concepção ideológica, de despolitizar ou desideologizar, conforme observa Freire, de que a formação e a educação são subordinadas aos ditames da racionalidade econômica dominante. Ou seja, que a empregabilidade, ter um trabalho, é resultado de uma aprendizagem bem-sucedida e do empenho individual dos sujeitos. Nessa perspectiva, há utilização, há adesão aos princípios da educação libertária como caminho para promover as mudanças (transformação qualitativa) nos processos/espços do trabalho, mas não

⁵⁷ Os estudos desenvolvidos por Gadotti apontam que a ideia de educação permanente está demarcada pelo filósofo chinês Lao-Tsé, considerado o descobridor *da dialética*, que dizia que “todo estudo é interminável”. E a expressão *educação permanente* aparece pela primeira vez na França (1955), utilizada por Pierre Arents em um projeto de reforma do ensino, à qual se dava a tarefa de “assegurar, depois da escola, a continuação da instrução e da educação recebidas nela”. Na sequência, essa expressão foi oficializada pelo ministro desse país (René Billères), sobre o prolongamento da escolaridade obrigatória e a reforma do ensino público (GADOTTI, 1987, p. 94).

se adota ou não se toma como objeto a reflexão crítica, que revelaria a alienação do trabalho e a sua degradação, isto é, que de modo inverso a isso, se conquistaria consciência crítica (GADOTTI, 1991; FREIRE, 2011; FERNANDES, 2016).

Dessa forma, Gadotti (1981, p. 108-109) enfatiza que os processos de qualificação dos trabalhadores são utilizados para “servir à sociedade industrial capitalista e ao consumo acelerado”, e aponta que a imensa maioria dos indivíduos submetidos a um trabalho não tem opção se não atender às “condições preestabelecidas pela máquina econômica”; portanto, nessa perspectiva, a “educação permanente esconde seu objetivo real, o de proporcionar excedente de formação profissional para tornar os trabalhadores mais rentáveis”. Ou seja, “com a educação permanente surge um novo aparelho de desintegração da força de trabalho a serviço da sociedade capitalista avançada”.

Logo, o modelo de educação promovido pelo sistema capitalista o é voltado, portanto, a um tipo de educação permanente que forma, prioritariamente, consumidores e mão de obra rentável para realimentação de um ciclo de exploração econômico que gera pobreza e preserva desigualdades estruturais.

Apesar de seus defensores apregoarem a EP como uma “alavanca da transformação social”, sua introdução no mundo do trabalho exclui a possibilidade de mudança radical, pois na verdade promove a ilusão da igualdade de oportunidades ao criar o acesso ao saber em uma formação individual que objetiva unicamente a produtividade e o crescimento econômico; logo, pode contemplar de fato apenas aqueles com melhores condições de estudar (GADOTTI, 1987).

Gadotti (1994) se refere à ideia pioneira da educação permanente, que foi confiada a uma grande organização, organização das Nações Unidas para a Educação e Cultura (UNESCO), órgão da Organização das Nações Unidas (ONU), a partir da articulação de educadores e agentes de políticas educacionais que imaginaram uma educação internacionalizada. Na realização da 15ª Conferência Geral em que se analisou a crise da educação, foi proposta uma nova orientação denominada *educação permanente*, a partir da compreensão que

[...] os sistemas nacionais de educação deveriam ser orientados pelo princípio de que o homem se educa a vida inteira. Nós nos tornamos homens durante toda a vida e não apenas durante os anos de frequência escolar propriamente dita (GADOTTI, 1994, p. 271).

Na avaliação desse educador, trata-se de um conceito amplo e sua essência se fundamentava em uma *educação para a paz*, em função do pós-superação do período das guerras mundiais; então, era necessário que a educação fosse um *baluarte da paz* (grifos de

Gadotti), retomado como conceito-chave em 1970 (Ano Internacional da Educação), na inspiração para novas políticas educacionais dos países-membros.

De todo modo, a expressão *educação permanente*, considerada por Gadotti um modelo de discurso ideológico importado, serviu à época de seu surgimento para identificar a preocupação por uma educação fora da escola ou do sistema educacional. E tem sido usada como fenômeno que atraiu a atenção de educadores e tecnocratas, “para designar muitas coisas diferentes, e até opostas, como: educação de adultos, educação extraescolar, formação profissional, formação supletiva, reciclagem, educação formal etc.” (GADOTTI, 1987, p. 92).

A novidade de todo esse movimento de educação fora da escola – portanto, fora do sistema educacional – é a interação do discurso sobre a EP e sua adoção como uma educação necessária que se prolonga durante toda a vida, demandando continuar constantemente a formação. A sua evidência enquanto fenômeno em função do seu aparecimento, como necessidade, foi provocada pela sociedade que exige constante renovação dos conhecimentos. Esses são pilares que resultaram em todo um trabalho teórico que passa a ser desenvolvido por organismos internacionais (GADOTTI, 1987).

Na lógica de organismos internacionais, como é o caso do Banco Mundial, a EP assume um papel ativo na despolitização da população, da educação e da formação, à medida que oculta em si objetivos que são, na verdade, uma exigência das sociedades modernas. Necessidades são criadas, e quem decide se é necessária ou não a aquisição de novos conhecimentos e a utilização das qualificações novas é o capital, e, como tal, não serve necessariamente aos interesses dos trabalhadores.

Como um saber mercadológico que é, e impulsionada pela tecnologia, a EP tem um conteúdo ideológico, ao ser considerada uma inovação racional, parte de um projeto de modelo de desenvolvimento econômico com aparência democrática de suposta resistência à dominação econômica.

Nos países latino-americanos, em especial no Brasil, foi adotada inicialmente na década de 1980 como estratégia para qualificação de trabalhadores, além das experiências-piloto da EP, pode-se assim dizer, de projetos da UNESCO na década de 1960, como referido ao ser tratado sobre a atuação do BM.

Na próxima seção, procuramos demonstrar como se desenvolveu a EP, sob a influência dos organismos internacionais, como parte de um projeto que traz um modelo de desenvolvimento econômico para o qual grande número de países hoje contribui sem dele se beneficiar, para dar conta de uma suposta democracia, sendo que o que prevalece é a dominação

econômica (FREIRE, 2003, 2011; FRIGOTTO, 1997, 2008; GADOTTI, 1987, 1991, 1984; MESZÁROS, 2008; SAVIANI, 1999, 2007).

2.2 Educação Permanente na agenda da política de saúde brasileira

O debate acerca da EP para os trabalhadores no âmbito da saúde e no Brasil tem como demarcação temporal o ano de 1984, mais precisamente o Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da OPAS/OMS. Sob a coordenação desses organismos internacionais, houve mobilização e convocação de diversos países das Américas, ocasião em que, a partir de um conjunto de experiências, orientou-se a formulação de novos conceitos para o processo de formação profissional (GADOTTI, 1987; LEMOS, 2010; FERNANDES, 2016; FRANÇA, 2016).

No Estado brasileiro, a experiência desenvolvida a partir do ano de 1981, com o Projeto de Formação em Larga Escala (PLE)⁵⁸, impulsionou a emergência da EP. Isso ocorreu em função da estratégia de abordagem pedagógica e das ações formativas ocorrerem no ambiente de trabalho. Acredita-se que tal proposta tenha influenciado, ou o seu sucesso foi um dos desdobramentos a favorecer a proposição da OPAS/OMS, pela estratégia pedagógica e metodológica adotada nessa experiência aqui no Brasil. E, também em função da participação de uma das idealizadoras do PLE, a brasileira Izabel dos Santos, que se tornou consultora da OPAS/OMS (BASINELLO & BAGNATO, 2009).

O PLE, como observam Basinello & Bagnato (2009, p. 621):

Foi uma estratégia de formação, experiência pedagógica, movimento ou ideia visando qualificar uma força de trabalho empregada no setor saúde, em consonância com os ideais da Reforma Sanitária Brasileira, que propunha a democratização do sistema de saúde, bem como mudanças na prática profissional dos trabalhadores deste setor.

O projeto é considerado o ponto de partida das iniciativas educacionais no âmbito da saúde, de abertura de cooperação entre os Ministérios da Educação e da Cultura, e desenvolvido no interior do Ministério da Assistência e Previdência Social da época. “Seu foco central era a prática médica, priorizando a prática social privativa de um modo de produção específico no interior de uma sociedade capitalista” (BASINELLO & BAGNATO, 2009, p. 621), e já

⁵⁸ Reconhecido com o nome Curso Larga Escala, mas sua denominação foi: Programa de Formação em Larga Escala de pessoal de nível médio e elementar para os serviços básicos de saúde – PLE.

dispunha de seis escolas de auxiliares de enfermagem; foi o *locus* para constituir um “Formador Multiprofissional” e assim promover, de forma estratégica, mudanças no processo de formação e da prática profissional em conformidade com o pensamento da Reforma Sanitária.

A inovação trazida por esse projeto foi que visava à extensão de cobertura dos serviços de saúde; as propostas pedagógicas e estruturais eram pautadas na compreensão da realidade, ou seja, “vinculação a uma prática concreta, numa interação entre sujeito e objeto no ambiente de trabalho, a partir da observação dos problemas, identificação de seus determinantes e análise de soluções alternativas”. Também visava à aprendizagem no serviço, especialmente para trabalhadores sem qualificação ou formação específica (BASINELLO & BAGNATO, 2009 p. 623).

Cabe fazer um registro histórico. O PLE foi um dos desdobramentos do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS); além da participação de diversos ministérios; como já referido, contou com a da OPAS, tendo como figura de destaque, pelo seu pioneirismo, a enfermeira Izabel Santos, que liderou as capacitações desde as metodológicas para equipes técnicas que atuaram como docentes até as de formação de pessoal auxiliar para serviços básicos de saúde. Paiva (2015) registra que o seu vigor e inovações se deram, no campo dos aspectos metodológicos e político-pedagógicos, em ter feito a opção deliberada pela formação de trabalhadores em oposição às práticas restritas ao mero treinamento utilitário de habilidades.

Os resultados e o legado dessa experiência acabaram por ser adotados em outras áreas, como a de formação do Curso de Especialização em Gerência e de um de especialização, além de terem conformado um conjunto de propostas brasileiras tanto na questão da formação e gestão de pessoal de saúde quanto na reorientação e renovação do sistema de saúde no país (PAIVA, 2015).

A experiência exitosa do PLE, no ano de 2000, impulsionou a implantação do PROF AE, também liderado por Izabel Santos. Em seu depoimento, observa-se que tanto o PLE quanto o PROF AE foram permeados de conflitos, um deles relacionado à formação profissional e ao processo educativo no âmbito do trabalho em saúde, quando afirma:

[...] Eu já tinha percebido que para trabalhar com pessoal de nível médio, o desafio também seria metodológico. Porque eles tinham déficits: eram desescolarizados, não sabiam pensar, não sabiam ler o contexto. Na época, já tinha também o discurso político de desmonopolização do saber. Eu me irritava com aquilo. Mas o que é isso? Trocando em miúdos, o que significa desmonopolizar o saber? Até eu sabia que era fazer com que todo mundo se apropriasse do conhecimento, mas como? Porque o saber ficava – e até hoje fica – na mão do terceiro grau e o pessoal de nível médio era considerado sem-

saber, estava ali para cumprir ordens apenas. [...] Fui massacrada pela ideia de defender a formação no nível médio (SANTOS, 2007, p. 854-855).

Observa-se que a força de trabalho da saúde, desde a década de 1980, já carecia de qualificação, e assim persiste até os dias atuais. A desescolarização refletia a dificuldade de acesso ao ensino, logo, tratava-se um problema estrutural do Brasil, e, principalmente o processo de ensino-aprendizagem é um grande problema; ainda que politicamente se tivesse a intenção de possibilitar o acesso ao conhecimento, havia restrições ou tentativas de limitar a oferta de formação profissional, que não foram impedimentos para que essa autora apontasse a necessidade de políticas de educação profissional, como afirma:

[...] Eu só tinha (e tenho) compromisso com uma coisa: com a qualidade do serviço prestado à população. Já que vocês admitiram esse povo, não podem colocar no paredão 150 mil pessoas, não podem. Desemprego em massa? Seria uma loucura. A sociedade iria ficar chocada. Em São Paulo já tinham começado a prender atendentes que estavam ilegais.

[...] Outra coisa que eu também precisava era de um movimento para poder trabalhar contra a hegemonia. A primeira coisa que eu fiz foi ir ao Ministério da Educação conversar com as pessoas que mexiam com a estruturação de escolas (p. 855).

Notam-se duas situações interessantes: uma é a estratégia de sensibilizar e obter adesão das instituições de modo a assumir sua função, nesse caso, de promover o processo de formação dos contratados. E, também, a necessidade de exercer um contraponto à ordem constituída para desenvolver políticas de educação e formação de pessoal da saúde, que pudessem promover a qualidade dos serviços de saúde numa perspectiva politizada e comprometida com a ideia de cidadania. Mesmo assim, Izabel Santos desabafa o quanto esse processo é desafiador, ao referir que muitas das proposições do PROFAE se perderam e não tiveram prosseguimento [...] porque o processo hegemônico é muito forte na cabeça das pessoas e é um entrave para as mudanças (p. 857).

Com o tempo, essas experiências foram pavimentando o caminho da Reforma Sanitária, visto que nessa época, no Brasil o cenário que se apresentava era de transição da ditadura civil-militar e início da chamada “Nova República”, com déficit público, processo inflacionário, ascensão dos movimentos sociais em grande debate político; na saúde, a expressão foi o MRSB. O Estado, em função da pressão dos movimentos sociais, busca legitimidade governamental perante a sociedade e, procurando dar respostas a ela, dá início aos debates para instituir políticas sociais que posteriormente se farão constar na Constituição Federal de 1988 – CF88 (BRASIL, 2006a; CARVALHO, 1993; 2013; PAIM, 2008).

Portanto, nesse contexto democrático de reabertura político-social da época, a experiência do PLE do Brasil apresentara pressupostos de integração ensino-serviço com formação do pessoal da saúde numa perspectiva mais politizada. Objetiva-se, dessa maneira, a qualificação de trabalhadores no ambiente de trabalho (integração ensino-serviço), com o intuito de formar um profissional crítico que atendesse à população e de formá-lo para a cidadania (BASINELLO & BAGNATO, 2009, p. 626).

Após a demarcação do cenário no qual se inicia a inserção da educação no âmbito da saúde, discorreremos sobre a participação no setor saúde de organismos internacionais como o BM, e o papel deste no Brasil.

2.3 Educação Permanente impulsionada pelas agências internacionais

O BM até os anos 1960, ocupava-se da tarefa que levou ao seu surgimento: conceder empréstimos a fim de financiar a reconstrução física e econômica dos países assolados pela guerra, e promover o desenvolvimento econômico dos países-membros. Em vista disso, o banco surgiu em função da motivação pós Segunda Guerra Mundial, para que assegurasse estabilidade social e econômico-financeira e garantisse um comércio internacional sem fronteiras. Tratou-se de uma articulação dos países vencedores da guerra, como os EUA, para estabelecer um arcabouço institucional multilateral materializado com a instituição do BM (RIZZOTTO, 2000).

A institucionalidade desse banco, como também do Fundo Monetário Internacional (FMI), surgido concomitantemente, com funções distintas e mesma finalidade, revela e materializa o poder supranacional de influência em diversos campos de atuação. Tais organismos, com efeito, “têm assumido uma postura intervencionista e normativa nos países que pretendem desenvolver”, constituindo-se em formuladores de políticas econômicas e sociais para eles (RIZOTTO, 2000, p. 45; CISLAGHI, 2015).

Percebe-se que uma política sistematicamente favorecedora da economia de livre-comércio global assume função de expansão capitalista, pois esta propicia financiamentos, empréstimos, condicionalidades de impostos, num sistema financeiro baseado na dinâmica de endividamento, dívida externa, que os países periféricos passam a sofrer, sob a plataforma de promover o desenvolvimento social, a integração de todos os países ao mundo globalizado. Mas o que tem pavimentado tal terreno ao longo desses anos são as ideias capitalistas, neoliberais, à medida que provocam a dependência do país em relação ao capital internacional e expõe a face imperialista. O que esses países centrais têm procurado manter é a sua hegemonia e

influência em determinadas regiões do mundo, e o Brasil é um exemplo disso (RIZZOTTO, 2000).

Tais considerações são evidentes quando o BM, após cumprir seu objetivo inicial, já no final dos anos de 1960, muda seu foco redirecionando seus interesses para o crescimento econômico dos chamados países “em desenvolvimento” ou “subdesenvolvidos”, financiando projetos de infraestrutura, entre outras áreas.

É, portanto, nesse período sob a gestão de Roberto Strang McNamara, que o banco passa a incorporar à sua prática o financiamento voltado para a infraestrutura (transporte e energia), com discurso no combate à pobreza em escala mundial, direcionando suas ações aos países de economia periférica como os da América Latina. No plano do discurso, esse banco esteve centrado na satisfação das necessidades humanas básicas e no combate à pobreza, ainda que a dedicação prioritária fosse de investimentos em infraestrutura, como já referido (RIZZOTTO, 2000; CISLAGHI, 2015).

Com discurso humanitarista de ataques à pobreza e foco na questão da satisfação das necessidades humanas básicas, o BM acena com financiamento para programas e projetos a países com disparidade na distribuição de renda e extrema diferenciação social, cuja centralidade são as áreas da educação básica e atenção à saúde primária. Essas passam a ser áreas que geram novos interesses econômicos (CISLAGHI, 2015). Especificamente a saúde, que se constituiu em um importante mercado a ser explorado pelo capital, e, portanto, conforme destaca Rizzotto (2000, p. 120), mostra-se como uma forma de revigorar o liberalismo econômico favorecendo o “ingresso da iniciativa privada na oferta de serviços de saúde”, além de “contribuir para a redefinição do papel dos estados nacionais periféricos”.

Assim, o banco expande suas ações com programas dirigidos às populações mais pobres, centrado em ações de promoção e prevenção da saúde. No Brasil, desenvolveu vários estudos e programas, como nas áreas de nutrição e formação de trabalhadores, conforme já mencionado. No entanto, como salienta Rizzotto (2000, p. 153), essa participação do banco tem se traduzido muito na “apresentação de diretrizes e orientações para as políticas nacionais, com objetivos de promover importantes reformas do setor”. Mesmo assim, ao propor “cesta básica” da saúde, para que o SUS assegure algumas ações e procedimentos prioritários a partir de uma relação custo-benefício, recebe crítica expressa no relatório da 10ª CNS (1996), escancarando que tais propostas estariam atreladas ao projeto neoliberal, à medida que enfatiza “políticas de saúde focalizadas na atenção primária, pouco lucrativa, e na privatização da atenção terciária” (BRASIL, 2006a; LEMOS, 2010, p. 81).

Essa proposição de ampliar a assistência à saúde dos mais pobres converge para a tendência de anular ou reduzir os direitos de saúde conquistados pela sociedade e assegurados na CF88, além de demonstrar mais uma vez o interesse de ampliação do setor privado na prestação de serviços de saúde brasileiros. Desse modo, a ênfase do BM em políticas focalizadas e residuais marca, sobretudo, a primeira década do SUS que, apesar de ser um sistema universal de saúde reconhecido internacionalmente, foi alvo de contrarreformas neoliberais desde a sua instituição.

Entre as propostas para a promoção à saúde e sob a perspectiva da economia nessa área, o BM, por intermédio da OPAS/OMS, exige reformulações no setor de formação profissional. Essa, aliás, é uma temática que já vinha sendo debatida junto a grupos de trabalho abrangendo vários países da América Latina, a fim de formular novos conceitos para o processo de formação profissional.

Gadotti (1997, p. 93) esclarece que o discurso sobre a educação permanente como fenômeno foi todo um trabalho teórico

[...]... desenvolvido particularmente pela UNESCO, pelo Conselho da Europa e pela OCDE (Organização para a Cooperação no Desenvolvimento Econômico) e, mais recentemente, pelo Banco Mundial. Mas foi a Unesco que levou mais à frente o combate pela ideia de uma educação permanente.

Desse modo, a partir de 1984 tem-se o Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos, com a proposta de reorientar a educação permanente do pessoal da saúde na região das Américas.

À época, a alegação da OPAS/OMS para adoção dessa medida foi a necessidade de novas referências metodológicas.

Para isso, lança propostas como o desenvolvimento dos Sistemas Locais de Saúde e Atenção Primária em Saúde. Nesta, envolvia a participação social, com ênfase na medicina comunitária, voltando-se para o estabelecimento de cooperação entre comunidade, organizações e instituições na identificação de problemas com vistas a encontrar soluções práticas. E, com isso, disseminava a proposta de sistemas de saúde descentralizados, enfatizando o fortalecimento qualitativo dos serviços de saúde. Portanto, era essencial a elaboração coletiva de uma proposta pedagógica para o desenvolvimento dos profissionais de saúde que atendessem a esse objetivo, ou seja, identificar e desenvolver novas formas de abordar os problemas de saúde levantados, e assim, capacitar as pessoas da área, de vários países da América Latina (FERNANDES, 2016; LEMOS, 2010).

Em síntese, essa proposta se traduziu tanto numa possibilidade de tirar o país da sua condição de subdesenvolvido, como resposta para atender a demandas de reorientação no desenvolvimento dos recursos humanos em saúde, dos processos de comunicação e cooperação entre estes e as comunidades, isto é, as ações educativas empreendidas pelos sistemas nacionais de saúde (LEMOS, 2010). Essa investida resultou na constituição pela OPAS, de programas de EP, baseada na noção de que o trabalho é o eixo fundamental para a aprendizagem (FERNANDES, 2016).

Nesta direção, a OPAS desenvolveu e publicou uma série de cadernos técnicos, revista, boletim e documentos orientativos e didáticos sobre as novas metodologias e referenciais teóricos. Algumas dessas publicações fazem parte do PALTEX, programa este constituído como material de apoio para atividades que governos das Américas e a OPAS desenvolveram para alcançar a meta “Saúde para Todos” (DAVINI, 1995). Nesse sentido, também foi fundada a sua revista *Educacion Medica Y Salud*, em 1966, para servir aos países das Américas em relação a atividades de desenvolvimento de recursos humanos em ciências da saúde. Nesse periódico, que era trimestral, havia espaço para reportagens acerca de conhecimento e experiências no processo de ensino-aprendizagem, resultado de investigações, documentos de trabalho e informes de reuniões importantes relacionadas à formação de pessoal da saúde.

Aqui, merece ênfase o volume 27 do ano de 1993, que pautou a educação permanente com relatos de experiências relacionadas aos aspectos metodológicos da proposta educativa em serviços de saúde, que estavam sendo aplicados em vários países, como artigos que aprofundavam os fundamentos teóricos e conceituais da referida proposta (OPAS, 1993).

Outra publicação de grande relevância a se destacar é o que se denominou *Educação Permanente em Saúde* (1995), composta de uma série de 10 fascículos, contendo orientações pedagógicas, conceituações, propostas de trabalho, registros de experiências, dentre outras publicações ilustrativas das novas metodologias que a integram. Um dos seus destaques é a mudança da nomenclatura de *educação continuada* para *educação permanente*, iniciando desse modo o cumprimento do propósito de capacitar e promover o desenvolvimento de trabalhadores para a saúde (MENDES, 1993; DAVINI 1995; LEMOS, 2010; FRANÇA, 2016; LEITE, PINTO, FAGUNDES, 2020). E a outra produção denominada *Educação Permanente do Pessoal da Saúde* (1994), que já destacamos como documento relevante para nosso estudo.

O prefácio do fascículo sobre EPS alerta que o material é destinado a estudantes e professores universitários, Ministério da Saúde e funcionários de serviços, técnicos e assistentes de saúde, bem como funcionários da própria comunidade. Portanto, é uma produção que orienta tanto para a graduação quanto para pós-graduação, treinamento em serviço, educação

continuada e, assim, pode servir a todo o pessoal de saúde envolvido na estratégia de atenção primária, como elemento de consulta permanente durante o exercício de suas funções.

Observa-se que houve a preocupação na disseminação das ideias de EPS, abarcando, com isso, todo o universo que envolve a área da saúde. Essa produção tinha a premissa de dar subsídios aos processos de estruturação dos SILOS, focando a meta da OMS *Saúde para Todos nos anos 2000* (SPT/2000) com base na descentralização, nas propostas da APS, esta, como um desdobramento que motivou a adoção da terminologia *educação permanente*.

Todo o movimento de reorientação se baseia na apropriação da EP, de modo a distingui-la de ensino em serviço e educação continuada, tomando a EPS como forma de tornar a gestão de pessoas (recursos humanos) capaz de compreender as lacunas dos serviços e os problemas de saúde da população.

Portanto, a difusão da nomenclatura a partir das iniciativas da OPAS/OMS, no final dos anos 1980, passa a ser adotada, como vertente pedagógica para o desenvolvimento de pessoas e de mudanças no cotidiano (DAVINI; HADDAD; ROSCHKE, 1990).

Essa reorientação da EPS, evidenciada na compreensão da OPAS/OMS, é destacada por Lemos (2010, p. 86) como:

[...] necessária por três razões: a educação continuada não tem desenvolvido recursos humanos para melhorar a prestação de serviços assistenciais; há necessidade de desenvolver descentralização de ações educativas pela construção dos SILOS e é preciso buscar novas formas de trabalho na capacitação epidemiológica.

Logo, essa compreensão da EPS é agregada às diretrizes da OPAS/OMS, e a partir dessa, adota a EPS. Observa-se que há uma mudança conceitual, daquela época, que representa uma tentativa de respostas às mudanças econômicas e político-culturais, denotando necessidade de ajustes ou adequação às novas mudanças que o mundo do trabalho passa a estabelecer, sem, contudo, apontar a educação como uma estratégia de cidadania, crítica e emancipatória.

Apesar disso, inicia-se um processo de fundamentação conceitual e desenvolvimento metodológico visando facilitar a elaboração coletiva de propostas pedagógicas para o desenvolvimento dos profissionais de saúde e, conseqüentemente, para a vida, como referem esses organismos internacionais.

Nesta direção, cabe enfatizar a compreensão segundo a qual o significado da educação inclui todos os momentos da nossa vida ativa, em que a “a aprendizagem é a nossa própria vida”, e “é decidida, para o bem e para o mal”, tanto para nós próprios como para a humanidade em geral (MÉSZÁROS, 2008, p. 48-53). Desse modo, Fernandes (2016, p. 61) chama a atenção

quando destaca em seus estudos sobre a temática que a educação é percebida como “algo que pode estar a serviço da manutenção da lógica do capital ou da emancipação da cidadania na perspectiva da transformação social”.

Mesmo assim, percebe-se que a compreensão de educação numa dimensão transformadora não é a considerada pela OPAS/OMS, embora esta adote a educação permanente como possibilidade de mudanças a partir de reflexão referenciada da realidade de saúde. Essa compreensão, adotada a partir dos anos 1990, influenciou na elaboração de uma perspectiva teórico-metodológica para a constituição de programas de educação permanente em saúde, objetivando o desenvolvimento dos sistemas e reconhecendo que tais serviços são organizações complexas e de que só a aprendizagem na dimensão da educação permanente será capaz da adesão dos trabalhadores aos processos de mudanças.

Essa opção adotada abandona o objetivo de uma transformação social qualitativa, posto que o capital segue incontestável e as mudanças almejadas são admitidas na perspectiva de reforma ou ajustes menores com objetivo de corrigir algum detalhe defeituoso da ordem estabelecida (MÉSZÁROS, 2008).

A produção teórica metodológica desses organismos internacionais de fomento ao “desenvolvimento” teve o protagonismo e as contribuições da socióloga María Cristina Davini (HADDAD, 1994). Essa autora, na condição consultora da OPAS, a partir de 1993, liderou e coordenou produções teóricas de livros, fascículos; além da proposição pedagógica, passou a destacar a importância de se debater a questão metodológica da EPS argumentando que ao inserir projetos de EPS nos serviços, corre-se o risco de haver um uso mecânico de metodologias tradicionais descontextualizadas, muitas vezes, contraditórias aos objetivos traçados.

Assim, justificou-se a importância de que a opção metodológica tenha a concepção do processo de ensino-aprendizagem alinhada com os princípios da EPS. E, para nos aprofundarmos na sua compreensão, é necessário refletir sobre a adoção da expressão *educação permanente*, seu conceito e seus precursores no âmbito do mundo do trabalho.

2.4 Educação Permanente: conceitos, precursores

Entre os pensadores envolvidos no processo de constituição metodológica da EPS, destacam-se autores da área da educação como Juan E. Diaz Bordenave, cuja experiência com educação de adultos voltada para o trabalho foi utilizada para a Capacitação Pedagógica do Programa de Formação de Pessoal de Nível Médio em Saúde (Projeto Larga Escala) e

contribuiu para a reflexão dos processos de ensino-aprendizagem na área da saúde. Discorreu sobre a educação problematizadora, que atualmente se refere à metodologia da problematização (SILVA; SCAPIN, 2011). Esse educador alerta que a opção pedagógica reflete uma determinada epistemologia do conhecimento a ser aprendido-ensinado.

Outro que contribuiu com análises teóricas foi José Carlos Libâneo, a partir de suas reflexões sobre didática e prática de ensino, e com sua perspectiva crítico-social dos conteúdos, o que o coloca entre os mais importantes teóricos progressistas da educação. Ele analisa as tendências pedagógicas e a crítica social dos conteúdos, além de destacar que o aprendido não decorre da imposição ou memorização, mas do nível crítico de conhecimento ao qual se chega pelo processo de compreensão, reflexão e crítica (LIBÂNEO, 1983).

Esse referencial pedagógico pressupõe que a aprendizagem se dá por meio de uma ação motivada, da codificação de uma situação-problema, da qual é preciso se distanciar para analisá-la criticamente. Donde aprender é um ato de conhecimento da realidade concreta, isto é, da situação real vivida pelo educando, que se dá por uma aproximação crítica dessa realidade (PEREIRA, 2003).

Essas inspirações pedagógicas fortaleceram a ideia da metodologia da problematização como a mais adequada para ações de educação em serviço, ou seja, também passou se adotada na área da saúde. Além disso, ao apontar a aprendizagem a partir da realidade concreta e de forma crítica, aponta a compreensão conceitual da educação permanente vinculada a uma concepção ideológica.

E, nessa linha de raciocínio, se inscreve a proposta de educação de Paulo Freire (1988) que observa a necessidade de uma educação permanente para toda a sociedade, evidenciando a necessária discussão sobre a educação como prática de liberdade e não como prática de domesticação. Indica, portanto, que a educação é um ato político.

Quanto à utilização da expressão EP pela OPAS/OMS, é oportuno esclarecer a recorrente utilização dessa terminologia no âmbito da saúde em muitas obras e a associação de outras como *educação continuada* e *ensino em serviço*, também familiares no processo de formação e desenvolvimento da força de trabalho para saúde.

Para Gadotti (1992,), a expressão *educação permanente* tem sua origem demarcada na área da educação; trata-se de uma expressão recente de uma preocupação antiga. A aplicação e produção sobre o tema foram grandes no mundo inteiro, como já referido, e isso é reconhecido como ideia principal da Política Educacional da UNESCO. Posteriormente, disseminada com o projeto “Cidade Educativa” que, segundo esse autor, ensinou implantar educação para a vida

toda, sendo assumido por muitos países, inclusive o Brasil, iniciativa assumida por muitos países, inclusive o Brasil.

Já na área da saúde, a EPS foi apropriada como premissa para atender às necessidades sociais que emergiam das constantes mudanças mundiais nas relações de trabalho, de modo a tornar possível preparar o indivíduo em sua potencialidade, buscando qualificar o atendimento do serviço (BARCIA, 1982).

Por conseguinte, os conceitos de educação permanente, ensino em serviço e educação continuada carregam consigo uma visão de mundo e apropriação de uma determinada orientação. Segundo Farah (2006), a compreensão desses termos pode ser atribuída às exigências dos serviços de saúde, que têm determinado, ao longo dos anos, a necessidade da organização dos profissionais por meio de processos educativos para neles atuarem. E isso implica a apropriação dessa orientação como forma de tornar a gestão de pessoas (Recursos Humanos) capaz de compreender as lacunas dos serviços e os problemas de saúde da população.

As explicações apontadas por Farah (2006) convergem para a difusão dos termos que têm se dado a partir das iniciativas da OPAS/OMS, no final dos anos 1980 (DAVINI; HADDAD; ROSCHKE, 1990), indicando especificamente a educação permanente como vertente pedagógica para o desenvolvimento de pessoas e de mudanças no cotidiano (pedagogia toyotista/liberal).

No entanto, as terminologias: educação permanente, ensino em serviço e educação continuada têm exposto uma polêmica conceitual, e seria coerente referir que todas as três compõem dimensões da educação. Nesse sentido, Farah (2006), que analisou a capacitação em saúde no Brasil, considera o ensino em serviço como conjunto de práticas educativas planejadas para que o funcionário atue de maneira mais efetiva e eficaz, de modo a atingir diretamente os objetivos da instituição. Essa estratégia estaria relacionada a determinações planejadas para assegurar a efetividade de uma ação, ou seja, uma situação pontual.

O conceito de educação continuada considera que é necessário pensar o processo educacional de forma [...] descendente, ou seja, a partir de uma leitura geral dos problemas, identificam-se temas e conteúdo a serem trabalhados com os profissionais, geralmente sob o formato de cursos [...] (USP, 2008, p. 127).

Observa-se que tanto a educação continuada quanto o ensino em serviço orientam as necessidades de capacitação como instrumentalização técnica, sem levar em conta os processos de trabalho, e a decisão para realizá-las se dá de forma descendente. A crítica da OPAS/OMS converge nessa direção, ao afirmar que a educação continuada contribui para atualização de conhecimentos, mas não para operar mudanças nos serviços. Para tanto, a EPS é uma estratégia

político-pedagógica-gerencial adequada, na medida em que a centralidade é o cotidiano do trabalho (LEMOS, 2010).

Dessa maneira, a expressão educação continuada, de acordo com Leite, Pinto e Fagundes (2020), ao citar Ricas (1994) e Motta, Buss e Nunes (2001), tanto dá um enfoque mais técnico para desenvolver novas habilidades como também englobaria as atividades de ensino após o curso de graduação, com as mesmas finalidades: atualização, aquisição de novas informações e/ou atividades de duração definida. Assim, ações de educação continuada têm um caráter de formação pontual com objetivo de responder às lacunas na atuação técnica dos profissionais.

O uso dos termos e expressões não é isonômico entre alguns autores, uma vez que na área da educação é prática recorrente utilizar “educação continuada” para processos de formação no próprio local de trabalho. A adoção dessa estratégia é considerada por Marin (1995), como mais completa à medida que incorpora a ideia de formação no próprio local de trabalho, sem que haja interrupção ou fragmentação de acordo com a finalidade que se almeja alcançar (OPAS 1988; VIEIRA et al., 2006). Nessa mesma direção, Lemos (2010), cita Ramos (2010) e expõe que a educação continuada abrange a formação para a vida e o desenvolvimento humano em sentido amplo, o que a faz ser uma concepção mais aprofundada que a educação permanente.

Em vista disso, a distinção entre os conceitos não os faz serem incompatíveis entre si para serem aplicados. Observa-se que há distintos entendimentos, e não há compreensão comum quanto ao significado único do termo, como se fossem o mesmo, ou parecidos. Para alguns autores como Pascoal (2004), Farah (2006) e, Lemos (2010), a educação permanente abarca a educação continuada e o ensino em serviço.

De alguma forma, a aprendizagem desenvolvida (nas relações pessoais, sociais e profissionais) reverbera em mudanças e transformações do sujeito e, conseqüentemente, intenciona mudanças do mundo. E categoriza educação continuada como uma ação que se desenvolve após a graduação, como expressão de um processo de atualização, aprimoramento e para adquirir conhecimento, ou seja, relacionada mais a normativa para determinadas necessidades, domínio de uma habilidade técnica, com adoção de metodologias formais, previamente definidas as atividades e a duração. Quanto à educação/ensino em serviço, esta seria composta de atividades educativas realizadas durante o processo de trabalho.

A compreensão da OPAS/OMS quanto à educação continuada é de se tratar de uma estratégia pedagógica de transmissão de conhecimentos, e é tarefa dos envolvidos nesse aprendizado dar respostas às determinações do cotidiano do trabalho. Na Série PALTEX, pela

qual a OPAS/OMS oferece didaticamente aos executores de programas de saúde formação, instruções e orientação de apoio às atividades dos governos das Américas, na forma de módulos, para elaboração do Plano de Educação Permanente, são apresentadas as distinções de modelos pedagógicos (de transmissão, de adestramento e de problematização), ilustrando-as como práticas mais consistentes. Mas a ênfase é apontada à EPS como resposta realista e como estratégia pedagógica e institucional para a transformação da prática técnica e social da equipe de saúde (DAVINI, 1995, p. 14).

Na caminhada de proposição de uma estratégia pedagógica, a OPAS/OMS sustenta que os planos de educação continuada e em serviço têm sido realizados de forma fragmentada, distantes dos reais problemas dos serviços e desvinculados de análises contextualizadas do processo de saúde-doença e da estrutura político-institucional.

[...] realizaciones de planes de educación continua en los servicios han sido, en general, fragmentarias, distantes de las reales problemáticas de los servicios y desvinculadas de análisis contextualizado del proceso de salud-enfermedad y del marco político institucional (DAVINI, 1995, p. 10).

Sobre essa crítica, e a partir de estudo realizado em 23 países analisando 155 programas, junto à OPAS/OMS, Vidal e colaboradores apontaram algumas fragilidades que tais ofertas revelaram como: não dispunham de medidas que articulassem o processo educativo com o desenvolvimento do serviço de saúde; eram realizadas de forma descontínua, esporádica para categorias sem vínculo entre si; os objetivos não guardavam relação de alinhamentos com as políticas de saúde; e, quanto a sua organização pedagógica, indicavam que:

[..] estas acciones han seguido concepciones caracterizadas por el establecimiento de relaciones unidireccionales, verticales, y a menudo destinadas exclusivamente a determinadas profesiones hegemónicas, con la consiguiente delimitación del conocimiento (DAVINI, 1995, p. 10).

Na percepção da OPAS/OMS, para superar o enfoque educativo do passado sem desconsiderar as contradições estruturais, é preciso propor métodos para qualificar a força de trabalho vinculada aos serviços de saúde da América Latina, “tendo em vista, haver [...] una falta de correspondencia entre la doctrina educacional y las características de los programas concretos en términos de orientación, objetivos, contenidos, impacto” (DAVINI, 1995, p. 5).

É sob essa premissa que a educação permanente passa a ser uma nova proposta ou alternativa para superar a educação continuada que não tem propiciado o desenvolvimento dos recursos humanos para melhorar a prestação de serviços assistenciais (DAVINI, 1995; LEMOS, 2010).

Ainda que não esteja explicitamente referido, não há indicação de identificar as razões necessárias e causas (diria, a gênese) que motivam promover a transformação da prática. O fato de usar a expressão “transformações das práticas”, necessariamente, não expressa, no sentido genuíno, uma radical mudança estrutural, visto que a adoção da EP é justificada pela necessidade de uma adequação às novas mudanças no mundo do trabalho, sem que para isso se discuta, apresente e/ou considere o processo histórico que culmina nas desigualdades resultantes da exploração dos países mais ricos aos mais pobres ou, mesmo, os problemas de saúde que persistem nos países subdesenvolvidos (MÉSZÁROS, 2008; LEMOS, 2010).

Desse modo, mesmo sendo considerada relevante a atuação da OPAS/OMS, Lemos (2010) alerta que ao adotar como fundamento uma compreensão histórica do processo e envolvendo uma dimensão política com análises estruturais e conjunturais, esses organismos consideram a EPS uma pedagogia superior, em função de esta se posicionar como um referencial crítico da educação e permitir conexão entre teoria e prática. Mas na prática esta ideia crítica traz consigo uma ideologia.

Em vista disso, a OPAS/OMS adota o conceito de educação permanente como elemento para melhorar a qualidade do serviço oferecido à população, sendo concomitantemente uma ferramenta pedagógica de formação de trabalhadores e “um agente gerenciador dos problemas do trabalho capaz de agir na busca coletiva de soluções, à medida que une o pensar e o fazer”, como ressalta Lemos (DAVINI, 1995; 2010, p. 86).

Então, define-se EPS como *"la educación en el trabajo, por el trabajo y para el trabajo en los diferentes servicios, cuya finalidad es mejorar la salud de la población"* (p. 70). E, para tanto, a OPAS/OMS fundamenta em uma compreensão de novas dimensões que atendam a transformações das práticas e dos serviços; o desenvolvimento do conhecimento em função da resolução de problemas da prática e da equipe de trabalho; o compromisso social e profissional, com as metas de saúde e a qualidade da atenção. Por fim, EPS

[...] se convierte en una herramienta de intervención estratégica, capaz de colaborar para generar nuevos modelos y procesos de trabajo en las instituciones de salud a través de la transformación de las prácticas técnicas y sociales (DAVINI, 1995, p. 23).

Como indica Davini (1995, p. 19), observa-se que na adoção desse conceito pela OPAS/OMS há uma razão político-sanitária e de atualização à medida que propõe instaurar novos programas, tanto para atender às demandas dos serviços de saúde quanto de reorientação de políticas sanitárias. E, do mesmo modo, superar deficiências e limitações no processo de formação, como também a obsolescência do conhecimento face ao processo científico-

tecnológico, no sentido de incorporação de tecnologias e recuperação de conhecimentos e habilidades esquecidos.

Outra contribuição que se apresenta é a concepção de que a EPS orienta para mudar as práticas técnicas e sociais ao mesmo tempo, evidenciando aspectos da promoção humana do trabalhador, do trabalho em equipe. Logo, implica na reflexão crítica sobre a prática e o estímulo ao compromisso de transformar a realidade. Para tanto, Davini (1995, p. 21) se refere ao conceito de Haddad de EPS como:

Um proceso permanente que promueve el desarrollo integral de los trabajadores de salud, utilizando el acontecer habitual del trabajo, el ambiente normal del que hacer ensalud y El estudio de los problemas reales y cotidianos, como los instrumentos y situaciones más apropiadas para producir tal aprendizaje.

Acrescentem-se a essa perspectiva, a propósito, as contribuições de Roshcke e Casas (1987), que sustentam que os programas de EPS devem estar ancorados em análises do contexto político e socioeconômico da saúde, em função das transformações que se espera responder aos princípios de equidade e justiça social da saúde; desenvolver uma consciência crítica frente ao reconhecimento da realidade na sua totalidade, para que se tenha ação transformadora.

Em vista disso, portanto, implica integração entre teoria e prática, sobretudo análises e debates sobre as condições de trabalho e respostas à dinâmica político-social de determinada realidade. E, nesse sentido, a EP tem como desafio também diversificar as suas fontes epistemológicas sobre os processos de saúde e doença que são ainda majoritariamente pautados no conhecimento acadêmico biomédico de sociedades ocidentais. Os saberes de povos originários e tradicionais, como é o caso de indígenas e quilombolas latino americanos com seus conhecimentos ancestrais na área da saúde poderiam integrar cada vez mais o conteúdo dos processos de formação em EP.

Dessa maneira, EP assume a função estratégica com um enfoque integrado técnico-organizacional e político, com contornos de reestruturação e desenvolvimento dos serviços, no qual se propõe a transformar o profissional em sujeito, que assume a centralidade do processo de ensino-aprendizagem (RICAS, 1994; LEITE, PINTO e FAGUNDES, 2020). Logo, os programas de EP se baseiam na perspectiva ‘integral’ de análise do contexto e das práticas, visando à melhoria dos serviços de saúde, daí que a “educação é integrada aos processos de trabalho nos serviços de saúde” (DAVINI, 1995).

Vê-se que a EPS é dotada de uma dimensão abrangente e, portanto, envolve aspectos que exigiriam reflexão crítica da realidade quanto às razões que têm gerado os problemas da

saúde e, mesmo, suas expressões sociais, econômicas e políticas. Razões essas que revelam as causas dos adoecimentos, da pobreza, e, sobretudo, as possíveis inadequações educacionais para atender aos problemas de saúde, que afligem, sobretudo, os países subdesenvolvidos.

Tais narrativas, desdobrando-se nas profundezas das causas, não são mencionadas. São contradições reais, que foram omitidas, ou sequer exploradas, com vistas a efetivamente solucionar a pobreza na América Latina, por parte dos organismos internacionais.

Muitas das razões que sustentam a implementação da educação permanente como estratégia de desenvolvimento profissional se atribui às relações determinadas pelo mundo do trabalho, que recebem, na seção seguinte, uma atenção mais específica.

2.5. O mundo do trabalho e as exigências para atender à lógica neoliberal

É sabido que a OPAS/OMS é gerida pelo BM, sendo este mantido por uma ideologia apoiada no capitalismo, e que o processo de mudanças proposto por essa entidade se insere em um contexto de interesses sustentados por um modelo de mudanças de produção capitalista. Assim, o redirecionamento da EPS promovido pela OPAS/OMS visa se adequar às novas mudanças impostas pelo mundo do trabalho, uma vez que se tem a compreensão de que:

[...] as empresas passam a exigir novos patamares de qualificação para o trabalhador, que, para conseguir um posto de trabalho, precisa de mais escolaridade e maior polivalência: não há consenso em torno da proclamada “revalorização dos recursos humanos” decorrente do processo de modernização empresarial. Se por um lado os trabalhadores se veem obrigados a intentar esforços adaptativos às exigências dessa nova conformação da produção, por outro um número cada vez maior de excedente de mão-de-obra encontra-se nas vias informais ou submetidas a formas precárias de trabalho (BRASIL, 2004a, p. 52).

O fordismo, em sua condição de paradigma da indústria automobilística criado a partir de 1914 e perdurando até meados da década de 1980, baseava-se na ideia de análise de organização do trabalho de Frederick Taylor conhecida como “administração científica”. Sustentava-se com a adoção da divisão de tarefas hierarquizadas, de maneira sistematizada, determinando a cada trabalhador produzir de forma mecanizada, e repetitivamente, numa ação parte de uma série (linha de montagem), como uma engrenagem. A característica principal desse modo de organização está relacionada com a maximização da produção atrelada ao máximo aproveitamento da mão de obra (ANTUNES, 2009; MOTA, 1998; CISLAGHI, 2015).

A ênfase é controlar o trabalho exigindo produzir cada vez mais e em menor tempo, articulando produção em massa e automaticamente para o consumo em massa também. Sob

essa lógica, adotou-se um conjunto de mudanças nos processos de trabalho vinculado para as novas formas de consumismo social, entre elas o tempo de trabalho, isto é, o tempo de produção era monitorado para cumprimento da tarefa no menor tempo possível, juntamente com os estímulos para a produção dos trabalhadores (ANTUNES, 2009).

Esse modelo de trabalho em série, como sistema de produção, explorava a mão de obra com jornadas de trabalho absurdas e poucos direitos trabalhistas, resultando no aumento da taxa de exploração com cargas horárias excessivas e salários insuficientes para viver e, também, absurdas taxas de lucros, que foram essenciais para a manutenção do modelo de produção capitalista (ANTUNES, 2009; MOTA, 1998).

Com a expansão da industrialização no pós-guerra, o modelo de administração, reconhecido como era taylorista/fordista, adotou outras estratégias para manter o objetivo de aumentar a eficiência operacional do trabalho. E, então, na necessidade de racionalizar o trabalho tanto na função dos operários quanto na função da gerência. De um lado, pela necessidade de otimizar o tempo, que era desperdiçado frente à capacidade dos operários, que atuam sem muita técnica; de outro, uma força intelectual, que planeje e gerencie.

Nesse modelo, cabe ao gerente o planejamento com base em métodos para controle dos trabalhadores, que passam a ser supervisionados para evitar o tempo ocioso e assim estimular a produção máxima. Ou seja, para elevar a produção industrial era essencial aperfeiçoar o trabalho. Para isso, era necessário que os operários fossem instruídos quanto à função a ser realizada, buscando o melhor aprimoramento. Foi dessa forma que passaram a acontecer os treinamentos embasados em métodos científicos, pelos quais as atividades eram planejadas de tal sorte que era definida uma padronização do trabalho e maior controle da linha de produção visando diminuir o tempo gasto e o esforço desnecessário. Dar lucro à empresa era, pois, fundamental.

Nota-se que por essas vias ocorre uma divisão do trabalho produtivo em que o saber é expropriado do operário, poupando somente os ocupantes de cargos mais altos, como os de gerência e os de instrutor/docente. Também em função dos métodos e técnicas, foram estipulados prazos de entrega, jornadas de trabalho, horários de descanso. Passa-se, mais uma vez, a ser substancial atuar e desenvolver com fundamentos na ciência para que se possa dar lucro à empresa (CISLAGHI, 2015).

Por essa lógica, métodos incorporam uma ideologia capitalista de redução do saber do operário ao cumprimento de ordens, ou seja, ter maior rendimento do serviço do trabalhador (operariado) da época exigia que tivesse qualificação, uma preocupação em controlar o trabalho a qualquer nível de tecnologia.

Após a Segunda Guerra Mundial, o ciclo de expansão capitalista inaugura o Estado de Bem-Estar-Social, ou Welfare State, a partir do novo modelo de economia keynesiana, que perdura até o final dos anos de 1970.

Nesse modelo, coube ao Estado a função de controle e regulação econômica e social com a instituição do salário mínimo, do seguro-desemprego, da redução da jornada de trabalho e serviços sociais universais como educação, segurança, saúde etc., ou seja, expressões de assistência médica e social gratuita, para manter um bom nível de emprego. Essa medida atribuiu a ideia do padrão mínimo de vida aos trabalhadores e se configura como resposta determinada pela luta de classes, tendo de um lado os trabalhadores com reivindicações por direitos e, do outro, as forças do mercado (ARRETCHE, 1996; BEHRING & BOSCHETTI, 2011; BOSCHETTI, 2008; LEMOS, 2010; PEREIRA, C., 2016).

Essas novas circunstâncias também desencadearam mudanças nas relações de trabalho, à medida que o modelo organizativo de produção do fordismo e taylorismo, com o rigor do seu método, deu mostras de saturação e não mais dava conta de responder a questões advindas e que se apresentaram no mundo do trabalho, posto que se instalou um quadro crítico, ameaçando a base do capital sustentado desde a Primeira Guerra Mundial (LEMOS, 2010; ANTUNES, 2009).

Esses sinais de saturação tiveram como traços: a queda da taxa de lucro, dada devido ao aumento do preço da força de trabalho e pela intensificação das lutas sociais dos anos 60, que provocaram a redução dos níveis de produtividade do capital; o esgotamento do padrão de acumulação taylorista/fordista de produção, tendo em vista a incapacidade de responder à retração do consumo que se acentuava, como resposta do desemprego que se iniciava; a crise do Welfare State, pois seus mecanismos de funcionamento acarretaram a crise fiscal do Estado capitalista e impôs a necessidade de retração dos gastos públicos e sua transferência para o capital privado; e o incremento das privatizações, tendência à flexibilização e desregulamentação do processo produtivo, dos mercados e da força de trabalho (ANTUNES, 2009; CISLAGHI, 2015).

Essas são algumas das evidências apontadas por Antunes (2009, p. 31), as quais revelam que o excesso da capacidade e de produção acarretou perda da lucratividade nas indústrias de transformação, sinalizando a emergência de um novo ciclo do sistema capitalista, gerando a crise do seu padrão estrutural.

Nesse quadro de crise, a rigidez no trabalho adotada pelo modelo de produção taylorista/fordista, em que era realizado de acordo como rendimento do operário, para a geração do estoque, com a produção em menor tempo e menor gasto, já não se sustentava. Pois, então,

o trabalhador tinha de exercer apenas uma função e, sendo o trabalho inteiramente subordinado à gerência, e produção, em massa, tal padrão de produção que já não era possível de ser aplicado. Essas mudanças e o desmoronar nas relações de trabalho e do modelo de produção provocaram, como afirma Antunes (2009, p. 33):

[...] um processo de reorganização do capital e seu sistema ideológico e político de dominação, cujos contornos mais evidentes foram o advento do neoliberalismo, com a privatização do Estado, a desregulamentação dos direitos do trabalho e a desmontagem do setor produtivo estatal [...].

Além disso, novas técnicas de gerenciamento da força de trabalho, juntamente com a liberação comercial e novas formas de domínio tecnocientífico, vão caracterizar esse período tendo como núcleo central países capitalistas avançados como EUA, Alemanha e Japão. Esse contexto, demarcado a partir dos anos de 1970, é reconhecido como crise estrutural do capital e se estende até os dias atuais. E trouxe inúmeras consequências, dentre elas, a implementação do processo de reestruturação do capital com a finalidade de recuperar o seu ciclo produtivo e repor o seu projeto de dominação societal, face aos conflitos provocados pelo excesso da capacidade e de produção, que resultaram na perda da lucratividade das indústrias de transformação (ANTUNES, 2009).

Entre as mudanças no processo produtivo, tem-se a constituição das formas de gestão organizacional do avanço tecnológico, como modelos alternativos ao binômio taylorismo/fordismo; nesse sentido, evidencia-se o toyotismo⁵⁹, que remodela o sistema de administração de empresa, seguido da Qualidade Total (QT) e outras técnicas de gestão.

O toyotismo, enquanto modelo de fabricação, propaga-se para as grandes companhias do país asiático. Portanto, liderados pelos japoneses, foram implantados modelos de gestão desenvolvidos a partir de tecnologia eletrônica e dos computadores, remodelando os sistemas de administração. A partir desses elementos, o modelo, com nova configuração, caracterizou-se pela produção em lotes: trabalho realizado de acordo com a demanda; não há geração de estoque; produção voltada à necessidade do consumidor (ANTUNES, 2009; LEMOS, 2010). Fundamenta-se no trabalho operário em equipe, que desempenha diversas funções.

Outro ponto a se destacar é que esse trabalho se faz com maior autonomia em relação à supervisão da gerência, é organizado com controle de qualidade, sendo realizado, ao longo do

⁵⁹ Refere-se à criação, entre os anos 1948-1975, pelos engenheiros Taiichi Ohno, Shingeo Singo e Eiji Toyota, na fábrica da Toyota, no Japão, de um modelo de fabricar com menor custo possível, e assim responder às necessidades do país, que no pós-guerra não tinha capital para importar matéria-prima.

processo, em Círculos de Controle de Qualidade (CCQs), nos quais os trabalhadores, como afirma Antunes (2009, p. 57):

[...] são instigados a discutir seu trabalho e desempenho, com vistas a melhorar a produtividade das empresas convertendo-se num importante instrumento para o capital apropriar-se do saber intelectual e cognitivo do trabalho.

Nesse aspecto, o modelo toyotista apresenta uma lógica integrativa do operariado nas organizações do trabalho, criando, assim, a possibilidade de estabelecer um labor com maior envolvimento dos trabalhadores, motivados a participar desde o planejamento até o cuidado com a qualidade da empresa. Estes se vinculam ao processo de trabalho, desenvolvendo sentimento de pertença em função da equipe de trabalho, agora família empresarial, como a ideologia da Qualidade Total sugere.

Estabelecer esses vínculos confere aos trabalhadores maior autonomia frente os processos de produção e conduz a novas formas de apropriação da subjetividade deles. O seu saber e suas formas de interação para com a empresa são elementos decisivos para ampliação do lucro.

Esses são alguns dos aspectos que diferenciam o toyotismo do taylorismo/fordismo, que desprezava tais possibilidades. Então, dissemina-se como sistema produtivo flexível, com agilidade e capacidade de respostas mais eficazes e eficientes às novas exigências de um mercado em crise. Revela, por outro lado, a perversidade sutil do capital ao intensificar a exploração do trabalho, à medida que os operários trabalham simultaneamente, e de maneira diversificada, com várias máquinas (o chamado *teamwork* ou trabalho em equipe). Também, nesse modelo, a responsabilidade de elaboração e controle da qualidade não é mais concentrada na gerência como ocorria naqueles modelos (taylorismo/fordismo); agora, a ação passa a ser apropriada pelos trabalhadores.

A junção da política de ganhos sociais e seguridade social, constituída pelo Estado de Bem-Estar social ou keynesianismo, essa “forma de sociabilidade fundada no compromisso” do sistema toyotista, contribuiu, em certa medida, para manter os trabalhadores mais distantes das ideias socialistas, além de incrementar a economia com taxas positivas de lucros (ANTUNES, 2009 p. 40; LEMOS, 2010).

Sob essa lógica se tem uma intensificação do ritmo produtivo dentro do mesmo tempo de trabalho que, aliada ao uso de tecnologia associada à informática, passa a exigir novas habilidades, quer seja, apropriação das atividades intelectuais do trabalho. Assim, criam-se as

condições ideais, ou pelo menos apropriadas, para a retomada dos ciclos de acumulação e da recuperação da rentabilidade para o capital (ANTUNES, 2009; LEMOS, 2010).

É, portanto, sob essas formas de execução do trabalho adotadas pelo capital, que se amplia a exploração do trabalho combinadas nas formas relativas e absolutas de extração da mais-valia, conforme lembra Lemos (2010, p. 58) explicitando com referência a Marx:

Comparando o processo de produzir valor com o de produzir mais-valia, veremos que o segundo só difere do primeiro por se prolongar além de certo ponto. O processo de produzir valor simplesmente dura até o ponto em que o valor da força de trabalho pago pelo capital é substituído por um equivalente. Ultrapassando esse ponto, o processo de produzir valor torna-se processo de produzir mais-valia [*valor excedente*] (MARX, 1983, p. 220).

O sistema passa, assim, a exigir trabalhadores mais qualificados e multifuncionais, absorvendo mais o tempo deles e afetando o seu tempo livre, na medida em que passam a viver intensamente a empresa dentro e fora dela.

Essa nova reestruturação de exploração e intensificação do trabalho pelo modelo de produção desenvolve uma valorização do capital pelos saberes do trabalhador, que é transformado em mercadoria de grande potencial de lucratividade. Soma-se a esse segmento de trabalhadores mais qualificados (em menor número) outro conjunto de trabalhadores, em maior número, flutuante, flexível, com contratos temporários, com função diferenciada em função das condições do mercado em que se inserem, configurando o trabalho terceirizado. Tem-se, portanto, aqueles trabalhadores dotados de qualificação que se associam às empresas e aqueles que constituem a modalidade denominada terceirização.

A terceirização é mais uma condicionalidade para ampliar a acumulação do capital, à medida que utiliza trabalhadores de empresas subcontratados, na perspectiva de serem temporários, em condições que tendem a ser precárias, com salários menores e jornadas de trabalho maiores; pode ser comparada ao praticado com os trabalhadores associados (dotados de qualificação que se fidelizam, geralmente empregos vitalícios) à empresa, e usualmente para desenvolver atividade que exige pouca qualificação ou que não seja a função precípua dessa empresa que subcontrata outras empresas (ANTUNES, 2009; CISLAGHI, 2015).

Portanto, o processo de constituição histórica do modelo de produção toyotista ofereceu as possibilidades de sobrevivência do capital, para assegurar lucros por novas formas de exploração no mundo do trabalho, afetando tanto os trabalhadores como os consumidores. Com isso, a partir de suas relações de produção, demarca a instalação/instauração do neoliberalismo (LEMOS, 2010, p. 75).

Antes de se referir às novas exigências de um perfil profissional que a lógica neoliberal tem imposto nas últimas décadas, é necessário refletir sobre o modelo neoliberal e suas implicações na nova ordem societária.

A doutrina neoliberal ou ultraliberal tem como figura precursora August Von Hayek, considerado fundador da vertente do liberalismo (econômico), com ideias de combate ao intervencionismo estatal e à defesa de um retorno ao mercado desregulado. Em seu livro “O caminho da servidão” (1944), juntamente com Friedman, ele procura demonstrar como o intervencionismo estatal levaria ao totalitarismo e à perda da liberdade.

Nesse sentido, ao tratar do planejamento estatal e liberdade, lembra-se que o keynesianismo-nazismo-socialismo são formas de planejamento estatal que constituíram limites à liberdade, tais como o caminho da servidão, ou seja, os regimes totalitários eliminam as liberdades individuais. Enfatizam a concorrência no mercado como motor da liberdade; a desigualdade social e a concorrência como alavancas do desenvolvimento e do progresso; a ação minimalista do Estado na questão social. Para isso, apresenta propostas de “minimização do Estado” e a “desregulação do mercado” nos clássicos do liberalismo e nos neoliberais (ANTUNES, 2009; MONTAÑO, DURIGUETTO, 2011; CISLAGHI, 2015; LEMOS, 2010).

Portanto, o projeto hayekiano inspirador dos postulados neoliberais surge como alternativa (liberal) e contraposta ao keynesianismo, ao planejamento social estatal, à justiça social e à diminuição da desigualdade. Contém bases teórico-ideológicas do projeto neoliberal e constitui ataque frontal ao caminho seguido, no 2º pós-guerra, pelos países capitalistas avançados de intervencionismo estatal, como totalitarismo inibidor do sistema de liberdades individuais e na defesa dos postulados dos clássicos do liberalismo de um Estado mínimo e da livre concorrência do mercado.

Hayek acusa o keynesianismo de desvirtuar os princípios liberais ao planejar centralmente a vida dos cidadãos, com intervenção estatal no mercado e limitando a liberdade econômica e política dos indivíduos; e, dessa forma, assume posição estratégica entre os liberais que visam o desenvolvimento da acumulação capitalista (MONTAÑO, DURIGUETTO, 2011).

Com essas características, instaura-se o modelo neoliberal, como plano ideológico, no qual o mercado é a referência central que passa a regular a vida social, estimulando o consumo, o individualismo e a competitividade, sob o argumento da retomada do crescimento econômico. Assim, a partir dos anos 1970-1980, políticas neoliberais surgem como “um projeto político de restabelecimento das condições de acumulação do capital e de restauração do poder das elites econômicas” (HARVEY, 2005, p. 27).

A centralidade do modelo neoliberal, este, impulsionado com as técnicas do toyotismo, se fundamenta na ideia de liberdade econômica na construção do Estado Mínimo, com suas funções sociais reduzidas e com a exclusão de direitos historicamente garantidos. Ou seja, políticas de saúde, educação, assistência social, juntamente com direitos à estabilidade de emprego, aposentadoria, escolas gratuitas, dentre outros que compunham a política do Welfare State (ou a do Bem-Estar Social), deixam de ser garantidas pelo Estado e passam a ser consideradas funções estatais que impedem o crescimento econômico. Entretanto, a considerável redução dos gastos sociais carrega algumas implicações como a diminuição da oferta de serviços públicos e de subsídios ao consumo popular, e essas medidas contribuem para deteriorar as condições de vida.

A criação do plano ideológico sustentado por Hayek e Friedman considera a desigualdade social uma prática saudável para todos, já que promove a competitividade e, por si, gera ou repercute no crescimento de toda a sociedade. Contudo, o que se tem assistido é cada vez mais menos sociabilidade e o aumento da miséria.

A vigência do neoliberalismo levou à reestruturação produtiva da era da acumulação flexível. São constatações de Antunes (2009), cujas análises apontam que essa conformação tem acarretado profundas mudanças no interior do mundo do trabalho em função da lógica societal do modelo liberal que prioriza a produção de mercadorias, voltada para a valorização do capital. Entre as consequências que têm colaborado para o aumento da miséria, já referido, estão o desemprego estrutural, o contingente de trabalhadores em condições precárias e a degradação na relação entre homem e natureza.

Esse autor, por sinal, aponta outro desdobramento sucedido com a implantação do projeto neoliberal, o qual se liga à despolarização das relações sociais, que se contrapõe à cultura democrática e igualitária; estas ocorreram a partir da primeira experiência de implantação do neoliberalismo inglês e estadunidense, com a ascensão de Margareth Thatcher e Ronald Reagan, respectivamente. Já no Brasil, o processo de implementação do neoliberalismo ocorreu no governo de Fernando Collor de Mello, sendo intensificado pelo governo de FHC.

Na Inglaterra, como refere Antunes (2009, p. 25), houve alterações profundas, desde o seu parque produtivo, com redução de empresas estatais e expansão dos serviços privados até a reconfiguração da nova divisão internacional do trabalho, com repercussões na forma de ser da classe trabalhadora, de seu movimento sindical, seus partidos, seus movimentos sociais e dos seus ideários e valores.

As razões dessas mudanças no mundo do trabalho são apontadas por Antunes como um processo complexo pelo fato de elas se basearem na existência de um mercado de trabalho

desregulamentado e muito flexibilizado, atendendo ao projeto neoliberal que passou a ditar o ideário e o programa a serem implementados pelos países capitalistas, tanto os centrais quanto os subdesenvolvidos, cujos resultados foram:

[...] reestruturação produtiva, com privatização acelerada, enxugamento do Estado, políticas fiscal e monetária sintonizadas com os organismos mundiais de hegemonia do capital, como o FMI e o Bird, desmontagem dos direitos sociais dos trabalhadores, combate cerrado ao sindicalismo de esquerda, propagação de um subjetivismo e de um individualismo exacerbados, dos quais a cultura “pós-moderna” é expressão, animosidade direta contra qualquer proposta socialista contrária aos valores e interesses do capital etc. (ANTUNES, 2009, p. 187).

Consequências ou problemas relevantes, como trata Antunes (2009), desse novo contexto de transformações intensificadas pelo avanço tecnológico e mudanças no próprio processo produtivo, decorrem da necessidade de controlar o movimento operário e a luta de classes, que afetam sobremaneira a classe trabalhadora e o seu movimento sindical, à medida que busca adesão por parte dos trabalhadores para assumirem o projeto do capital. Ou seja, busca-se o consentimento e a adesão dos trabalhadores para viabilizar esse projeto tal qual foi desenhado e concebido.

O resultado desse processo, segundo esse autor, é uma forma de alienação ou estranhamento provocando interiorização do processo do ideário do capital que se revela nas consequências como

[...] aumento acentuado das inúmeras formas de subproletarização ou precarização do trabalho, decorrentes da expansão do trabalho parcial, temporário, subcontratado, terceirizado, e que tem se intensificado em escala mundial tanto nos países do Terceiro Mundo como também nos países centrais; [...] aumento expressivo do trabalho feminino no interior da classe trabalhadora, em escala mundial (ANTUNES, 2009, p. 188).

Por isso, a complexidade do processo envolve as múltiplas faces do mundo do trabalho, não implicando na eliminação da classe trabalhadora, mas exigindo novas formas de participar do processo produtivo. Conforme lembra Antunes, é dessa forma que “a classe trabalhadora se fragmentou, se heterogeneizou e se complexificou”. Pela mesma razão, tem ocorrido a exigência de trabalhadores qualificados para os mais variados setores, em que há uma intelectualização do trabalho e requisição do trabalhador multifuncional, de modo que o desenho se configura com uma massa de trabalhadores precarizada, sem qualificação que é atingida pelo desemprego estrutural e uma minoria de trabalhadores polivalente. Tem-se presente no mundo do trabalho uma classe trabalhadora submetida à dualidade entre mercado

formal/informal, homens/mulheres, jovens/velhos, estáveis/precários, imigrantes/nacionais (ANTUNES; 2009, p. 181).

Resumindo, o processo de construção histórica do modelo de produção toyotista, inspirado no fordismo/taylorismo, e agregado à visão neoliberal, impôs novas exigências de um perfil profissional para atender à nova lógica determinada pelo ideário neoliberal, ao longo das últimas décadas.

Diante dessa necessidade, se insere o discurso e um trabalho teórico em torno dessa educação, especificamente da educação permanente, como fenômeno, como uma educação fora da escola que se prolonga durante toda a vida, desenvolvida pelos organismos internacionais (GADOTTI, 1987).

Na seção seguinte, vamos refletir a necessária compreensão sobre concepções teóricas da educação, relações com perspectivas pedagógicas denominadas “inovadoras com neoliberalismo”, que mobilizaram o fenômeno educação permanente, e seus pensadores/percursores/pioneiros no âmbito da educação.

2.6 Educação permanente: concepções teóricas e vertentes metodológicas

Entre as mudanças referidas na seção anterior, interessa aqui destacar as iniciativas por parte do Estado determinadas pela exploração e a intensificação do trabalho, apontadas pelo capital, com a exigência de saberes do trabalhador, o que o impulsiona a ser mais qualificado. Por outro lado, em função dessa lógica de mercado, propostas de formação, qualificação e aprimoramento profissional têm sido desenvolvidas (algumas delas, já abordadas neste texto). São propostas demarcadas por intensos processos de mudanças oriundos da tecnologia, da industrialização, da urbanização e da transição de uma burguesia agrária para nova burguesia urbana, que afeta o campo da educação.

Nesse contexto de mudanças, pode-se dizer que há dois movimentos: um para dar conta das exigências do mercado, afinado com as reconhecidas pedagogias inovadoras, a partir da construção de proposta e correntes pedagógicas as quais não são “fundamentadas na concepção histórico-social de ser humano”, como o construtivismo⁶⁰ e seus desdobramentos (DUARTE, 2001, p. 52). Aqui considerado como medida para manter o sistema de sobrevivência do capitalismo, no sentido de tornar os indivíduos motivados a aprender, desde que seja algo útil

⁶⁰ O construtivismo, com seu lema “aprender a aprender”, torna-se um grande modismo a partir da década de 1980, inclusive no Brasil.

à sua adaptação determinada pelo mercado, de modo que o trabalhador sempre apresente as condições para atender à flexibilidade das demandas. E, do lado antagônico, o movimento por mudanças a partir da função social da educação.

Fazemos um parêntese acerca das tendências pedagógicas que resultaram em reformas do ensino brasileiro, sob a denominação de *pedagogias novas*, como medidas para superar a Escola Tradicional⁶¹. Também conhecida como Escola Nova, propõe a renovação da mentalidade dos educadores e das práticas pedagógicas. Para tanto, buscava a modernização, a democratização, mediante as exigências do processo de industrialização e a urbanização da sociedade, a partir da compreensão de que a educação seria responsável por inserir as pessoas na ordem social.

Foi um movimento de reforma do ensino brasileiro que contou com duas correntes: o construtivismo e o escolanovismo (ou Escola Nova), que dividiu o pensamento renovador em dois grupos: liberais e católicos. Seus formuladores introduzem “o pensamento liberal democrático defendendo a escola pública para todos, a fim de se alcançar uma sociedade igualitária e sem privilégios” (ARANHA, 1996, p. 198). Seu aspecto mais importante e político é a visão que associa educação aos processos sociais, em que a escola deve atender aos desafios da sociedade; e isso deve ser feito de forma crítica e dialogada.

Com a Escola Nova se apresentam métodos que se opõem aos tradicionais, que passaram a ser vistos como obsoletos e conteudistas; em contrapartida, os métodos novos são mais valorizados. Para tal, considera-se como pedagogias ou metodologias inovadoras a aprendizagem significativa, metodologias ativas, aprender a aprender, pedagogia por competências.

Os fundamentos que sustentam essas opções pedagógicas de ensino partem do conceito de um “mundo de mudança”, que procuravam se situar dentro de um presente “eternamente novo”, capaz de abranger todas as possibilidades do futuro (SAVIANI, 1987, p. 59). Por meio dessas pedagogias inovadoras, tem sido possível acompanhar o desenvolvimento e progresso capitalista, com a ênfase e preocupação, sobretudo, com a formação do homem para a democracia e para uma sociedade em constante mutação. Baseia-se na vida para torná-la melhor, de sua reconstrução em níveis cada vez mais elaborados (GADOTTI, 1994).

Entretanto, uma visão crítica a respeito dessa Escola Nova tem desmistificado o otimismo de alguns educadores mostrando que toda educação é política e que se constitui em função dos sistemas de educação implantados pelos Estados modernos, através dos quais as

⁶¹ Escola Tradicional, ou seja, focada no ensino de conteúdos.

classes dominantes preparam a mentalidade, a ideologia, a conduta dos indivíduos para reproduzirem a mesma sociedade e não transformá-la (GADOTTI, 1994).

Esse viés conservador foi denunciado por Paulo Freire, à medida que a Pedagogia Nova, como escola, podia servir tanto para a dominação quanto para a educação como prática de liberdade. Mesmo assim, afirma que a Escola Nova não foi um mal em si, pois representou, na história das ideias e práticas pedagógicas, um considerável avanço. Inclusive, com as contribuições do positivismo e do marxismo, daí se constituir num movimento complexo e contraditório. E, na condição de um movimento liberal, a Escola Nova também teve influência dos educadores socialistas (GADOTTI, 1994).

Então entram em cena processos educacionais que se contrapõem, aparentemente, às determinações de mudanças que visam intensificar a exploração do homem pelo trabalho que gera alienação. E, nessa perspectiva de exigência de mudanças, a educação, além dos seus elementos metodológicos e pedagógicos, tem um papel social.

Essa função social da educação é apontada por teóricos, a exemplo de Saviani (1999), que propõem uma educação crítica que possa compreender a escola como reprodutora dos interesses do Estado, e que possa lutar justamente contra este mecanismo histórico, garantindo uma educação de qualidade aos trabalhadores com aplicação/adoção das teorias pedagógicas cujo fundamento é a reflexão sobre as práticas educativas.

Nesta direção, Saviani (1999), apresenta sua crítica ao sistema educativo como um todo, ao colocar a escola como fator de marginalização, pois a mesma é destinada a atender aos interesses do Estado burguês. E, também, critica a Pedagogia Nova, identificando-a como pedagogia burguesa, que serviu para elevar o ensino oferecido às elites e rebaixar o oferecido às massas, legitimando as desigualdades.

Logo, os métodos escolanovistas se tornaram hegemônicos para grande parte dos educadores. Isso, para Saviani, colocou a marginalidade como efeito do sistema educacional brasileiro, que não tem por finalidade educar, uma vez que essa nova metodologia não veio acompanhada de mudanças efetivas no ambiente educacional, perdeu todos seus possíveis potenciais transformadores e/ou revolucionários, segundo esse teórico.

Ao fazer a crítica aos métodos escolanovistas contrapondo-os aos métodos tradicionais, esse teórico ressalta que há um caráter reformista que não pode dispensar ou desconsiderar tudo que já havia sido construído para substituir por métodos novos. Há que se encontrar um equilíbrio entre as duas práticas, pois descartar o que foi criado e produzido é negar todo o processo histórico de construção educacional apesar das suas falhas, se for se considerar que a

escola não cumpre sua função essencial que é educar criticamente, transformando seus alunos em seres conscientes (SAVIANI, 1999).

E ele avança sua crítica reflexiva ao se referir à dispensa de algumas práticas consideradas tradicionais, que enfatizam conteúdos científicos, argumentando que essa medida priva os alunos de um ensino que mostre sua condição histórica e sua própria identidade. Com isso, ressalta que a prioridade máxima, no interior da escola, são os conteúdos, como a “única forma de lutar contra a farsa do ensino” e romper com o “domínio da cultura que constitui instrumento indispensável para a participação política das massas” (SAVIANI 1999, p. 65-66).

A crítica e a proposição apresentadas por Saviani também são associadas por Duarte (2001). Este, ao fazer a crítica a essas concepções ocorridas a partir da década de 1980, considera um grande modismo, sobre o ato de ensinar, à medida que se trata do revigorecimento das concepções educacionais, calçadas no lema “aprender a aprender”, nos ideários educacionais contemporâneos. E segue fundamentando que a sua presença hegemônica não se considera um fenômeno isolado ou desvinculado do conteúdo mundial das duas últimas décadas. Advém do aguçamento do processo de mundialização do capital e de difusão, na América Latina, do modelo político-ideológico neoliberal e aos seus correspondentes no plano teórico: o pós-modernismo e o pós-estruturalismo.

Saviani reforça sua crítica a métodos antigos como o dos construtivistas, os escolanovistas. E aí também inclui a pedagogia das competências e o aprender a aprender, os quais foram priorizados por alguns educadores em detrimento do que já havia sido elaborado, como métodos tradicionais e que passaram a ser identificados como obsoletos e conteudistas, o que resultou na valorização dos novos métodos (SAVIANI, 1999). A ênfase de Saviani acerca dessas “novas pedagogias” se fundamenta no entendimento de que a sua finalidade é

[...] dotar os indivíduos de comportamentos flexíveis que lhes permitam ajustar-se às condições de uma sociedade em que as próprias necessidades de sobrevivência não estão garantidas. Sua satisfação deixou de ser um compromisso coletivo, ficando sob a responsabilidade dos próprios sujeitos que, segundo a raiz etimológica dessa palavra, se encontram subjugados à “mão invisível do mercado” (SAVIANI, 2007, p. 435).

Nossa constatação é a de que o “aprender a aprender” (entendido como emblema dos ideais pedagógicos escolanovistas) manteve-se forte no ideário pedagógico independentemente da existência ou não de menções explícitas a esse movimento e aos autores que foram as suas principais referências.

Para superar esse conflito, Saviani apresenta a Teoria da Curvatura da Vara. Com a metáfora da vara torta, que pende para o lado da Pedagogia Nova, e, para colocá-la no ponto correto, é preciso curvá-la, de tal modo que não penda para a Pedagogia Tradicional, porém para a valorização dos conteúdos a partir de uma terceira via, de equilíbrio, que é a Pedagogia Revolucionária. Segundo esse autor, tal pedagogia busca a inserção das camadas populares no processo democrático, lutando por uma educação de qualidade e que se coloque a serviço da transformação das relações de produção. Logo,

[...]... identifica as propostas burguesas como elementos de recomposição de mecanismos hegemônicos e se dispõe a lutar concretamente contra a recomposição desses mecanismos de hegemonia, no sentido de abrir espaço para as forças emergentes da sociedade, para as forças populares, para que a escola se insira no processo mais amplo de construção de uma nova sociedade (SAVIANI, 1999, p. 67-68).

Com a compreensão do processo de apreender, esse autor apresenta a possibilidade de inserção das camadas populares no processo democrático, como expressão de luta por uma educação de qualidade e que se coloque a serviço da transformação das relações de produção. Essa medida segue na mesma direção da autonomia e emancipação pela educação a que se refere Mészáros (2008), para o qual o processo de conhecimento, e de ensino-aprendizagem, se compõe como elemento necessário para transformar em realidade o ideal de emancipação humana, e junto à determinação e dedicação dos indivíduos para alcançar, de maneira bem-sucedida, a emancipação da humanidade.

Considera-se, portanto, que o desenvolvimento de processos educativos é orientado por diretrizes políticas, que enfrentam complexos desafios na prática. A teoria de Saviani aponta uma estratégia de investir para enfrentar as mudanças no mundo do trabalho em geral, que objetivam reorientar, ajustar, inovar na direção da transformação, a partir e com o conjunto de necessidades do homem, sejam elas intelectuais, culturais, lúdicas, afetivas e tantas outras. Trata-se de estratégias educacionais a que se associam outros teóricos como Paulo Freire, Frigotto, Newton Duarte, entre outros.

Paulo Freire aponta como tema central, no livro *Pedagogia da Autonomia* (1996), além da formação docente, orientações de práticas pedagógicas, para o exercício de uma educação transformadora que leve o estudante ao pensamento crítico e autônomo. Sua ênfase está na formação crítica tanto da parte do docente como do aluno.

Para tanto, indica atributos indispensáveis como: reflexão diária sobre a prática e a ética, por parte do professor, como necessários para construir uma consciência crítica e assumir-se responsável pela formação humana: “[...] na formação permanente dos professores, o momento

fundamental é o da reflexão crítica sobre a prática. É pensando criticamente a prática de hoje ou de ontem que se pode melhorar a próxima prática [...]” (FREIRE, 1996, p. 22).

Quanto ao processo de ensino-aprendizagem do estudante, coloca como sendo necessário valorizar aquilo que ele traz consigo e de respeitá-lo como ser humano, pois é parte fundamental do processo de construção do conhecimento. E ambos devem reconhecer que o ato educativo não é neutro, mas um ato político, que exige tomada de decisões, isto é, a transmissão do conhecimento carrega em si ideologias próprias daquele que as transmite:

A educação não vira política por causa da decisão deste ou daquele educador. Ela é política. Quem pensa assim, quem afirma que é por obra deste ou daquele educador, mais ativista que outra coisa, que a educação vira política, não pode esconder a forma depreciativa como entende política. Pois é na medida mesmo em que a educação é deturpada e diminuída pela ação de baderneiros que ela, deixando de ser verdadeira educação, possa a ser política, algo sem valor (FREIRE, 1996, p. 69).

Ao tomar consciência da educação como ato político, Freire propõe um educador revolucionário, ou seja, que desenvolve as competências e habilidades necessárias para o ato de educar, a partir da reflexão diária, com ética e responsabilidade pela formação humana. A preocupação não se limita com o conteúdo, mas com a formação crítica de seus alunos, levando-os à consciência de sua condição histórica de existência para a transformação social (FREIRE, 1996, p. 69).

A propósito, Saviani e Freire enfatizam o processo de transformação social por meio da educação. Ainda que de maneira diferente, o essencial é a abordagem do papel social que a educação desempenha na sociedade contemporânea. Tem-se a crítica de Saviani ao sistema educativo, destinado a atender, prioritariamente, aos interesses do Estado burguês.

Ele critica, especificamente, os métodos escolanovistas, que se tornaram hegemônicos para grande parte dos educadores. Acredita que essa nova metodologia não veio acompanhada do propósito de mudanças efetivas no ambiente educacional, o que a fez perder o possível potencial transformador e/ou revolucionário de que também trata Freire.

Freire (1996) se volta para a ação educativa do educador como parte fundamental no processo de transformação histórica, destacando que não há neutralidade das ações, ou seja, educar é um ato político, é preciso saber a serviço de quem e para quem está:

O educador e a educadora críticos não podem pensar que, a partir do curso que coordenam ou do seminário que lideram, podem transformar o país. Mas podem demonstrar que é possível mudar. E isto reforça nele ou nela a importância de sua tarefa político-pedagógica (FREIRE, 1996, p. 70).

Portanto, a ação diária é uma prática educativa de tomada de decisões e escolhas; a toda hora, o educador já expõe seus valores e convicções, e suas práticas irão gerar reação ou consequência. Daí a importância de se reconhecer esse papel, pois é por essa via que se conseguirão construir ações mais democráticas, que levem seus alunos à compreensão histórica e à conscientização do educar crítico, passando a ter condições de lutar por uma sociedade mais humana e justa. No entanto, o educador não consciente da função que desempenha para a formação humana poderá contribuir para a perpetuação da hegemonia burguesa (FREIRE, 1996).

As contribuições desses autores, entre outros que propõem formação humana crítica, são indicativos das possibilidades de promover as mudanças necessárias no mundo do trabalho. No entanto, a educação de que se fala ou se tem apropriado no Brasil, em especial, a educação permanente, não se propõe a ser uma aprendizagem, ou um processo de educação na dimensão de uma mudança verdadeiramente radical (MÉSZÁROS, 2008, p. 35).

Sem dúvida, o conhecimento e o significado da educação incluem elementos necessários para transformar em realidade o ideal da emancipação humana. E, para alcançá-la, Mézáros (2008, p. 47) aponta como um dos elementos “o conhecimento, [...] em conjunto com a determinação e dedicação dos indivíduos”. E, portanto, esse é o mais profundo e amplo significado da educação, em que se incluem todos os momentos da nossa vida ativa.

E o outro aspecto, conceitual, é a educação como reprodução de valores e interesses, cuja compreensão convida a aprofundar o entendimento quanto à proposição de políticas de educação permanente em saúde, por exemplo, para além de transmitir conhecimento e desenvolvimento de habilidades visando atender ao propósito de interesses mercantis ou pragmatistas, lhe sendo atribuída como alternativa à gestão da sociedade.

Portanto, os processos educacionais são sociais e indissociáveis, de modo que uma reformulação significativa da educação corresponde à transformação do quadro social, assim, “as práticas educacionais da sociedade devem cumprir as suas vitais e historicamente importantes funções de mudança” (MÉSZÁROS, 2008, p. 25).

E, para que essa perspectiva transformadora se concretize, como afirma Mézáros (2008), é necessário haver concordância nesses processos (educacionais e sociais) em que se valorize e admita um determinado modo de reprodução da sociedade como necessário, do contrário, somente se admitem ajustes menores em nome de reforma, que abrange todos os âmbitos, inclusive o da educação.

Assim, toda atividade laborativa (ou emprego), segundo Frigotto (2008), é um processo que permeia e constitui todo o ser do homem, porque responde às necessidades de vida

intelectual, cultural, social, lúdica, afetiva, entre outras dimensões humanas. O trabalho se assenta em um princípio formativo e educativo, à medida que a centralidade dele supera o ato de produzir como meios de vida, de criar e recriar: é, também, resposta de criação da arte, cultura, linguagem e símbolo (FRIGOTTO, 2008).

Kuenzer e Grabowski (2006, p. 299), ao debaterem educação profissional, fazem referência à definição que consta na Lei de Diretrizes Básicas da Educação Profissional (LDB): trata-se de um conceito amplo, que supera os limites da educação escolar e ocorre no interior das relações sociais e produtivas.

Então, há que se ter por parte do Estado o reconhecimento do conjunto dos processos que se desenvolvem em todos os aspectos da vida social e produtiva do indivíduo. Além disso, “esta concepção incorpora a categoria trabalho, reconhecendo sua dimensão educativa e, ao mesmo tempo, a necessidade de a educação escolar vincular-se ao mundo do trabalho e à prática social”.

Segundo os autores, a educação profissional está integrada à Educação Básica, como direito de todos e dever do Estado, de modo a incorporar todas as dimensões educativas que ocorrem no âmbito das relações sociais objetivando a formação humana nas dimensões social, política e produtiva (KUENZER & GRABOWSLI, 2006).

Dessa maneira, educação e trabalho se entrelaçam: o trabalho é o homem na sua especificidade e interfere em todas as dimensões da vida humana; como causa e consequência, é revalorizado e passa a ser o ponto central de sua existência. Portanto, tornam-se necessários processos de ensino-aprendizagem e orientações metodológicas coerentes com e para o mundo do trabalho (SAVIANI, 1999; LEITE, PINTO e FAGUNDES, 2020).

No entanto, observa-se que cada vez mais se exigem do trabalhador conhecimentos abrangentes e diversificados, para o processo de produção capitalista que ele tenha uma postura mais coletiva, dinâmica e proativa, desde que não questione a lógica da exploração empresarial. Com efeito, tem havido imposição de novas formas de sociabilidade capitalista de modo a estabelecer um novo padrão de acumulação dentro da nova reorganização da economia mundial (FRIGOTTO, 1997).

Assim, transfere-se ao trabalhador a responsabilidade de aprender permanentemente como alternativa de sobrevivência. Sob essa lógica, a educação é valorizada. Nesse sentido, a educação assume caráter de lucrativa aplicação do capital, donde “a instituição de ensino passa a ser organizada pela lógica da empresa, corporação ou conglomerado” (LE MOS, 2010, p. 77).

Logo, impõem-se as condições para os indivíduos “aprender qualquer coisa, não importando o que seja desde que seja útil à sua adaptação incessante aos ventos do mercado” (DUARTE, 2001, p. 54; MIRANDA, 1997).

Para alcançar esse propósito, a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL) fez uma proposta⁶² cuja medida decisiva proposta é a de investir em capital humano, de modo que essa convergência inclua competitividade, sustentabilidade social, crescimento econômico e equidade social, a partir da incorporação do progresso técnico.

Tal proposta recebeu intervenções diversas, dentre elas, vale destacar a formação de recursos humanos e o conjunto de incentivos e mecanismos que favorecessem o acesso e a geração de novos conhecimentos, que pudessem compensar os atrasos no eixo educação-conhecimento e facilitassem possíveis avanços na difusão desse progresso técnico (MIRANDA, 1997, p. 39).

A vinculação entre recursos humanos e educação se baseia na relação “conhecimento e desenvolvimento, na perspectiva de complementaridade de transformação produtiva e equidade”, e assim compõe as linhas de ação para políticas e instituições, cujos objetivos são:

[...] gerar institucionalidade do conhecimento aberta aos requisitos da sociedade; [...] garantir o acesso universal aos códigos da modernidade; [...] garantir que a população adulta maneje um mínimo dessas destrezas pelos programas de educação e capacitação; [...] impulsionar a criatividade no acesso, difusão e inovação em matéria científico-tecnológica [...]; fomentar políticas destinadas a propiciar uma gestão institucional responsável (MIRANDA, 1997, p. 40).

Dessa forma, o BM entra em cena com a definição das políticas educacionais para a América Latina, com vinculação entre educação e produtividade. Para o banco, investir em educação era, então, a melhor maneira de aumentar os recursos dos pobres e influenciar na definição de políticas educacionais cujas prioridades fossem no sentido de melhorias da eficiência interna, qualidade, equidade, descentralização e privatização (MIRANDA, 1997).

Então, delinea-se o papel decisivo de difundir o progresso técnico com a proposição de um novo paradigma de conhecimento relacionado ao mercado internacional, no qual a sua centralidade se mantém na circularidade da informação, da produção do conhecimento e da sua difusão que impõe novo padrão de conhecimento: mais operativo, mais pragmático, mais

⁶² A proposta recebeu o nome de *Transformación productiva com equidade*, e dizia que para corrigir a década de desenvolvimento perdido dos anos 80 era preciso enfrentar desafios como fortalecer a democracia e, ao mesmo tempo, ajustar as economias, estabilizando-as e incorporando-as a uma mudança tecnológica mundial intensiva, ao novo paradigma de desenvolvimento e ao novo reordenamento mundial (MIRANDA, 1997, p. 39; CEPAL, 1990).

interativo, comunicativo, menos setorizado, menos discursivo, mais global, coerente com a revolução tecnológica e os impactos da globalização (MIRANDA, 1997, p. 41).

Nessa proposição, a expectativa é de que os conhecimentos devem ser compreendidos e adquiridos mediante a ação do *saber fazer*, da utilização, do *saber usar* da interação, do *saber comunicar*. Esses saberes são concepções associadas à Escola Nova, apoiada na máxima *aprender a aprender*, um dos pilares da metodologia das competências.

Miranda (1997) lembra que *saber fazer* significa o conhecimento orientado por sua operacionalidade, adaptado às demandas sociais e econômicas, de modo a incorporar a necessidade de conhecimento definido a partir da sua operacionalidade, quer seja, manejar equipamentos, saber se adaptar a novas funções. E o *saber usar* está relacionado à aprendizagem para que os trabalhadores se efetivem no uso de sistemas complexos propostos pelo progresso técnico, em que esse processo de ensinar-aprender tenha aplicação imediata na sua dimensão de aprender fazendo, aprender em serviço, aprender praticando. Já o *saber comunicar* sugere que o conhecimento tem sua validade e significado a partir das possibilidades recriadas pelas novas tecnologias de comunicação envolvendo informática, telecomunicações e a capacidade de acessar conhecimentos, que passa a ser uma exigência da produção e da vida social.

Esses conjuntos de saberes, na condição de novidades da educação, passam a ser necessários aos indivíduos em sua adaptação ao mundo contemporâneo e atendem às demandas do mercado, à imposição da reforma do Estado, à revolução tecnológica que prescreve novas formas de exploração laboral, descontextualizando a educação desenvolvida na escola e reduz o educar-se à realidade do trabalho.

Na verdade, como enfatiza Saviani (1999), tais concepções pedagógicas são reedições do escolanovismo imposto na contemporaneidade do mundo do trabalho, ao propor romper com os métodos tradicionais à medida que propicia dotar o indivíduo de comportamento flexível, que lhe permite ajustar-se às condições da sociedade. Todavia, por outro lado, as suas próprias necessidades de sobrevivência não são asseguradas, de modo que a satisfação própria do sujeito passa a ser de responsabilização individual e não mais coletiva.

São novos desafios da atividade dinâmica que caracterizam a economia global dos tempos modernos, em que, para o mundo do trabalho, empresários e seus trabalhadores devem cada vez mais investir no desenvolvimento do seu potencial de adaptabilidade e de empregabilidade. Dentro dessa lógica, Duarte (2001, p. 65), ao citar Fonseca, afirma que aprender a aprender passa a ser:

[...] necessário a milhares de trabalhadores que terão que ser reconvertidos em vez de despedidos, a flexibilidade e modificabilidade para novos postos de trabalho vão surgir [...] e com a redução dos trabalhadores, os postos de emprego serão mais disputados e para tal terão que ser conquistados pelos trabalhadores preparados e diferenciados em termo cognitivos.

Esse processo competitivo por postos de trabalho, ou luta contra o desemprego, denota que a concepção educacional fundamentada para a formação da capacidade adaptativa dos indivíduos está alinhada com a lógica da sociedade capitalista contemporânea.

Esses projetos e políticas educacionais (pedagogias inovadoras; aprender a aprender; pedagogia das competências) se assemelham ao enfatizar o aprender a ser, a fazer e a ter, a metodologias ativa⁶³. Todas elas têm relação com a EP, tendo em vista o seu fundamento de reorganização, melhoria da gestão e da qualidade dos serviços, à medida que possibilita, a partir das suas ações, a interferência na vida laboral.

Conforme lembra Saviani (1999), se o saber objetivo é parte dos meios de produção, ele passa a ter, na sociedade capitalista, as mesmas contradições que ocorrem com a apropriação privada dos meios de produção. Logo, para ele, não se pode dar credibilidade à ideia de que as tecnologias de informação vão possibilitar efetivamente a socialização do saber, porque no capitalismo não se tem notícias de que se socializam os meios de produção.

Em síntese, o movimento de crítica à educação dominante, denominada por Saviani como educação burguesa, ocorreu a partir da sua proposição de transformação se contrapondo à *educação tradicional* e criando a *educação nova* que se propunha revolucionária.

No entanto, um conjunto de críticas demonstrou que essas teorias se restringiam ao campo burguês e, nesse sentido, não asseguravam uma fundamentação que propiciasse efetiva transformação no campo social, como se propunham. Na verdade, fixavam-se no papel reprodutor da educação, tanto a tradicional como a Educação Nova. Esta se proclamava inovadora, diz Saviani, mas reproduzia as condições dominantes, ao reduzir a escola à mera reprodução dos valores da sociedade vigente. Já a tradicional, foi construída como instrumento para tentar redimir a humanidade da opressão e permitir que súditos se tornassem cidadãos: é este o grande projeto da educação burguesa. Contudo, torna-se conservadora e abandona seu papel revolucionário de buscar a igualdade essencial entre os homens. Nesse sentido, a Escola

⁶³ A metodologia ativa é um processo de aprendizagem em que o indivíduo assume o protagonismo como agente principal e responsável pela sua aprendizagem, com aplicação diversificada de didáticas, ou seja, a ideia de que se aprende fazendo, que lhe demanda um papel ativo, em que as situações de aprendizagem são iniciativas do estudante e não sistematizada pelo professor.

Nova apreção que os interesses das crianças entre si são diferentes, é preciso respeitar as diferenças: essa compreensão justifica as desigualdades (SAVIANI, 1999).

E, como resposta para superar essas teorias sobre a educação, Saviani apresenta a sua, a qual propõe superar ambas à medida que sugere a incorporação dos avanços daquelas teorias e a superação de seus limites a partir da teoria da Cultura da Vara.

As contribuições desses pensadores no âmbito da educação permanente estão na sua apresentação como característica da modernidade ligada à noção de progresso, desenvolvimento, crescimento e como uma possibilidade de emancipação pela qual se almeja libertar o homem da degradação, a partir de sua compreensão de educação contínua no decorrer da vida, sua relação com o desenvolvimento da técnica e da ciência. Como alternativa para o homem moderno enfrentar a aceleração da mudança dominada pela técnica e pela ciência para dominar os destinos para “ascender plenamente à humanidade” (GADOTTI, 1984, p. 61).

Os teóricos do campo da educação sobre a EP debruçaram-se em seu estudo, formularam críticas e a apresentaram como evento e fenômeno que passou a ter sentido a partir do momento em que “[...] nos questiona, nos provoca e exige de nós uma tomada de posição” (GADOTTI, 1984, p. 55).

Dos pensadores, vêm constatações relevantes ao referir que a raiz da EP está na evolução da ciência, pois ao dar a noção de progresso, modernidade e desenvolvimento, confrontam o passado e o que jamais foi feito. E, que apesar de ser extremamente teórica em seu discurso à margem da realidade educacional, se baseia nessa realidade para sustentar seus princípios, como uma visão do futuro – educação de amanhã – que remete o homem à vida e revela, no discurso da EP, a sua relação íntima com o desenvolvimento das ciências e da técnica.

Os estudos realizados sobre o assunto apontam alguns pilares, ou a missão⁶⁴ a que se atribuiu a EP à época da sua proposição na França (ou ainda na sua formulação originária), que, até hoje, carregam ou dão a sustentação à ideia de que a educação permanente é estratégica como fator integrador:

[...] assegurar a manutenção da instrução e da educação recebida na escola, após tempo de escola regular (1); prolongar e completar a formação e a atividade profissional, intelectual [...] entre outras (2); permitir aperfeiçoamento, a complementação, a renovação ou a readaptação das capacidades em todas as épocas da vida (3); facilitar a atualização dos conhecimentos e a compreensão dos problemas do país e do mundo (4); facilitar a atualização dos conhecimentos e a compreensão dos problemas do

⁶⁴ Missão é o termo adotado pela Liga Francesa de Ensino, ao elaborar projeto de reforma do ensino em 1955 (GADOTTI, 1984, p. 60).

país e do mundo, a todos os cidadãos, quaisquer que sejam seus títulos e responsabilidades (GADOTTI, 1984 p. 60).

Logo, a indicação de *readaptação em todas as épocas da vida* vale como uma recomendação que cabe a cada um. Daí a ideia de compromisso individual, de retomar a sua educação à medida que esse trabalhador, insatisfeito com seu capital de conhecimento e sob a pressão de necessidades socioeconômicas e demográficas e exigências da ciência, da mudança dominada pela técnica, precisa decidir: “aprenda ou morra!”, como ilustra Gadotti (1984, p. 61). E inclui-se também o apelo para a compreensão *dos problemas do país e do mundo* como responsabilidade de todos. Eis, portanto, a adoção da EP como uma necessidade social global tanto pelos seus idealizadores como pelos organismos internacionais ao adotarem sua política educacional, como a que se tem hoje um sistema de educação permanente.

Como ideia mestra dos organismos internacionais, a EP é adotada como um projeto global de formação do homem, e não um prolongamento da escola, portanto, atende aos princípios de globalização e a um projeto de sociedade; por este, espera-se oferecer os meios de responder às aspirações de cada indivíduo quanto à sua formação cultural e social. Desse modo, como alerta Gadotti, espera-se que a EP seja “um instrumento e um princípio de ação que permitirão decidir hoje o que vier a ser amanhã” (1984, p. 71).

Sob essas circunstâncias de análise crítica, o conceito de educação permanente empreendido pela OPAS/OMS é amplo, concebido como um processo cuja finalidade é melhorar a qualidade de vida humana no âmbito pessoal e social, auxiliando na formação integral do indivíduo e na transformação do meio para uma futura sociedade; como uma resposta às necessidades de adequação às novas mudanças que estão sendo estabelecidas no mundo do trabalho.

À EP se tem atribuído um poder mítico, de solução dos problemas ligados a deficiências sociais, que nada mais é resultado da divisão da sociedade em classes antagônicas. Está inclusa no discurso do planejamento e implementação da educação permanente uma luta ideológica, donde se tem uma crença na primazia da mudança e na necessidade de se preparar para ela por meio de uma educação mais adaptada à sociedade, ao progresso, à evolução (GADOTTI, 1987).

Assim, a educação permanente, desde a sua gênese e pelo seu formato de projeto, é permeada de intencionalidades, até ser alçada ao status de política. E isso a torna complexa e contraditória, exigindo, por vezes, para além dos seus aspectos pedagógicos transformadores, aprofundamento na forma de acompanhar e avaliar as iniciativas que ocorrem na educação no mundo do trabalho. Para isso, passamos à próxima seção na perspectiva de tentar compreender as estratégias, medidas e métodos que permeiam os processos de análise de políticas públicas.

2.7 Análise de Políticas

Para Baptista e Viana (2009), Baptista e Viana (2012), é a partir dos anos de 1960 que surge efetivamente o interesse por estudos específicos sobre a atuação do Poder Público e análise da política de saúde, concebida como uma área estratégica no conjunto social.

Tal destaque indica, por um lado, a expansão dos sistemas de proteção em que se evidenciam questões relativas ao papel do Estado no desenvolvimento da política; e, de outro, a necessidade de aperfeiçoamento da regulação pública com definição de diretrizes e parâmetros para o controle das ações, custo dos sistemas e serviços, como também de ajustes entre necessidades e oferta de serviços e melhorias na qualidade da atenção à saúde (BAPTISTA & VIANA 2012, 2009).

Como se sabe, Estado e política estão vinculados. O termo *política* teve sua definição ampliada e se relaciona ao cidadão, à cidade e, logo, ao Estado, já que abrange questões afetas às instituições e às pessoas, no estabelecimento de consenso, cooperação, regras e normas de convivência. Logo, apoia-se na função de agregar, defender os interesses coletivos e combater aquilo que desagrega ou que pode levar ao caos social (BAPTISTA & VIANA, 2012).

Para Norberto Bobbio (1995), a política é prática humana com vinculação direta com o poder, cuja abrangência é ser a ciência do Estado, ou ciência política, como atividade ou conjunto de atividades que têm como referência o aparelho estatal.

Ainda que o debate acerca da política no âmbito da filosofia e sociologia venha de longa data, sua análise tem sido considerada um novo campo de estudos no qual alguns termos e expressões têm se destacado: “*public policies, policy studies* ou *polycy science*”, conforme conceituam alguns estudiosos.

Segundo Rua (2014, p. 17), de um lado, por meio de ‘politics’, “[...] se fazem negociações e se constroem acordos para atender às reivindicações, porém sem gerar novos conflitos com outros atores sociais; já de outro, com ‘policy’, busca-se formular propostas, tomar decisões e fazer sua implementação por organizações públicas, com foco em temas que afetam a coletividade, mobilizando interesses e conflitos. Logo, a autora considera que as políticas públicas (*policy*) derivam da atividade política (*politics*), pois compreende que elas são o conjunto das decisões e ações relativas à alocação imperativa de valores que envolvem bens públicos (RUA, 2014, p. 17).

Já para Dye (1972), políticas públicas são tudo aquilo que os governos escolhem fazer ou não fazer; logo, inserem-se no núcleo das disputas por demandas e por espaços de poder entre os grupos quando envolve o controle dos poderes institucionais.

Baptista e Viana (2009, p. 68) ainda complementam o debate ao mencionar a forma complexa de Willians Jenkins, que a define como *uma conjunção de decisões tomadas por atores políticos ou grupo de atos em relação a metas e recursos para se atingir uma determinada situação*.

No contexto da realidade institucional, as políticas públicas, além de controlar os recursos do Estado e poderes institucionais no caso do Executivo, têm a capacidade de determinar a agenda de demandas e direcioná-las a interesses de certos grupos e organizações. E, por conseguinte, compõem um processo de construção e de disputa político-econômica com articulações de fora e de dentro dos governos. Assim, elas são *ações dos Poderes Públicos que visam assegurar as condições econômicas, políticas e sociais necessárias à reprodução da sociedade e do próprio Estado capitalista* (OLIVEIRA, BERGUE, 2012, p. 85). Atuam, dessa forma, para solução de um problema público ou social ou mesmo uma questão de interesse (dos atores), de algo que passa a ser objeto de decisões governamentais.

Entretanto, as políticas públicas não estão sujeitas somente aos desejos de agentes e governos; elas são parte do processo de construção e disputa político-econômica entre agentes em articulação e conflito, e se expressam em medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado. Logo, passam a regular as atividades governamentais pertinentes às tarefas de interesse público e, conseqüentemente, vão influenciar e atuar sobre as realidades social, ambiental e econômica. Deste modo, política pública está imbricada à função do Estado em ação, na construção de suas ações (BOBBIO, MATTEUCCI & PASQUINO, 1995).

O processo de elaboração, gestão e implantação de políticas públicas e a sua análise remete à forma de intervenção do Estado, de pacto social, dos interesses, de poderes, das relações de poder entre atores públicos e privados na construção de ações governamentais para um dado setor, o que envolve recursos e negociação.

Ao se fazer uma análise desse tipo, possibilita-se mais transparência sobre o padrão político e decisório assumido pelo Estado, de servir de insumo para novas formulações e também ser referência estimulando novas experiências e análises (BAPTISTA & VIANA, 2009). Nessa perspectiva, incluem-se objetivos do Estado e da sociedade na capacidade de suas instituições escutarem as demandas e, portanto, incorporá-las, quer dizer, *a habilidade das instituições no desenvolvimento de um projeto político de Estado* (BAPTISTA & VIANA, 2009, p. 69).

Nessa lógica de proposição e função do Estado, fica evidente que tal análise está vinculada ao planejamento e à política em si (*politics*). Nesse sentido, Rua (2014, p. 20) destaca a percepção de Pressman e Wildavsky (1979) de que a finalidade da análise de política está centrada na tarefa de interpretar as causas e consequências das ações do governo. Para esse autor, *o analista deve ser capaz de redefinir problemas de uma forma que torne possível alguma melhoria*.

Aqui, vale reforçar que a análise política *deve ser menos uma visão normativa e descritiva e enfatizar as relações de poder entre os grupos e como se expressam na orientação do Estado* (BAPTISTA & VIANA, 2009, p. 69). É conhecer o papel do Estado, a capacidade das instituições de governo de escuta às demandas e incorporá-las e a habilidade no desenvolvimento de um projeto político. E se ocupa de analisar

[...] os processos e atores (portadores de poderes) envolvidos na construção da política, identificando as formas de intervenção adotadas pelo Estado, as relações entre atores públicos e privados, os pactos, objetivos, metas e perspectivas do Estado e da sociedade (BAPTISTA & VIANA, 2009, p. 69).

A política de saúde tem, pois, como foco o processo como um todo, em que o centro de análise é o poder. Deve buscar entender como ele é apropriado, acumulado, distribuído, disputado e utilizado societária e setorialmente, na relação com a produção de fatos, fora e dentro das instituições. Seu maior desafio é examinar conjunturas, relações com a saúde nas diversas dimensões de estado vital, do setor produtivo e da área do saber (MACHADO; BAPTISTA; LIMA, 2012; MENICUCCI, 2006).

Este estudo traz um recorte específico, que é o de fazer a pesquisa na perspectiva de análise de políticas públicas. Usualmente, para definir tais etapas, adota-se a expressão “ciclo de política pública”, que consiste na abordagem de um ciclo dinâmico e sistêmico, constituído por vários estágios, ou seja, fases do ciclo de políticas.

[...] representa um esquema de visualização e interpretação de uma política pública, que vai desde o momento em que se identifica um problema até posteriormente não se necessitar mais de uma política e esta ser extinta (SOTTANI, DIAS, MARIANO, MORAES, 2017, p. 5).

Rua (2014, p. 34) reafirma a importância da compreensão e adoção do esquema de interpretação por meio do ciclo de políticas, apresentando-se como *uma abordagem para o estudo que identifica fases sequenciais e interativo-iterativas nesse processo*.

Portanto, é imprescindível haver um esquema de organização para balizar estudiosos no exame de decisões de uma série de atividades que compõem a propositura de uma ação

governamental, pois envolve e permite identificar *os processos político-administrativos, os mecanismos, estratégias e o comportamento dos diferentes atores envolvidos em cada etapa do processo* (RUA, 2014, p. 34).

De forma complementar, a análise de políticas, além de ter enfoques teórico-metodológicos⁶⁵; os quais não são a centralidade desta pesquisa, segue métodos: organização em etapas; construção da agenda política; formulação; decisão; implementação; avaliação. Dentre esses, enfatizamos a etapa de formulação e processo decisório, posto ser esse o momento crucial do ciclo de política e, também, o foco de interesse em nosso estudo. É nessa etapa que as necessidades se traduzem em propostas e os compromissos podem se materializar em ação institucionalizada com a sua implementação, que é decisiva para promover mudanças na realidade da saúde.

2.7.1 O ciclo de políticas públicas

O método de estudo de políticas se divide em fases ou estágios. Na proposição original de Laswell (1951), existem sete estágios de análise para dar respostas circunscritas ao âmbito governamental. No entanto, ao longo das experiências, foi alterada, e reduzida a quantidade dessas fases. Hoje, compreende cinco grandes fases às quais, ainda que de forma breve e genérica, nos referimos aqui.

Mesmo que tenham sido encontrados na literatura diferentes modelos do ciclo de políticas, o aperfeiçoamento proposto por Howlett e Ramesh em 2003 (SOTANNI, DIAS, MARIANO, MORAES, 2017), contempla cinco fases de análise e tem sido recorrente a sua utilização. As fases do ciclo proposta por esses autores incluem: montagem da agenda, formulação, tomada de decisão, implementação e avaliação.

⁶⁵ As análises de políticas de saúde (*policyanalysis*) têm adotado distintos enfoques teórico-metodológicos: a) Institucionalismo histórico (MACHADO; BAPTISTA; LIMA, 2012; MENICUCCI, 2007); b) Referencial do ciclo das políticas públicas – *polycycle* (PINTO, 2004); b) Sociogênese das políticas públicas (PINELL, 2010); c) Abordagem crítica inspirada no pensamento estratégico e na planificação situacional (PAIM, 1992). Esta distinção entre análise política em saúde e análise de políticas de saúde toma como referência Burawoy (2010) que distingue *policyanalysis* e “sociologia pública”. A *policyanalysis* ou a análise de políticas públicas (*public policies, polycystudies, policyscience*) constituiria um espaço para a prática profissional, representando uma sociologia para políticas públicas. No caso da “sociologia pública” privilegia a ação estratégica, o envolvimento com os movimentos sociais e a “defesa da sociedade civil sob a égide dos direitos humanos” (BURAWOY, 2010, p. 76). Expressa uma práxis (articulação da teoria e prática) e uma militância sócio-política (TESTA, 1997/2008). Aproxima-se, portanto, à corrente crítica da Saúde Coletiva brasileira quando ressalta a análise política e o pensamento estratégico em saúde. Esta “sociologia pública” articula a teoria social e a prática política, tal como buscou a Saúde Coletiva nas suas origens (PAIM, 2015).

Da mesma forma, essas fases são aplicadas por Rua (2014), de quem adotamos as definições, com similar nomenclatura: construção da agenda, formulação da política, processo decisório, implementação da política e avaliação. Essas fases se constituem em um processo dinâmico e de constante negociação, pois envolve redes próprias de atores, além de sofrer influências do contexto político (BAPTISTA & VIANA, 2009).

Evidentemente, antes que tais fases se configurem em processos de análise na perspectiva do modelo de solução de problemas, é necessário constituir uma política pública. E, para que ela se desenvolva e possa tomar tal forma, há de se observar alguns quesitos como ponto de partida para a sua geração.

O ponto fundamental para a formulação de uma política é o reconhecimento de um problema de relevância pública, como resultado de demandas sociais.

São necessidades identificadas sobre a realidade e compromissos políticos assumidos que mobilizam a ação de grupos de interesse dotados de fortes recursos de poder, ou representam uma situação de oportunidade que Kingdon (1984) denominou “janela de oportunidades”⁶⁶, isto é, envolvimento de uma política, ou seja, fundamentar a inclusão de uma situação específica na agenda do Estado, a partir de uma determinada circunstância instalada na conjuntura (BAPTISTA & VIANA, 2009).

Entretanto, é possível que a delimitação de uma agenda política exclua assuntos. Para Baptista e Viana (2012, p. 76) essas situações ocorrem em

[...] função de uma base de apoio insuficiente para manutenção do assunto na agenda; em função de políticas mal formuladas; devido a uma política governamental deliberada de enfraquecimento e extinção daquele problema; e também devido à alteração da natureza do problema.

São fatores imbricados no jogo de forças de grupos de interesses, que dependem da interação com as instituições do Estado e do exercício do poder por grupos, sejam eles partidos políticos ou outros que tenham o poder de exercer pressão popular.

Dessa maneira, pode-se estabelecer uma agenda:

A construção da agenda, ou formação da agenda, corresponde àquela fase que ocorre quando uma *situação qualquer é reconhecida como um problema político e a sua discussão passa a integrar as atividades de um grupo de autoridades dentro o fora do governo* (RUA, 2014, p. 34).

⁶⁶ São determinadas circunstâncias que definem um tema como prioridade (BAPTISTA & VIANA, 2009).

A formulação de políticas, ou formação das alternativas, ocorre após a inclusão do problema na agenda, o que leva os atores a apresentar propostas para sua solução. Nessa etapa as proposições devem expressar interesses diversos que, combinados, resultem em solução aceitável para a maioria das partes envolvidas.

Já o processo decisório, é o resultado do consenso construído, a depender do teor dos conflitos e da complexidade das questões envolvidas de uma dada política; desse modo, algumas decisões são adiadas para o momento da implementação.

A etapa da implementação reúne todas as decisões a respeito dos procedimentos, da operacionalização das rotinas executivas e dos protocolos das organizações envolvidas em uma política, ou seja, as decisões tomadas deixam de ser intenção e passam a ser intervenção na realidade.

De acordo com Baptista e Rezende (2015), trata-se da fase administrativa da política e envolve uma série de atividades da administração pública como: o sistema gerencial e decisório, os sistemas de informação, os agentes implementadores da política, os sistemas logísticos e operacionais (recursos materiais e financeiros).

E a avaliação, como etapa final, reúne procedimentos de julgamento dos resultados de uma ação a partir de critérios para subsidiar as decisões dos gestores da política no que refere aos ajustes que se fizerem necessários para que os resultados esperados sejam alcançados.

Figura 2: Ciclo das Políticas Públicas



Fonte: Adaptado de Rua, 2014, p. 34.

Em síntese, a abordagem sequencial denominado ciclo *de políticas* compõe-se de trilhas, preconizadas a partir da aplicação de método, para desenvolvimento de melhorias nos processos político-administrativos, que permitam o incremento das atividades de implementação de dessas ações.

Para a apreciação da etapa formulação de política, neste estudo, optou-se pela análise paralela, uma vez que em âmbito nacional a política já tem sido formulada e implementada. E o Estado de Mato Grosso, por intermédio de seus gestores, tem afirmado a aplicação dos princípios e diretrizes da PNEPS.

Entretanto, o Estado não elaborou e, portanto, não dispõe de uma política própria, apenas avançou no processo de formulação do plano estadual e, por conseguinte, nas tomadas de decisão para elaboração e aprovação desse plano.

A formulação é permeada pela lógica da atividade política, ou seja, precisa estar inclusa na agenda de prioridade do gestor, e, para que ganhe relevância social, há de obter a adesão do público à política. Apesar de ser considerada uma variável crítica, porque esse apoio mostra-se instável e não perdura (LIMA, ASCENZI, 2013), é um elemento fundamental para o êxito da implementação.

Esse contexto político de apoio requerido tem relação direta com os trabalhadores da saúde que se articulam na inclusão como prioridade na agenda do governante, ainda que haja necessidade dos demais contextos como o econômico, o da organização do aparato administrativo, a disponibilidade de estrutura organizacional e qualidade da força de trabalho (RH), para que se obtenha um desfecho satisfatório.

Outra condição necessária no processo de formulação da política que se desdobra na proposição de um plano é que, nessa fase de elaboração, os objetivos sejam definidos com foco em elementos considerados estruturantes, de modo que na etapa da implementação se materialize a política tal qual fora desenhada. Logo, os objetivos são parâmetros de sucesso (LIMA, ASCENZI, 2013).

Portanto, o processo de formulação é relevante, pois exige: legislação que ofereça objetivos claros e consistentes; lideranças com habilidades políticas; grupo condutor organizado e alguns legisladores para acompanhar todo o processo, com mecanismos que criem um contexto de cooperação para os participantes. Trata-se do período de se estabelecer diálogos entre intenções e ações, de investigar o problema na busca de opções e alternativas para sua resolução.

Assim, o processo de elaboração, juntamente com a implementação e a avaliação, compõe o tripé do planejamento; por conseguinte, os três são elementos intrínsecos do processo de gestão para promover ajustes ou mudanças para melhorar o desempenho e alcançar metas traçadas.

Superada a etapa de formulação, tem-se a de tomada de decisão, em nível de governo, que envolve a escolha de uma solução específica ou combinações de soluções. Nesse momento, são definidas metas, recursos e horizonte temporal de intervenção.

Baptista e Viana (2009) enfatizam que essas duas fases (formulação e tomada de decisão) são muito importantes, já que é quando se definem princípios e diretrizes para o desenvolvimento de uma ação. É nelas que são relevadas as escolhas políticas de uma autoridade central, num contexto de cultura e de condições socioeconômicas que influenciam aqueles que fazem as políticas.

Mas, também, nem todas as decisões relevantes são tomadas nessas fases, pois muitas definições demandam negociações, compromissos com interesses antagônicos, envolvendo conflitos e outras resoluções. E sempre há riscos, pois muitas vezes as decisões adiadas podem incorrer em prejuízos para o desenvolvimento da política. Ou, também, uma definição feita na fase de tomada de decisão pode rejeitar ou alterar o argumento principal da própria política, o que gera novas negociações e formulações, implicando assim em reiniciar o ciclo.

No modelo em questão, as possibilidades de análise de políticas públicas remetem ao trato da avaliação de políticas de EPS, e há muitos pesquisadores que a ela tem se debruçado. Na sua grande maioria são análises referenciando a PNEPS e as suas diretrizes como motivação e justificativas para investigações que evidenciam a realidade sobre o desenvolvimento profissional e o alcance possível dos princípios que a sustentam nos moldes como desenhado na normativa vigente. Juntam-se a esses alguns centros de pesquisas científicas e equipes que têm promovido análises com maior profundidade, cabendo destacar a Universidade Federal da Bahia (UFBA), por meio do Instituto de Saúde Coletiva; a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), através da Estação de trabalho *Observa RH* do Instituto de Medicina Social da UERJ; a UNICAMP, por meio do NEPP.

Nesses espaços institucionais foram feitas análises a partir de pesquisas que subsidiaram desde a proposição para que o MS instituísse a política EPS, estudos com vistas a atualizar a política e implantar processos para seu monitoramento. A intenção foi a de retomar a discussão sobre a política, além de demonstrar sua potencialidade, e, acima de tudo, para que a PNEPS se mantivesse na agenda do país e que, de fato, seja implementada em cada espaço onde haja o SUS. São contribuições, por exemplo, de pesquisadoras como Isabela Cardoso de Matos Pinto

e Tania França e suas equipes, que além de conduzirem pesquisas, têm fomentado a produção científica.

Essas pesquisadoras têm promovido avaliações nas quais mostram a preocupação com a qualificação dos profissionais de saúde, como também demonstram que a EPS tem como pilar central a transformação do trabalho e visa à reorganização e melhoria tanto da gestão como da qualidade dos serviços ao permitir cuidados e acesso aos serviços de saúde com equidade (LEITE, PINTO e FAGUNDES, 2020).

Os resultados das pesquisas têm demonstrado que há um reconhecimento da importância e necessidade de adotar a EPS como política. Contudo, mesmo havendo essa percepção, os recursos financeiros que têm sido destinados para implementá-la são insuficientes e escassos, como consequência gera mais e outras dificuldades de infraestrutura e de sistematizar na rede de serviço processos de desenvolvimento profissional.

Outra forma que os estudos têm apontado sobre a percepção da relevância da EPS, também é demonstrada nos esforços da parte dos gestores, que se revelam com resultados em algumas diligências/empenhos como influenciar a tê-la, institucionalizada como política, ao incluir como parte da agenda governamental, por meio da Escola de Saúde, especialmente, ao com inserção de algumas iniciativas programáticas integrando educação, trabalho, gestão e organização dos serviços, o que possibilitam mudanças na formação e nas práticas de saúde (FRANÇA et al., 2016; LEITE, PINTO e FAGUNDES, 2020; LEMOS et al., 2020).

Tomando-se o trabalho como princípio educativo, uma perspectiva de EPS se assenta na possibilidade de instituir mudanças na formação e nas práticas de saúde, redefinindo o perfil profissional. Logo, as análises a tomam como política complexa e contraditória.

[Trata-se de uma política capaz de] desencadear simultaneamente processos hegemônicos e contra-hegemônicos, visto que a educação contribuiria para a formação dos trabalhadores, desenvolvendo sujeitos aderentes ao status quo, mas também com aptidões críticas, que a depender das condições objetivas poderiam mudar esse status quo (LEITE, PINTO E FAGUNDES, 2020, p. 11, baseado em TESTA, 2007).

Observa-se que o grande desafio ou dilema da EPS, conforme apontado pelos analistas, está na sua potencialidade de provocar as mudanças em meio ao paradoxo entre o que é indicado na perspectiva teórica da política como normativa e a dimensão política que a mesma impõe, que nem sempre corresponde ao interesse dos governantes, posto que se situa no âmbito dos embates que se efetivam no conjunto das relações sociais. Por conseguinte, desencadeia

processos contra-hegemônicos, logo, se depara com obstáculos para sua absorção como cultura do/no mundo do trabalho (FRANÇA et al., 2016; LEITE, PINTO e FAGUNDES, 2020).

Pode se dizer que o lugar de onde falam pesquisadores e autores que têm se debruçado em suas reflexões sobre a EPS e como ela tem sido tratada foca uma direção crítica, com possibilidade emancipatória, como condição e estratégia de cidadania, posição essa não considerada pela OPAS à época da sua proposição.

A mesma compreensão de que a EPS tem por natureza função transformadora está apontada no estudo de revisão de literatura desenvolvido por França et al. (2016, p. 73), ao enfatizar a EPS como uma estratégia transformadora das práticas de saúde, com grande potencial para o rompimento do paradigma tradicional que orienta os processos de formação dos trabalhadores da saúde. Portanto, as autoras realçam que as mudanças das práticas se dão por meio do trabalho e essa possibilidade está posta com a política de EPS vigente; principalmente com o entendimento de que os gestores do SUS têm procurado influenciar ao tê-la como parte da agenda governamental, à medida que se institucionalizou no âmbito das secretarias estaduais, por meio das escolas técnicas e das escolas de saúde pública. E, principalmente, ao inserir variadas iniciativas programáticas integrando educação, trabalho, gestão e organização dos serviços, de sorte a possibilitar mudanças na formação e nas práticas de saúde (LEITE, PINTO e FAGUNDES, 2020).

Para França et al. (2016), as conquistas obtidas ao longo de todos esses anos de implementação da PNEPS podem ser atribuídas à coerência aos princípios do SUS, à medida que se trata de um processo que tem um olhar sobre as necessidades da população, configurando-se como um processo de gestão participativa e transformadora, que inclui instituições de toda a extensão da sociedade, ou seja, as instituições de ensino, trabalhadores, gestores e usuários.

Entretanto, ainda que se considere todo o escopo e as extensões possíveis da EPS, as avaliações realizadas têm apontado que se trata de um processo desafiador, carregado de dificuldades e permeado por contradições, e mesmo tendo essa natureza potencialmente aberta às mudanças, pode servir à conservação do setor saúde.

Portanto, a temática EPS, alvo de avaliações como política, tem sido abordada, pelos pesquisadores na perspectiva de uma concepção que convoca os sujeitos, sejam eles da formação, e demais dimensões que constitui a rede de serviços de saúde, a refletiram de modo permanente a realidade posta e a buscar soluções criativas para superação dos problemas de saúde, e nesse processo qualificar as ações a fim de aumentar a resolutividade e a eficiência do sistema de saúde (FRANÇA et al., 2016).

Pesquisas apontadas pela literatura científica têm demonstrado os desafios para implementar a EPS, o reconhecimento de sua contribuição para o SUS e a necessidade de resgatar conceitos que permeiam as questões do desenvolvimento profissional na perspectiva do MRSB. A própria natureza da numa perspectiva crítica é expressão de conhecimento, portanto, um elemento para transformação da realidade, ou seja, que traz em si o ideal da emancipação humana. Dito de outra forma, conhecimento e transformação da realidade tem relação direta com autonomia e emancipação, que tem uma dimensão política, crítica e é reflexo da realidade (Gadotti, 194, p. 61).

Mészáros reflete que a EPS apresenta a possibilidade de lutar por uma educação de qualidade e que se coloque a serviço da transformação das relações de produção, para o qual o processo de conhecimento, e de ensino-aprendizagem é elemento necessário. Para ele, o êxito vai depender de se tornar consciente esse processo de aprendizagem “de forma a maximizar o melhor e a minimizar o pior” (MÉSZÁROS, 2008, p. 48).

As contribuições desses pensadores são apresentadas como característica da modernidade ligada à noção de progresso, desenvolvimento, crescimento e como uma possibilidade de emancipação pela qual se almeja libertar o homem da degradação, a partir de sua compreensão de educação contínua no decorrer da vida, sua relação com o desenvolvimento da técnica e da ciência e superação da lógica do capitalismo.

Por certo, os modelos e métodos de análise são imprescindíveis ferramentas que instrumentalizam a sua estruturação. E foram aplicados em Mato Grosso visando à implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no período de 2017 a 2019. Nesse processo, fez-se a proposição e elaboração do Plano Estadual de EPS, que discutiremos apropriadamente no capítulo de análise dos resultados da pesquisa, das fases de elaboração e tomada de decisão, a partir do olhar dos gestores.

CAPÍTULO 3 - PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA

3.1 Abordagem e tipo de estudo

Os caminhos aqui percorridos antecedem os estudos *stricto sensue* se entrelaçam no percurso pessoal e profissional como trabalhadora da Secretaria do Estado de Saúde de Mato Grosso⁶⁷. Desse modo, a escolha do tema se liga à experiência profissional, como técnica com atuação na Escola de Saúde Pública (ESP/SES-MT), o que tornou possível acompanhar as medidas tomadas e tentativas feitas para a implementação de uma política de educação permanente para o SUS em Mato Grosso.

A ESP/SES-MT é a instituição responsável pelo desenvolvimento de profissionais de saúde para o sistema, e assumiu, expressamente, a tarefa de articulação ensino-serviço, desde 1997, ocasião em que se instituiu o Polo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família (ANJOS, 2009).

Portanto, a Escola é desde a sua criação a maior referência institucional de EPS no Estado, dispondo de estrutura que ao mesmo tempo atende a programas de formação técnica, pós-graduação, pesquisa e extensão, bem como de normatização e organização do SUS em suas áreas técnicas.

Nesse sentido, como parte desse processo,

[...] na investigação, a relação entre o pesquisador e seu campo de estudo se estabelece definitivamente. A visão de mundo de ambos está implicada em todo o processo de conhecimento, e construir o distanciamento para atender os critérios de cientificidade requer uma árdua tarefa de abstração teórica (MINAYO, 2001, p. 16).

Assim, procurou-se “[...] fazer emergir algo que não aparece à primeira vista e trazer à luz o que está encoberto por alguma sombra”, como pondera Silva (2010, p. 14) na obra “O que pesquisar quer dizer”, desvelando “os caminhos para ‘des(en)cobrir’ objetos ou fenômenos, sem medo da ABNT” (SILVA, 2010, p. 1).

⁶⁷ A existência da Escola está demarcada desde a década de 1980, como centro formador de RH, inicialmente como Escola Técnica de Saúde (1992), sendo extinta com a criação de Escola de Saúde Pública Dr. Agrícola Paes de Barros (2000). Contudo, foi regulamentada e/ou formalmente criada pela Lei nº 161 de 29/03/2004 e com suas funções explícitas na Lei de Carreira 8269/2004, como instituição de ensino com a missão de garantir o processo de qualificação dos trabalhadores da saúde, passando a se denominar Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso (MT, 2004).

Logo, uma imersão nesse campo temático foi determinante para a escolha do objeto de estudo. E isso se revela um interesse pessoal e também de pesquisa, visto que no mestrado versou-se sobre a mesma temática, tendo como objeto o Polo de EPS, à época, instalado como uma expressão para implementação da política no Estado, na ocasião, entrevistando representantes das instituições que o compunham, disponível no site do Observatório de RH da UFMT (ANJOS, 2009)⁶⁸.

Outro aspecto a acrescentar se deve ao fato que tenho 14 anos de atuação em ambiente de formação e desenvolvimento profissional, cujo percurso também leva em consideração o que propõe Da Matta (1978, p. 4) quando discute o método de pesquisa no campo da antropologia e recomenda ao pesquisador: *transformar o exótico no familiar e/ou o familiar em exótico*.

Portanto, esse distanciamento ou estranhamento do que é familiar, ou da realidade na qual estamos inseridos, implica uma reflexão teórica crítica que permita avançar para além da aparência cotidiana vivenciada (para o desconhecido). Buscou-se assim um exercício contínuo de vigilância epistemológica durante toda a pesquisa de modo a não enviesar as pessoas participantes e suas elaborações sobre educação permanente.

Logo, o caminho adotado para a realização da pesquisa seguiu indicações metodológicas apontadas por Da Matta, que se ocupa das teorias a partir das concepções teóricas de abordagem, de um conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade a partir do potencial criativo do investigador. Portanto, a metodologia está sempre referida nas teorias, logo, são inseparáveis.

A teoria se entrelaça com o trabalho de campo porque ela o orienta; sob essa perspectiva é possível indicar que em duas dimensões podem ser observadas. Uma delas se nota na medida em que o informante ao dar material crítico, dar discurso, ele não só produz dados com muita precisão, como também deixa pressuposto que entende da coisa, e ele fala como um especialista. Essa informação muitas vezes é instigante e desafiadora. O que leva o pesquisador a buscar novas pesquisas bibliográficas. Portanto, os dados produzidos passam a orientar a revisão de literatura (BRANDÃO, 2007).

A outra dimensão, muito enfatizada por Brandão (2007, p. 12) ao afirmar que o *trabalho de campo é uma vivência, ou seja, mais do que um puro ato científico*, pois nesse espaço de vivência; que é o trabalho de campo; se estabelece uma relação produtora de conhecimento que

⁶⁸ (<http://www.observarh.ufmt.br/sistema/arquivos/30081103485848.pdf>).

diferentes categorias de pessoas fazem e realizam. E, que passam a orientar a revisão de literatura e de novas pesquisas bibliográficas.

A partir dessa orientação se reconhece que a análise dos fenômenos sociais não pode ser feita de forma isolada, como também não é possível dissociar teoria e método. Dessa forma, o que orienta este estudo é a pesquisa do tipo qualitativo.

Nessa direção, mas em outra obra, Minayo (2006, p22-23) afirma que as metodologias qualitativas podem ser entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, essas últimas, tomadas como construções humanas significativas.

A pesquisa, obviamente, não é neutra: a apreensão da realidade é uma construção humana, histórica, dinâmica, em constante transformação. Logo, o desafio refere-se à apreensão dessa realidade em movimento, nas conexões e contradições que lhe são inerentes.

Nesse estudo a forma metodológica segue o pensamento dialético, como refere Pontes (2000, p. 42): “[...]é aquela que se expressa na tríade categorial singular, universal e particular”. O método, nesse sentido, se trata da “relação entre sujeito e objeto que permite ao sujeito se aproximar [...] a característica do objeto”. E, com essa abordagem “o conhecimento não é absoluto, mas é possível apreender as múltiplas determinações dos processos sociais historicamente situados, porque o ser social se objetiva – a sociabilidade é objetivação” (BEHRING & BOSCHETTI, 2011, p. 39). Ou seja, o conhecimento se dá por aproximações sucessivas.

Segundo Minayo (2007), nas Ciências Humanas e Sociais, a pesquisa se relaciona com fenômenos históricos, numa dimensão que é dialética entre o que está dado e o que será fruto de seu protagonismo.

Assim, por essas circunstâncias, teoria e método são indissociáveis, portanto, a metodologia é o caminho da construção de conhecimento a respeito de determinado objeto. E o desenvolvimento desse objeto se dá através do estudo sistematizado, em aproximações sucessivas para apreender o objeto na sua essência, que exige um conjunto de procedimentos e técnicas (MINAYO, 2007).

Em vista disso, adotou-se a abordagem qualitativa para este estudo, por entender que ela possibilita captar o fenômeno em foco a partir dos pontos de vista dos sujeitos implicados na pesquisa e trabalha-se com “[...] o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes [...]” (MINAYO, 2007 p. 21). Estas são construções sociais da realidade, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que

faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes.

O universo da produção humana pode ser resumido no mundo das relações, das representações e da intencionalidade e é objeto da pesquisa que dificilmente pode ser traduzido em números e indicadores quantitativos (MINAYO, 2007).

Na pesquisa qualitativa é essencial a objetivação, pois nela é necessário ter um conhecimento da complexidade do objeto a ser estudado, além de rever criticamente as teorias sobre a referida temática, determinar conceitos relevantes e a utilizar técnicas para coleta de dados e análise do material de modo específico e fundamentado (MINAYO, 2006).

Nesta direção, realizar a coleta de dados é tarefa imprescindível e também é uma oportunidade que oferece a possibilidade, do conhecimento ou reconhecimento da realidade, posto que a aproximação com objeto é dada a partir de fontes bibliográficas também. Logo o desenho metodológico pautou-se em *pesquisa bibliográfica que possibilita um amplo alcance de informações*, além de permitir a utilização de dados dispersos em inúmeras publicações (LIMA, MIOTO, 2007, p. 40).

O percurso de coletas de dados, segundo Lima e Miotto (2007), exige sucessivas leituras, e que as relacionam como de reconhecimento, exploratória, seletiva, reflexiva e interpretativa. Esse caminho foi realizado desde o processo de elaboração do projeto de pesquisa.

Assim, na metodologia, optou-se por utilizar como instrumentos de coleta de dados: 1) pesquisa documental, para tratar os dados e materiais publicados, o que permitiu verificar, em relatórios, normativas, entre outros registros, identificar informações acerca de aspectos históricos, portanto, são registros relacionados à educação permanente do SUS em Mato Grosso, que em certa medida definiram e definem a direção que a PNEPS tem assumido no âmbito do Estado; 2) entrevistas, que são as respostas dos que passamos a denominar gestores-participantes (CRESWELL, 2010). Como instrumento de coleta de dados, foram realizadas obedecendo a um roteiro previamente estruturado de entrevistas, contendo perguntas abertas e fechadas (Apêndice B). Portanto, é um tipo de entrevista mista, ou seja, estruturada e semiestruturada tendo a possibilidade de retomar as entrevistas sempre que o tema não tenha sido esgotado por meio de saturação da amostra, ou quando houver dúvidas a serem esclarecidas com os respectivos entrevistados.

Dessa maneira, para dar cumprimento aos objetivos, a pesquisa valeu-se de métodos qualitativos, pesquisa bibliográfica, documental e de campo (CRESWELL, 2010).

3.2 Aspectos éticos na pesquisa

Os aspectos éticos previstos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 e suas normativas complementares vigentes foram observados, dado tanto o sigilo profissional quanto a cientificidade da produção.

Para desenvolver o estudo foi feito convite formal e obteve-se a autorização por escrito mediante anuência institucional e também todos os gestores assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A comunicação firmada no (concessão do) TCLE tem uma função estratégica que é preservar a voluntariedade da participação, o respeito à dignidade e decisão do (a) participante da pesquisa, além de manter o equilíbrio entre os riscos e benefícios que a pesquisa possa trazer, de modo que as informações não sejam usadas para o prejuízo dos participantes (OLIVEIRA e GUEDES, 2013; GUEDES e GUIMARÃES, 2020). Portanto, como apontado na Resolução nº 196/96 (BRASIL, 1996b), é uma medida de selar o compromisso de que o estudo levará benefícios para as pessoas, às populações afetadas à pesquisa que se realiza, e, principalmente, assegurar o retorno social da pesquisa.

Por estas razões acima mencionadas é oportuno destacar a importância dos comitês de ética em pesquisa como espaço de controle social, voltado à proteção dos direitos de pessoas envolvidas em estudos científicos, especialmente, no campo do Serviço Social e áreas afins, como os estudos em Política Social, da qual nossa pesquisa se insere. Portanto, esses comitês e a prerrogativa do uso TCLE, o faz ser um instrumento que opera como parâmetro para o pesquisador, manter na observância dos princípios éticos durante todas as fases da pesquisa, e, assim preservar os direitos dos envolvidos no estudo (OLIVEIRA e GUEDES, 2013).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (CEP-MT/SES-MT), com parecer consubstanciado conforme protocolo nº CAAE: 25470819.8.0000.5164, de 7 de fevereiro de 2020.

Os participantes do estudo, após contato e agendamento para a realização da entrevista, assinaram o TCLE (**Apêndice A**). O Termo se baseia na Resolução nº 510/2016 da CONEP/MS de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as normas e, portanto, regulamenta as diretrizes aplicáveis às pesquisas em Ciências Humanas e Sociais; é exigido sempre que os procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com participantes ou de informantes identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Esse procedimento, mais do que repetir o

modelo de riscos e benefícios próprio para pesquisas, compromete o pesquisador a manter os dados no seu contexto, para garantir a integralidade da informação e do seu contexto.

Na mesma direção, o estudo também atendeu às indicações estabelecidas pelo Código de Ética do Assistente Social, conforme seu Artigo 16º que rege: “O sigilo protegerá o usuário em tudo aquilo de que o assistente social tome conhecimento, como decorrência do exercício da atividade profissional”.

A realização das entrevistas tem a intenção de obter informações autorreferidas de forma individual, portanto, é fundamental a constituição de espaços e tempos que assegure diálogos face a face. Esses são momentos privilegiados de sentido e significação ao processo de coleta de dados, tanto para o pesquisador quanto para os participantes da pesquisa, e também na contextualização das informações recolhidas.

Para as entrevistas, as agendas foram previamente definidas, sendo feitas no período de menor interferência na rotina dos gestores-participantes.

Na observação da pesquisadora, não houve caso de recusa, situação de risco, desconforto ou constrangimento e/ou aumento do tempo demandado nos encontros para realização das entrevistas, contexto também conferido pelos participantes do estudo; como, também, nenhum benefício direto pela participação dos gestores na pesquisa.

Os compromissos pós-pesquisa também fazem parte dos acordos éticos estabelecidos no sentido de fortalecer o trabalho de profissionais da educação permanente e assim contribuir para avanços nessa área do conhecimento e de intervenção em MT.

Assim, acrescenta-se aqui o compromisso ético da pesquisadora, em compartilhar os resultados junto ao Conselho Estadual de Saúde, COSEMS, CIES-MT, que institucionalmente agregam os participantes da pesquisa, além disso, os resultados do estudo serão apresentados nos eventos relacionadas à temática que tem sido promovido pela ESP-MT. Também, nesse sentido as publicações de artigos originários do texto final da tese. Cabe enfatizar que se trata de um compromisso profissional assumido, como uma prerrogativa para o desenvolvimento de trabalhadores que atuam na Escola e como uma das condicionalidades para participação em processos de qualificação, uma vez que a ESP-MT, necessita de profissionais com titulação para assegurar seu credenciamento junto ao Conselho Estadual de Educação, na oferta de cursos, especialmente de pós-graduação.

Vale enfatizar que o compartilhamento dos resultados da pesquisa, além de se fazerem necessários, é uma indicação prevista na Resolução 196/1996, ao destacar que *os resultados devem se tornar públicos, tão logo se encerre (...), logo, serão tornados públicos, sejam eles favoráveis ou não* (BRASIL, 1996b, p. 6).

Do mesmo modo, Oliveira e Guedes (2013), lembram que a divulgação dos resultados das pesquisas pode trazer benefícios também para pessoas, e ressaltam que a necessidade da observação dos cuidados éticos, desde a coleta até na divulgação dos resultados de uma pesquisa, como sendo uma medida que previne o desrespeito aos direitos dos participantes das pesquisas.

3.3 Local do estudo

O estudo foi feito no Estado de Mato Grosso, compreendendo a representação das secretarias de Saúde estadual e dos municípios de Cuiabá, Porto Alegre do Norte e Sinop. Tal escolha está relacionada ao fato de Cuiabá ser referência, concentrar a rede de serviços educacionais e de saúde. Quanto a Sinop e Porto Alegre do Norte, levou-se em conta a convergência de características que as aproximam em semelhanças e singularidades. Na seção de definição da amostra, estão explicitadas de forma detalhada.

Esses espaços do território mato-grossense são, de acordo com a sua natureza e finalidade, lócus onde as necessidades de EPS são demandadas, executadas, como também é onde se propõe, elabora, pactua, operacionaliza, monitora e avalia a Política de Educação Permanente no Estado.

Em razão dessa compreensão, buscou-se dar voz aos gestores responsáveis por “planejar a formação e a educação permanente de trabalhadores em saúde necessários ao SUS no seu âmbito de gestão”, definida pela PNEPS em seu artigo 21 (BRASIL, 2007a, p. 4). E é com eles que a EPS se desenvolve e se operacionalizam as políticas nos espaços de práticas dos profissionais.

Dimensionar a pesquisa com gestores foi uma medida adotada com vistas a compreender uma das vozes sobre essa política, que lhes atribui a tarefa de estimular, acompanhar e regular a utilização de serviços, com a oferta institucional de ações formais, de atividades curriculares e extracurriculares dos cursos técnicos, de graduação e pós-graduação na saúde (BRASIL, 2007a, p. 1- 4).

A fim de eleger gestores participantes em pesquisa, cabe mencionar os estudos elaborados por Fleury (2014) e Cunha (2014), sendo que esta última analisou o desenvolvimento da política de EPS no estado entre 2003 e 2013, entrevistando gestores, membros das CIES. E isso permitiu capturar como se deu a participação de gestores e profissionais na implantação da EPS à época em que se instituiu a Portaria GM nº 1996, e, observou-se a necessidade do apoio de gestores para que se desenvolva a EPS.

Já a pesquisa de Fleury tratou do processo de descentralização propiciado pela democratização, contando com análises relacionadas à inovação na gestão local de saúde, concebida como distribuição de poderes com vista a implementação do SUS, logo, relacionado ao perfil do gestor nos governos municipais brasileiros que revelou a criatividade ao produzir conhecimentos capazes de sustentar novas iniciativas políticas e demonstrou um processo de profissionalização da gestão em substituição à prática de indicações político-partidárias na ocupação de cargos por critérios de competência.

Considerada a lógica da descentralização, como o princípio da democratização, a estrutura organizativa e administrativa da SES-MT tem o desenho em formato regionalizado (**Figura 03** com 16 Escritórios Regionais de Saúde (ERS), instalados em 16 municípios denominados polos. Esses ERS são “estruturas desconcentradas do governo estadual, reatualizadas com a finalidade da supervisão, coordenação e assessoria aos serviços existentes na região de abrangência” (GUIMARÃES, 2002, p. 65). E funcionam como sede de articulação e integração intergovernamental nas respectivas regionais onde estão instalados. São esses ERS que abrigam as CIES-regionais, como uma câmara técnica da Comissão de Intergestores Regionais (CIR), oferecendo-lhes apoio e cooperação.

Os ERS também sediam as CIRs, que congregam os gestores municipais da região, com a responsabilidade de deliberar sobre a política do setor na respectiva área, por conseguinte, também deliberam sobre o processo de planejamento e execução da EPS, nos respectivos territórios regionais (BRASIL, 2007a). E, por sua vez, no âmbito estadual tem a Comissão Intergestora Bipartite (CIB), espaço bipartite de deliberação e pactuação da política de saúde em âmbito estadual.

Junto com a estrutura organizativa e administrativa tem-se constituído uma estrutura hierárquica de tomada de decisões, que são os colegiados e instâncias deliberativas, seguindo a lógica delineada pela Constituição Federal que institui o SUS e abrange estrutura de poder para tomadas de decisões nas três esferas de governo.

A organização regionalizada segue uma lógica em que considera instâncias como espaço de pactuação permanente, cogestão solidária e cooperativa, compostas de gestores municipais, como são as CIRs. Assim, a estrutura da saúde no estado integra as SMS, pois estas são o *locus* majoritário da execução das ações de EP. Embora de caráter estadual, integram ainda esses territórios as instituições de ensino e o controle social, este representado pelo Conselho Estadual de Saúde, pois não têm uma organização regionalizada.

Figura 03: Mapa demonstrativo dos Municípios que constituem as microrregiões de Saúde. SES, 2018.



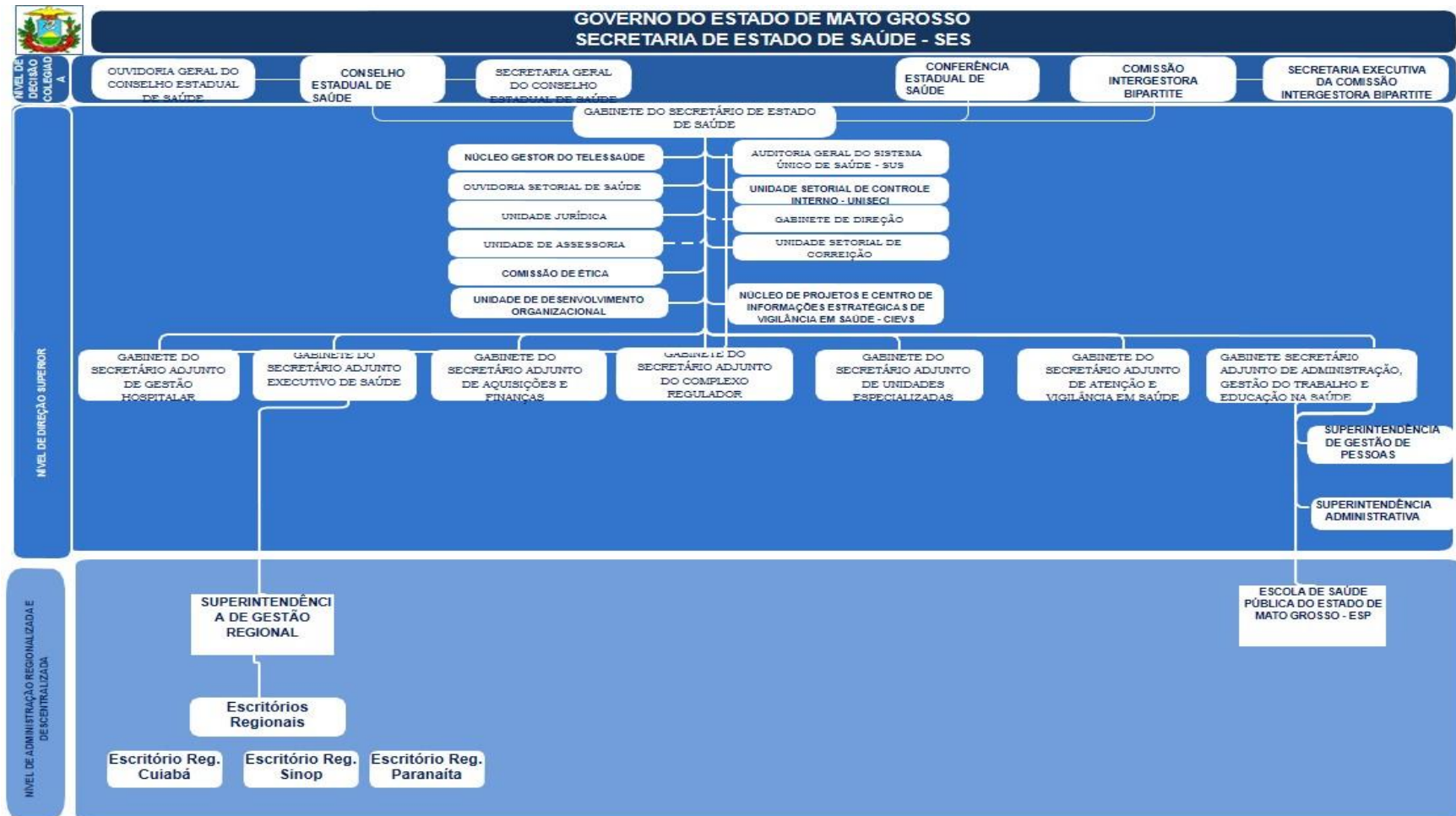
Fonte: Resolução CIB / SES Nº 57 de 26/07/2018 (MATO GROSSO, 2018d).

Na mesma lógica da regionalização, as representações política e administrativa de gestores municipais estão organizadas por meio do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de

Mato Grosso (COSEMS-MT); seu regimento determina uma vice-presidência por região, com estrutura administrativa de suporte e assessoria técnica a todos os municípios e para todas as questões relativas à saúde, por conseguinte, demandas relacionadas à educação permanente são acompanhadas pela equipe técnica e os gestores municipais no âmbito do seu respectivo conselho.

Quanto à estrutura administrativa e política da SES-MT, tem-se atualmente (**Figura 5**) a Secretaria Adjunta de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, que se ocupa de todas as demandas relacionadas à gestão do trabalho e também é a secretaria à qual a Escola de Saúde Pública está vinculada. Damos destaque a essas duas unidades de serviços da gestão da SES-MT em razão das implicações diretas ao objeto da pesquisa.

Figura 04: Estrutura administrativa das instâncias gestoras e colegiados de decisão da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso



Fonte: Decreto de Estrutura nº 444, de 06.04.2020, SDO/SEPLAG

3.4 Fases da pesquisa

Para assegurar o planejamento previamente elaborado na condução da pesquisa, foram definidas etapas de trabalho, destacando que desde o início da pesquisa, por ocasião da elaboração do projeto, e durante todas as etapas que se seguiram, a fase de revisão de literatura e estudo bibliográfico, se fizeram necessárias/imprescindíveis e estiveram presente para fundamentar teoricamente e dar suporte ao processo de análise dos dados.

Assim, a revisão de literatura permeou toda a pesquisa e guiou o trabalho de campo, implicando algumas vezes, a necessidade de fazer articulação das informações obtidas com o material teórico, no percurso do trabalho de campo, e, especificamente, nas entrevistas quando o participante direcionava e explorava informações, conhecimentos, com muita precisão e de seu domínio face as atribuições cotidianas que desenvolve, logo produzindo dados, implicando em visitar material teórico (BRANDÃO, 2007).

Portanto, constituem uma face que compõe a pesquisa e esteve presente em todas as etapas, desde o início do estudo, por ocasião da elaboração do projeto, e durante todas as etapas que se seguiram de revisão de literatura e estudo bibliográfico, o que possibilitou participação em atividades organizadas em âmbito nacional, regional e estadual a partir dos temas que seguem.

1. Política de Saúde e a redemocratização no Brasil – com abordagem sobre a formulação da política de saúde, a institucionalização do SUS.
2. Educação Permanente em Saúde – com estudo exploratório sobre as pesquisas, artigos, teses e dissertações contendo experiências relacionadas à educação permanente e à PNEPS disponíveis nos sites e revistas eletrônicas, e também buscar na literatura os autores para compor o arcabouço teórico referencial.
3. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – buscando fundamentos nas normativas e também com a participação em eventos promovidos pelo MS acerca dos desdobramentos dos estudos e avaliação dessa política com a finalidade de atualização, no período de 2017 a 2019; releitura tanto da normativa que institui a política quanto das então publicadas e demais publicações institucionais disponibilizadas pelo MS, como cadernos e relatórios.
4. Relatórios das oficinas da SES-MT no período 2018-2019 relacionadas ao debate sobre a PNEPS e o processo de elaboração do Plano Estadual de EPS.

A participação na atividade da fase 1 culminou na publicação de um artigo na revista “Direitos, Trabalho e Política Social”, da UFMT em 2019, refletindo sobre a relevância da participação social hoje em dia, com as ameaças às liberdades democráticas conquistadas no país (Revista Direitos, trabalho e política social, CUIABÁ, V. 5, nº 9, p. 8-9, jul./dez. 2019).

Outras oportunidades foram apresentações de trabalhos em eventos como: no Seminário do ICHS: Humanidades em contexto: desafio contemporâneo, em Cuiabá, com exposição da intenção de pesquisa de analisar a educação permanente na perspectiva de mudança de modelo de atenção à saúde, em 2017 (Anais do Seminário do ICHS – Humanidades em Contexto: desafios contemporâneos (2017) ISSN 2527 – 2659); em 2018, no Simpósio Franco Latino-americano sobre Trabalho e Saúde em Cuba, com exposições sobre a formação em EPS como estratégia de humanização no trabalho e reflexões sobre a EPS no SUS; no VIII Congresso Ibero-americano de Pesquisa Qualitativa em Saúde, no Estado de Santa Catarina, com exposição sobre a política de saúde no Brasil e a EPS; no XVI Encontro Nacional de Pesquisadoras/es em Serviço Social, no Espírito Santo, com a política de saúde e EP no contexto das políticas sociais do Brasil; e, por fim no ano de 2019, no 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, em Brasília, em que se tratou a questão social na contemporaneidade.

Todo o percurso de participação em eventos científicos, como a publicação, nessa etapa que antecedeu a pesquisa empírica, foi fundamental no sentido da preparação para a pesquisa, seja na elaboração dos instrumentos de coleta de dados, na abordagem dos interlocutores em campo. Inclui-se também que a participação nos eventos propiciou familiarizar mais com a literatura, tomar conhecimentos de estudos relacionados ao objeto da nossa pesquisa e que vêm sendo desenvolvidos.

Acrescenta como espaço importante para reflexões teóricas sobre o objeto de estudo a participação como prática docente da Disciplina Ética Profissional em Serviço Social da Universidade de Brasília no ano de 2019.

Não dá para furtar em dizer o salto de importância que foi o exame de qualificação, ocorrida também em 2019, com as contribuições da banca que foram fundamentais e decisivas para o planejamento da etapa empírica da pesquisa e fundamentação teórica do estudo.

Após dois anos e meio de estudos, deu-se início ao trabalho de campo, com vistas a obter dados primários, por meio de entrevista, para os gestores.

A fase seguinte diz respeito à análise e tratamento dos dados empíricos e documentais, procurando fazer convergir a especificidade dos dados primários obtidos com um tipo de interpretação que os considerasse por meio da contextualização e reflexão teórica (MINAYO & COSTA, 2019).

3.5 Percurso para coleta de dados

Para a coleta dos dados, ou seja, a inserção da pesquisadora no campo, uma carta de apresentação assinada pelo orientador e pela direção da instituição de ensino a que a pesquisadora está vinculada foi apresentada. Nesta, foram explicitados os objetivos da pesquisa, os participantes, o tempo e etapas para sua realização; foi entregue às Secretarias Municipais de Saúde, à Escola de Saúde Pública e ao gabinete do secretário de Estado de Saúde. Após autorização das secretarias e escolas, deu-se início às aproximações e formalização para as entrevistas.

Entretanto, antes das entrevistas, foi necessário adotar alguns procedimentos, como participação das reuniões da CIB-MT, e contato por telefone, para conhecer os participantes, no período de pré-agendamento. Foi algo rápido, pois eles se mostraram receptivos e interessados em apoiar a pesquisa, uma vez feitos os esclarecimentos pela pesquisadora quanto ao objeto e sua finalidade.

Na operacionalização da pesquisa, para as entrevistas, houve contato por telefone e, na medida da aquiescência dos gestores-participantes, foram repassados por e-mail alguns documentos como ofício com autorização das secretarias de Saúde; parecer favorável do Comitê de Ética que data de 7 de fevereiro de 2020.

Após a ciência desses documentos e o de todos, foi confirmado o agendamento das entrevistas, estas foram realizadas no período de 12 a 28 fevereiro de 2020. E também esclarecido sobre o acesso aos documentos e demais informações necessárias, que se caracterizam como dados secundários.

As entrevistas tiveram duração média de 40 minutos em datas, horários e locais estabelecidos de comum acordo com os participantes da pesquisa; em algumas, houve dificuldade, pois a maioria dos gestores abordados ainda se encontra em pleno exercício da atividade pública, inclusive em cargos eletivos; ainda se procurou compatibilizar a agenda no início da gestão recém-empossada, demandando tempo e paciência.

Cabe mencionar que durante todo o processo da pesquisa se buscou assegurar a privacidade das pessoas participantes e preservação de suas identidades. Por exemplo, as entrevistas foram realizadas em locais, pelos gestores escolhidos, onde poderiam compartilhar livremente suas percepções sobre o tema da educação permanente sem qualquer tipo de cerceamento.

Ao final do percurso de coleta dos dados, a constatação é que a aproximação com a realidade a partir do diálogo com os gestores-participantes traduziu-se em momentos

riquíssimos. Na condição de trabalhadora da saúde, ora com atuação na assistência (como se diz, na ponta), ora como gestora, logo, conhecedora dessa realidade, entendo que os olhares e a percepção tecidos nesse percurso foram novos, provocaram uma ampliação na compreensão sobre a trama e complexidade que se constitui a realidade de saúde nas distintas esferas de gestão no Estado.

E isso, ao mesmo tempo, permitiu conferir a gigantesca importância do SUS como política pública e reacendeu a chama desafiadora em defesa e do compromisso com ele, reafirmando nosso compromisso em ver a saúde como direito universal.

3.6 Participantes da pesquisa e definição da amostra

Para a escolha dos diferentes protagonistas (os gestores participantes do estudo), é relevante a compreensão de que em uma pesquisa essa definição decorre do seu pertencimento social e sua vinculação técnica e política (KNAUTH, LEAL, 2014).

Entre esses protagonistas estão secretários de Estado e municipais; diretores de escritórios regionais e da Escola de Saúde, que estiveram e/ou estão atuando como gestores no período de 2017 a 2019, e inseridos nas estruturas da SES-MT.

A referida seleção seguiu a orientação expressa por Minayo (2017, p. 3), ao fundamentar que em uma pesquisa qualitativa a definição do participante se relaciona “às informações prestadas por pessoas implicadas num tema de pesquisa que podem representar o conjunto, quando determinadas precondições forem observadas”.

Eles (os participantes) contemplam o universo de representações implicadas ao tema educação permanente, como informantes-chave, e têm vinculação com a rede de serviços que constituem a saúde no estado, no âmbito da gestão e do cuidado.

A escolha desse segmento como amostra da pesquisa não é um elemento solto no conjunto, mas se vincula à dimensão do objeto, logo, sua escolha foi intencional, observados alguns cuidados indispensáveis.

Entre as observações que balizaram o estudo estão: definição do tamanho do universo da pesquisa e não desprezar informações ímpares, entre outras. Informações ímpares aqui compreendidas como aquelas que não possuem outras semelhantes, ou que seja peculiar. Mas é preciso mencionar que na metodologia inicial estavam previstas entrevistas com dois gestores

municipais, mas, dada a relevância e a condição de ser referência para o sistema de saúde de Mato Grosso, foi incluída a participação de mais dois secretários de Saúde.

Compõem o universo de participantes da pesquisa 11 gestores-participantes, que estiveram à frente do governo no período 2017 a 2019: quatro secretários de Saúde, um dos quais, secretário estadual e os demais, municipais; três diretores regionais de saúde, duas secretárias adjuntas de gestão do trabalho e da educação na saúde, sendo uma da gestão anterior e outra vigente, e duas diretoras da Escola de Saúde, anterior e atual, em função de o ano de 2018 ter sido de final de mandato de governos, assim implicando mudanças de equipes gestoras. Ainda que sejam pessoas públicas, optou-se em preservar o anonimato dos entrevistados, eles/elas foram identificados e os codificamos com letras do alfabeto: A, B, C, D, E, F, G, H, I e L.

O **quadro 01** apresenta o perfil dos entrevistados/ desses participantes.

O quadro demonstra que os entrevistados atenderam aos critérios de inclusão na amostra, composta de profissionais com atuação há mais de 16 anos, todos com formação de nível superior completa, exceto um que não concluiu e assim não cursou pós-graduação como os demais. A relação de trabalho em termos de vínculo empregatício está equilibrada entre concursados com estabilidade e aqueles com cargo comissionado. Na sua grande maioria os entrevistados são gestores do sexo feminino e todos tinham experiência acumulada em atividades do setor público há mais de dez anos. E estiveram/estão à frente do cargo como gestores há cerca de dois anos.

Quadro 01. Perfil/caracterização dos gestores institucionais entrevistados, PEPSUS-MT, de 2017 a 2020

Nº	Código	Sexo	Faixa Etária	Formação Profissional e Escolaridade	Representação		Vínculo empregatício	Tempo de atuação profissional	Pós-graduação	Experiência anterior com Gestão da Saúde	Curso específico de gestão em saúde
					Instituições	Tempo no cargo					
01	A	F	40-50ª	Nutrição	SES-ERS-Cuiabá	- 1 ano	Efetivo: concursado estadual	22 anos	Especialização	Sim	Gestão Hospitalar
02	B	F	50-60ª	Pedagogia	SES-ESP	+ 3anos	Efetivo: concursado estadual	33 anos	Mestrado	Sim	Saúde Pública e Vigilância em Saúde do Trabalhador
03	C	F	55-59ª	Enfermagem	SES-Secretaria Adjunta	+2anos	Efetivo: concursado estadual	34 anos	Mestrado	Sim	Saúde Pública, Gestão hospitalar e etc.
04	D	M	+ 60ª	Direito	SMS-Cuiabá-Secretário Cuiabá	2 anos	Cargo de comissão	37 anos	Mestrado	Não	Cooperação Internacional, em direito do Estado, Administrativo e Processo Administrativo
05	E	F	40-44ª	Serviço Social	SES-ESP	+1 ano	Efetivo: concursado estadual	20 anos	Mestrado	Sim	Gestão do Trabalho
06	F	F	40-44ª	Biologia	SES-ERS-Sinop	+ 1 ano e 4 meses	Efetivo: concursado estadual	18 anos	Doutorado	Sim	Políticas Sociais e Gestão em Saúde
07	G	F	35-39ª	Letras	SES-ERS-PAN	15 anos	Efetivo: concursado estadual	15 anos	Especialização	Sim	Gestão de Serviços Públicos. Gestão em Alimentação e Nutrição, Micropolítica Educação Permanece em Saúde
08	H	M	55-39ª	Administração-Ed. Física	SES-Secretário do Estado	+1 ano	Cargo em Comissão	37 anos	Não informado	Sim	Não informado
09	I	M	50-54ª	Ciências Contábeis	Secretário Municipal PAN	+3anos	Cargo em Comissão	19 anos	Especialização	Sim	Auditoria, planejamento tributário, MBI Agronegócio
10	J	M	50-54ª	Ciências Contábeis (incompleto)	Secretário Municipal Sinop	2 anos	Efetivo: concursado municipal	15 anos	Não	Sim	Não
11	L	F	35-39ª	Direito	SES-Secretaria Adjunta	+ 1 ano	Cargo em Comissão	+ 15 anos	Especialização	Sim	Gestão do trabalho na Saúde

Fonte: Dados da pesquisa, informações atualizadas em julho de 2020. MBA: Master Business Administration; PAN: Porto Alegre do Norte.*

3.6.1 Definição da amostra

A seleção dos participantes ou definição da amostra, ou mesmo critério de inclusão considerou a organização da saúde dos serviços do Estado de Mato Grosso, em que tal política segue estruturação regionalizada e descentralizada por polos territoriais que agregam municípios; por isso, existe a gestão cooperativa e solidária – nos denominados Escritórios Regionais de Saúde (ERS), como compartilhamento de tarefas e a distribuição de poder, negociados e pactuados em colegiados de gestores, denominados CGR (MARTINELLI, 2014; MATO GROSSO, 2017b).

Esses ERS, como expressão da regionalização, orientam a organização política e administrativa, figurando como um ente desconcentrado da SES-MT para fomentar as políticas de saúde, auxiliando os municípios da Regional, sobretudo na execução das ações e serviços para o atendimento da população.

Para a pesquisa, optou-se por eleger como participantes diretores dos ERS e os secretários municipais de Saúde das mesmas cidades onde estão instalados três desses Escritórios, por acreditar que a proximidade geográfica oferece mais possibilidades de organização e de estabelecer maiores vínculos e relações orgânicas. Ademais, a provisão dos serviços de saúde, especificamente de EPS, permite criar base de estruturação de políticas, uma vez que os ERS têm o papel de funcionar como instâncias indutoras dessas ações (MATO GROSSO, 2017b).

A partir dessa lógica de organização regional, definiu-se por eleger dois municípios considerando distintas situações de saúde que os caracterizam em razão das suas determinações estruturais na região em que se localizam. Ou seja, municípios que apresentam condições de desigualdades que interferem no desenvolvimento da política de saúde e na execução da política de educação permanente. Os municípios selecionados foram Sinop e Porto Alegre do Norte. E incluímos Cuiabá, por sua condição de capital e por concentrar maior oferta de serviços no estado e, portanto, ser referência para os demais municípios.

Sinop é sede do ERS, na macrorregião do Teles Pires, com responsabilidade técnico-administrativa sobre municípios⁶⁹, dentre eles, três que movimentam a economia do agronegócio e integram o chamado “Corredor dos Grãos”: Nova Mutum, Lucas do Rio Verde

⁶⁹ Municípios que compõem a Regional de Saúde de Sinop: Sinop, Cláudia, Feliz Natal, Ipiranga do Norte, Itanhangá, Lucas do Rio Verde, Nova Mutum, Nova Ubiratã, Santa Carmem, Santa Rita do Trivelato, Sorriso, Tapurah, União do Sul e Vera.

e Sorriso. Essa região dispõe de rede de serviços de atenção à saúde da básica até alta complexidade estruturada, com dois hospitais regionais estaduais e mais três hospitais contratados pela SES-MT (MENDONÇA, 2012; MATO GROSSO, 2015a; 2015b). Segundo identificação de Mendonça (2012), é uma das regiões em que as transferências do Estado para a assistência hospitalar aparecem com concentração de recursos, considerada uma das regiões mais populosas juntamente com a Baixada Cuiabana e Rondonópolis (MARTINELLI, 2014).

Dados do IBGE registram que a região do Teles Pires apresenta taxa de crescimento demográfico médio de 3,38%, sendo apontada no Plano Estadual de Saúde como a que mais cresceu nesse quesito no período 2009-2007 (MENDONÇA, 2012). Além disso, em Sinop estão instaladas escolas públicas de nível superior como a Universidade Estadual de Mato Grosso (UNEMAT) e a Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) – esta que, por sinal, oferece o curso de Medicina. E mais três universidades particulares, sendo uma de ensino a distância, que também oferecem cursos de graduação na área da saúde. Juntamente com a Secretaria Municipal de Saúde, desenvolvem integração ensino-serviço em nível de estágio, cursos, oficinas, capacitações e demais práticas educativas da área.

Acrescenta-se à estrutura de instituições de ensino na região o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso (IFMT), com unidades nas cidades de Sorriso, Lucas do Rio Verde e Campo Novo do Parecis (esta não compõe a Regional de Sinop, mas tem proximidade geográfica). Soma-se a esses aspectos a localização geográfica de Sinop na rota de trânsito para todas as cidades de médio porte do norte do estado, o que facilita a mobilidade, o acesso a bens e serviços e a interação na proposição e execução de ações de educação permanente. E isso, além da infraestrutura possibilitada pelo poder do agronegócio, um setor que também apresenta demandas aos serviços de saúde que exigem proposição, execução de ações de educação permanente.

A força de trabalho da rede de serviço municipal é composta de trabalhadores de todas as profissões do setor saúde, além das outras áreas da administração geral. Assim, o ERS também dispõe de servidores de diversas áreas: enfermagem, biologia, técnico de assuntos educacionais, farmacêutico, técnico de enfermagem, assistente social, médico, nutricionista, técnico de higiene bucal, entre outras. E isso, além da dos servidores dos hospitais regionais e de contratados pela SES-MT.

A Secretaria de Saúde, em conjunto com o ERS, tem estruturado espaços de debate da EP com CIES e CIR, que se reúnem com regularidade, tendo como aspecto motivador a integração ensino-serviço para o desenvolvimento das atividades de extensão e estágio.

No caso de Sinop, o município reúne condições favoráveis para implementação de uma política de educação permanente e, portanto, achamos oportuno ser um dos focos deste estudo; e a pesquisa vem respondendo a algumas dessas possibilidades.

Porto Alegre do Norte, em outro extremo, também sede de um ERS, constitui a macrorregião Araguaia-Xingu que tem sete municípios⁷⁰ na microrregião do Baixo Araguaia; no município em tela, a atividade econômica é a pecuária e recentemente o agronegócio iniciou ali sua expansão; a estrutura da rede de saúde é limitada, dispõe somente de Pronto Atendimento (PA). Entretanto, na região, os hospitais de referência são: um na cidade de Confresa; dois em Vila Rica, na divisa com o Pará; e outro em Santa Terezinha, na divisa com Tocantins (MENDONÇA, 2012; MARTINELLI, 2014).

Trata-se de uma região com vazios assistenciais, à medida que o acesso da sua população aos grandes centros urbanos para atendimento em serviços especializados de saúde acontece por via terrestre, em estradas não pavimentadas, em distâncias às vezes superiores a 700 km, pois o primeiro acesso é a cidade de Barra do Graças, exigindo tempo de viagem mínimo de 11 horas.

Em segundo lugar vem Rondonópolis, situada a 1.043 km; e, depois, Cuiabá, a 1.150 km, com tempo viagem de aproximadamente 17 horas – esta, por ser a capital, dispõe de uma complexa rede de serviço de alta complexidade e de profissionais especializados, sendo, por óbvio, a maior referência em saúde no estado.

Quanto a indicadores demográficos, a região apresenta taxa de crescimento anual de 1% (2009-2007) e, segundo o IBGE, 60% do rendimento domiciliar per capita é de apenas um salário mínimo e, destes, 20% é de meio salário mínimo, logo, grande parcela da população tem sua renda baseada somente no salário mínimo (BRASIL/IBGE, 2017).

A cidade de Porto Alegre do Norte não dispõe de nenhuma universidade de ensino profissionalizante para a área da saúde, somente uma de ensino a distância; apenas na vizinha Confresa opera o IFMT que oferece cursos de graduação nas áreas de agronomia, meio ambiente e tecnologia.

Não obstante as dificuldades, tanto a Secretaria de Saúde quanto o ERS têm encarado o desafio, enfrentando dificuldades para encontrar docentes e facilitadores, em função da pouca disponibilidade de profissionais de saúde na região, da distância e do fato de deslocamento por avião ser oneroso, e, por via terrestre, consumir cerca de dois dias a partir de grandes centros

⁷⁰ Municípios que compõem a Regional de Porto Alegre do Norte: Porto Alegre do Norte, Canabrava do Norte, Confresa, Santa Cruz do Xingu, Santa Terezinha, São José do Xingu e Vila Rica.

como Cuiabá. Desse modo, ERS, CIES e CIR estão constituídas, têm mantido regularidade dos encontros, com participação significativa dos gestores municipais, apesar de os municípios receberem recursos para educação permanente em montantes insuficientes.

Essas desigualdades (de acesso, mobilidade, carência de força de trabalho qualificada) são características de Porto Alegre do Norte, daí, suscitou o interesse para a análise. No percurso da pesquisa, foi possível conferir as peculiaridades regionais e como é desenvolvida a Política de Educação Permanente em Saúde no município.

Já Cuiabá, sede do ERS, integra a Macrorregião Baixada Cuiabana, que congrega 11 municípios⁷¹ sob sua responsabilidade técnica e administrativa. A capital está localizada na mesorregião centro-sul mato-grossense, no coração da América do Sul. Considerada uma das cidades mais antigas do estado, sua fundação data de 1719 e tem população estimada pelo BRASIL/IBGE (2021) de 618.124 pessoas, sendo que 98,13% residem na área urbana. Tem o maior Produto Interno Bruto (PIB) do Estado de Mato Grosso, na ordem de R\$ 23,3 bilhões, em 2017 (BRASIL/IBGE, 2021). Nas últimas décadas, passou por acelerado processo de desenvolvimento e transformações políticas, tecnológicas, sociais e culturais, como porta de entrada do agronegócio mato-grossense.

Sua economia está alicerçada principalmente na prestação de serviços especializados de saúde e educação. A base da estrutura educacional é a mais incrementada dentre todos os municípios do estado, acolhendo estudantes de todos os municípios de Mato Grosso, em função da instalação de inúmeras instituições de ensino, que atende a todos os ciclos, da pré-escola à universidade. E, ainda, a essa estrutura educacional acrescenta-se sua condição de centro de referência em função da maior densidade tecnológica, expressa na concentração de profissionais de distintas áreas, o que faz a demanda abarcar todos os serviços, principalmente os de saúde. Pois, tem instalado universidades públicas como a UFMT, IFMT, uma universidade privada (Universidade de Cuiabá), que compõe com inúmeras faculdades particulares na oferta de uma variedade de cursos.

Tanto essas escolas públicas quanto os particulares promovem a formação ao nível de graduação, pós-graduações *lato e strictu sensu*. Esses profissionais são absorvidos pelo mercado de trabalho de todas as 141 cidades que constituem o Estado de Mato Grosso.

Acrescenta-se a estrutura educacional, a sua condição de centro referência, em função da sua maior densidade tecnológica se, observar o porte dos demais municípios do Estado,

⁷¹ A Regional de Saúde de Cuiabá, denominada Baixada Cuiabana, é composta pelos municípios: Acorizal, Barão de Melgaço, Chapada dos Guimarães, Cuiabá, Jangada, Nossa Senhora do Livramento, Nova Brasilândia, Planalto da Serra, Poconé, Santo Antônio de Leverger e Várzea Grande.

expressa numa grande e variada concentração de profissionais de distintas áreas, o que leva a procura da população de todos os municípios por todos os serviços, principalmente de saúde.

A diversidade de categorias profissionais concentra a maioria dos serviços de saúde de média e alta complexidade, atraindo para essa rede usuários de todo o Estado. Soma-se ao encolhimento da oferta de serviços públicos observado desde 2005 (CUIABÁ, 2007) coloca o setor privado como o grande responsável pelo atendimento ao usuário do SUS, através dos Convênios firmados com o gestor público.

Hoje, a capital dispõe de uma rede de serviços cadastrados no Cadastro Nacional de Saúde (CNES), que prestam serviços ao SUS, na ordem de 230 estabelecimentos que atuam dentro da gestão municipal e estadual, mas com localização em Cuiabá. Segundo dados apontados pelo CNES/DATASUS, 80% dos estabelecimentos estão em gestão municipal, 13%, estadual e 6%, dupla gestão (CUIABÁ, 2019).

A integralidade da atenção à saúde demanda serviços com diferentes graus de complexidade, o que constitui a cadeia do cuidado progressivo. Essa rede de cuidados, no município de Cuiabá, conta com a complementação significativa dos serviços privados, por meio de convênios firmados com o gestor público.

Com a cooperação entre o SUS e essa rede privada de serviços complementares permite responder à demanda por serviços de saúde que extrapolam os limites geográficos do estado e do país, vinda principalmente de Rondônia e da Bolívia.

A Secretaria Municipal de Saúde é dotada de estrutura para atender a seus usuários com serviços desde atenção primária até alta complexidade, dispondo de centros médicos de especialidades, hospitais e pronto-socorro. E, também, de unidades de laboratórios e clínicas odontológicas, além dos serviços de vigilância à saúde. Para execução de todas essas ações e serviços públicos, a rede de atenção da capital usou receita própria na ordem de 27,86% da arrecadação dos impostos e recursos do município no exercício de 2019 (CUIABÁ, 2019).

As estruturas locais, da atenção básica até a alta complexidade, juntam-se às instituições formadoras na extensão do aprendizado, com a oferta de estágios, residências médicas e multiprofissionais, e demais práticas profissionais em todas as áreas da saúde, de assistência ou administrativa, o que faz com o que a capital congregue 90% da força de trabalho da rede de serviço do SUS.

Aliás, essa condição tem levado a Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá a se organizar e implementar medidas que estruturam e arregimentam a oferta desses espaços de prática de ensino. Em função dessa necessidade, em 2017 institui as diretrizes e normas que regulamentam as relações entre a Secretaria e as Instituições de Ensino para viabilizar cenários

de práticas de ensino por meio da Portaria nº 049/2017/SMS (MATO GROSSO, 2017a). Já em 2018, a Secretaria Municipal de Saúde instituiu o Núcleo de Educação Permanente que regulamenta a realização de pesquisas, as práticas de ensino e processos de desenvolvimento profissional (oficinas, capacitações e cursos), de acordo com a Portaria nº 023/2018/SMS (MATO GROSSO, 2018a), com vistas a promover a gestão da educação e gestão do trabalho no âmbito do SUS Cuiabá.

3.7 Instrumento de Pesquisa, Procedimentos e Coleta de Dados

Para esta pesquisa, foi utilizada coleta dados, a partir das entrevistas, no que são denominados dados secundários e primários. Os secundários tratam-se daqueles obtidos por meio de documentos institucionais e organizados de modo a permitir cruzar e conferir as informações obtidas durante a entrevista.

Os primários foram produzidos por entrevista, como instrumento técnico de coleta de dados, que seguiu um roteiro de perguntas de caráter semiestruturado (Apêndice B), elaborado para evidenciar a relação de interação entre o objeto da pesquisa e seus participantes (secretários e diretores).

A entrevista trata de um encontro no qual se observa a conduta verbal: “É o relato que faz o entrevistado sobre o significado, em sua mente, o que aconteceu e/ou que está por ocorrer. O entrevistado diz mais do que o que ele pensa; é o seu comportamento manifesto”. Na entrevista se buscou obter dos entrevistados suas percepções e interpretações (TOBAR & YALOUR, 2001, p. 97).

Destacada por Minayo (2001) a “entrevista é uma técnica privilegiada de comunicação [...]”; já Lakatos e Marconi (2003), argumentam que não importa que sejam estruturadas ou não, serem abertas ou fechadas, as entrevistas correspondem ao fato de ser o espaço no qual o informante aborda livremente o tema proposto, independentemente das modalidades de abordagem para coletar os dados (MINAYO, 2001, p. 58). E complementam: “[Na entrevista] semiestruturada, o entrevistador fica à vontade para progredir qualquer situação a variados destinos que julgar necessário; isto consiste em uma maneira de analisar um maior horizonte de uma dada questão”. Ou seja: as entrevistas garantem liberdade de expressão ao entrevistado.

São argumentos que reforçam que, na semiestruturada, o entrevistador fica à vontade para avançar em relação a variados destinos que julgar necessário; isso consiste em uma maneira de analisar um maior horizonte de uma dada questão. As entrevistas permitem dar

liberdade de expressão ao entrevistado para que discorra livremente sobre os assuntos tratados (MINAYO, 2001; TOBAR e YALOUR, 2001).

Nessa perspectiva, foi elaborado um roteiro de entrevista previamente testado com dois servidores públicos, para compreender se o instrumento apresentava questões claras e que permitissem verificar a coesão para captar informações do processo de elaboração e implementação do Plano Estadual de EPS.

O instrumento tem uma parte introdutória composta por dados de identificação do perfil do entrevistado. Na sequência, a entrevista parte de uma questão norteadora para responder à problemática da pesquisa: o Plano EPS do SUS-MT, na agenda de prioridades dos gestores: como tem sido o processo de sua implementação? Este, responde às demandas dos serviços de saúde e dos profissionais de forma a contribuir para mudança nas práticas de cuidado à saúde?

Na operacionalização da pesquisa, os encontros foram agendados individualmente com as/os gestores, de acordo com a disponibilidade de cada um, em data, local e horário por eles definidos. Buscou-se um ambiente favorável à escuta, de modo que os entrevistados ficassem à vontade para falar. A todos foi entregue o TCLE; depois da leitura, recolheu-se uma cópia com a assinatura da/o entrevistada/o.

Utilizou-se, como já mencionado, um roteiro semiestruturado com questões norteadoras (Apêndice B). No transcorrer da entrevista, embora com roteiro e esforço em segui-lo, outros assuntos foram incorporados para acolher o ponto de vista do gestor-participante; assim, flexibilizou-se a ordem das questões seguindo o fluxo natural da (s) resposta(s). As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora.

Recursos utilizados

1. Aparelho gravador

A opção pela gravação visa evitar perda de informações ou risco de fazer depois interpretações equivocadas, pois, nesse processo de memorizar o dito, poder-se-ia esquecer o fato. Utilizou-se, para tanto, um aparelho digital, com a permissão dos entrevistados, um recurso que se mostrou adequado para a produção das informações, permitindo à pesquisadora ficar livre para escutar, observar, compor algumas indagações indicadas no roteiro e compreender, sem ter de anotar as falas (o que poderia pôr em risco a riqueza dos detalhes) as singularidades vivenciadas durante a entrevista.

Também foi utilizado celular para gravação; em algumas, por sinal, dois aparelhos, para garantir não haver perdas na transmissão dos dados

2. Diário de Pesquisa

Mesmo com a tecnologia da gravação, não se abandonou a das anotações, pela qual se fez constar o registro e memória do transcorrer (acontecimentos) da pesquisa qualitativa. Nesse diário, a pesquisadora apontou os caminhos percorridos no estudo, questões das entrevistas que pudessem ser férteis para reflexão na análise dos dados.

3. Transcrição das falas

Todas as entrevistas foram gravadas e salvas no computador. Logo que possível, foram ouvidas integralmente, para conferência da qualidade da gravação. E todo esse material foi entregue a profissionais com experiência em pesquisa, visando à transcrição na íntegra, e eventuais correções da pesquisadora.

Houve mínimos problemas e interferências de barulhos externos nas gravações, e os poucos que se observaram foram superados com a conferência das falas nos dois aparelhos utilizados na gravação e com as anotações do diário de campo.

4. Produção de dados

As anotações no diário e a transcrição das entrevistas foram transformadas em informações e utilizadas para memória dos fatos. Dessa forma, o tratamento das respostas foi pela tabulação dessas, a partir do agrupamento das respostas dos gestores, constituindo um quadro de dados de informações qualitativas como subsídio para a contextualização e análise à luz dos pressupostos teóricos.

3.8. Análise do estudo

Os caminhos da descrição já referidos e, agora, da análise e interpretação dos dados, seguiram os passos com a leitura compreensiva do material selecionado, exploração do material e elaboração de síntese interpretativa.

Nesse momento buscou-se ter uma visão geral de todo o material, com a identificação das estruturas relevantes, temas e ideias centrais recorrentes. A partir de então, foi efetuada a análise dados das entrevistas e demais documentos utilizados, buscando as informações e/ou elementos significativos à elucidação do objeto estudado.

A primeira análise tem foco nos dados secundários, atendendo ao objetivo de identificar as iniciativas governamentais como uma expressão para consolidar o processo de formulação da política de EPS. São documentos formais e oficiais obtidos em instituições como: Secretaria

do Estado de Saúde; Escola de Saúde Pública; Escritórios Regionais de Saúde; Secretarias Municipais de Saúde e Ministério da Saúde, e/ou acessados em portais e site dessas instituições.

Documentos utilizados:

- a) Relatórios das oficinas e seminários realizados pela ESP-MT-SES, relacionados à EPS e ao PRO-EPS-SUS-MT;
- b) Regimento, relatórios, portarias, decretos e leis produzidos pelos colegiados de gestores: CES, CMS, CIB, CIES;
- c) Documentos fornecidos pela Secretaria Estadual de Saúde (SES);
- d) Resoluções do CES e da CIB, portarias do Ministério e da Secretaria de Estado de Saúde;
- e) Dados acessados nos sites do IBGE e da SES-MT [leis e portarias].

Para análise dos dados qualitativos foi utilizada a Análise Temática (AT) das respostas nas entrevistas. O conjunto das entrevistas foi analisado tendo como base a estrutura apontada por Braun e Clarke (2006), que de maneira sistemática buscam descrever todo o processo no contexto da pesquisa.

Esses autores descrevem a AT a partir da experiência aplicada em estudos da psicologia. É um método analítico com abordagem qualitativa sobre uma base de dados trabalhados, ou um processo de identificação de padrões ou temas quanto a dados qualitativos, pois “[...] fornece habilidades essenciais que serão úteis para a realização de muitos outros tipos de análise” (BRAUN & CLARKE, 2006, p.78).

A aplicação da AT permite identificar, analisar e relatar padrões, ou seja, aquilo que é definido como a essência da questão, o que chama a atenção, é importante e foi selecionado pelo pesquisador, mas não deve ser confundido com a medida de prevalência, pois não é quantitativo. Há possibilidade de o tema ser um aspecto singular encontrado nos dados que serão usados para abordar a pesquisa. Contudo, isso é muito mais do que simplesmente resumir os dados (MAGUIRE & DELAHUNT, 2017).

Sob o aspecto da aprendizagem e do ensino, a AT, ao contrário de muitas metodologias qualitativas, não está vinculada a um dado epistemológico (BRAUN & CLARKE, 2006; 2013). Logo, isso faz com que a flexibilidade seja um dos seus benefícios, posto não ficar limitada a nenhuma posição epistemológica ou teoria, acolhendo, desse modo, a aplicação dentro de diversas abordagens (BARRETTO, 2016; BARRETTO e FIGUEIREDO, 2019; MAGUIRE & DELAHUNT, 2017).

Outra possibilidade na aplicação da AT consiste no fato de a análise ser acessível, não requerendo tecnologia ou programa complexo. Contudo, isso não implica em supor que se pode fazê-la superficialmente, a partir da ideia de que “tudo é permitido” quando não se tem clareza e conhecimento sobre a técnica.

Segundo Braun & Clarke (2016), há dois níveis que permitem a definição de temas: semântico e latente. Os semânticos são aqueles temas dentro dos significados explícitos ou superficiais dos dados e devem ser representativos de muito trabalho, na qual a análise vai além, descrevendo o que é dito para se concentrar em interpretar e explicá-lo. E por outro lado, o nível latente é aquele em que olha para dentro do que foi dito e “[...]começa a identificar ou a examinar as ideias subjacentes, pressupostos e conceituações – e ideologias – que são teorizadas como formadores ou informando o conteúdo semântico dos dados” (p. 84).

Essa é a abordagem mais usual e influente nas Ciências Sociais, em virtude de oferecer um quadro claro e utilizável para fazer análise temática (MAGUIRE & DELAHUNT, 2017). Por essa via, os pesquisadores assumem um papel participativo e particular, à medida que subscrevem os temas que são determinados com base nos dados encontrados no campo e mediados pela problematização do objeto de pesquisa.

Seis passos para a análise temática são apresentados por Braum & Clarke (2006) os quais adotamos: 1. Leitura; 2. Codificação inicial; 3. Identificação de temas; 4. Revisão ou análise de temas; 5. Definição de temas e 6. Escrita. Mesmo descritas nessa ordem, essas etapas não são lineares necessariamente, pode-se movimentá-las para frente e para trás, dependendo das circunstâncias e complexidade dos dados.

Em qualquer análise qualitativa a leitura é a primeira tarefa. Nessa etapa, com a transcrição do que foi gravado, criou-se um arquivo com os dados. Então, começou-se a leitura e releitura do arquivo.

Essa fase de leitura foi marcante, tanto por ser imprescindível para familiarizar-se com todo o corpo de dados e já vislumbrar os possíveis aportes teóricos quanto pelas circunstâncias da realidade vivida pela pesquisadora, que perdeu parte de seus arquivos, por ter tido o seu computador furtado, fato que exigiu mais releitura. Nessa ocasião, algumas anotações já foram feitas conforme aporte teórico metodológico do processo de trabalho adotado na pesquisa, além das primeiras impressões da pesquisadora.

A segunda etapa, a da codificação inicial, deu-se com a aproximação e conhecimento dos dados, o que permitiu começar a organização de maneira sistemática e com os devidos significados.

A ênfase nessa fase foi codificar cada segmento de dados tido por relevante, que chamasse a atenção em relação a semelhanças e diferenças encontradas nas respostas dos entrevistados-participantes, de modo que permitiu organizar as unidades de análise conforme o conteúdo semântico ou latente (MAGUIRE & DELAHUNT, 2017).

A codificação foi espontânea, isto é, aberta; não houve definição prévia de códigos, desenvolvidos e alterados durante o processo de codificação. Utilizou-se o recurso de “cortar e colar” do Word, de modo a selecionar trechos e localizar palavras-chave (códigos) que se repetiam em cada arquivo (MAGUIRE & DELAHUNT, 2017).

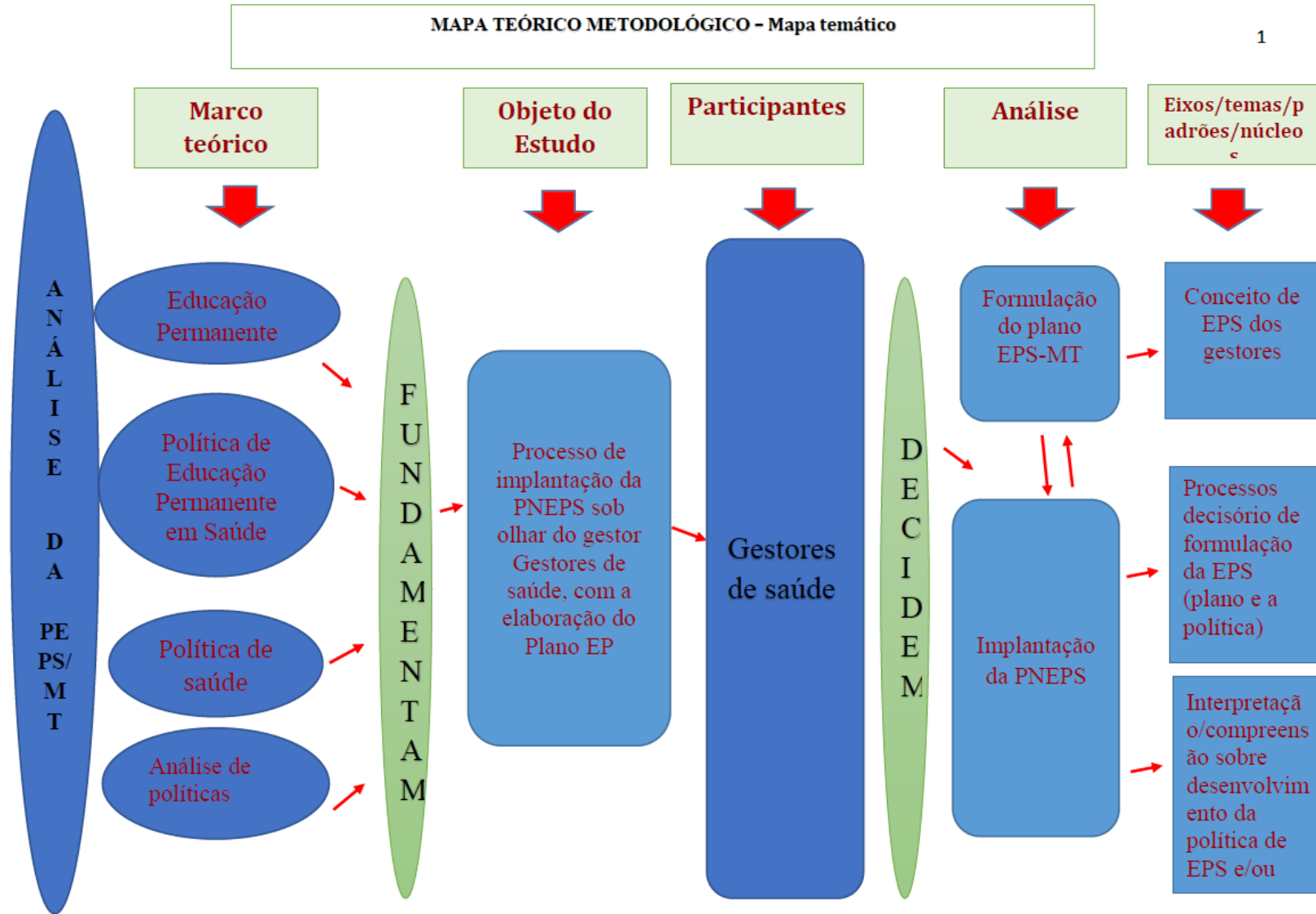
O terceiro passo, o da identificação de temas, ocorre após a definição das palavras-chave, dividindo-se por temas abrangentes a partir da verificação se os códigos se encaixavam em um tema amplo e a sua associação com mais de um. Observa-se a predominância descritiva dos temas preliminares, posto terem descrito padrões que são dados relevantes para a pesquisa (MAGUIRE & DELAHUNT, 2017).

A quarta etapa, a da revisão ou análise de temas, é o momento de revisão, modificação e desenvolvimento dos temas preliminares, que foram identificados na etapa anterior. Para dar conta dessa tarefa é necessário considerar que o conjunto de dados é um extrato das entrevistas (MAGUIRE & DELAHUNT, 2017). Portanto, é oportuno considerar como os temas funcionam em uma única entrevista e em todas as elas, atentando que os temas devem ser coerentes e distintos um do outro.

Para dar conta dessa tarefa, usou-se a função “cortar e colar” das entrevistas codificadas e aqueles dados associados com cada tema que foi destacado e codificado com cores diferentes. A essência nesse momento da pesquisa é questionar: Os temas fazem sentido? São apropriados dentro do conjunto de dados? Os dados suportam os temas? Estou tentando encaixar muito em um tema? Se os temas se sobrepõem, eles são realmente temas separados? Existem temas dentro de temas (subtemas)? Existem outros temas dentro dos dados?

Portanto, nessa etapa alguns temas foram abandonados, pois não apresentavam relevância na investigação diante do recorte da pesquisa e outros sobrepostos. Dessa maneira, os temas definidos nesse momento de revisão formam o que os autores chamam de “mapa temático” (BRAUM & CLARKE, 2006). A seguir, na **Figura 05** consta o mapa temático da pesquisa que demonstra ilustrativamente as relações entre os temas e subtemas, a partir das respostas.

Figura 5 – Mapa teórico Metodológico: mapa temático



A definição dos temas, o quinto passo, tem como finalidade a exigência de identificar a “essência” de cada um (BRAUM & CLARKE, 2006). As indagações nessa fase são: Qual é o tema que se diz? Se há subtemas, como eles interagem e se relacionam com o tema principal? Como os temas se relacionam entre si?

A partir da elaboração do “mapa temático” os dados foram refinados e os temas, nomeados. E a análise foi atribuída a cada um desses temas. Assim, afirma-se a importância de esses temas estarem relacionados a aspectos globais, apesar de cada um ter a sua história (BARRETTO, 2016).

E, então, o último passo: a escrita. Para essa etapa os temas estão trabalhados e, portanto, a tarefa é elaborar o relatório, que nada mais é que a tese do trabalho, na busca de compreender e interpretar os dados e confirmar a validade da análise.

Percorrendo todas essas fases, o trabalho foi executado, com material transcrito, lido, sistematizado em temas e subtemas, leituras e releituras, agrupamento das respostas das entrevistas e organização desses estratos. Finalizadas essas tarefas, foi dado início à discussão de todo o material já tratado, dialogando com autores do marco teórico-metodológico e apresentado na revisão de literatura, estruturado em três eixos:

- **Eixo estrutural 1:** Conceito de Educação Permanente em Saúde, cujo enfoque está na percepção dos participantes/gestores quanto ao reconhecimento dos processos educativos que são oferecidos, como educação permanente, considerando as diretrizes da PNEPS e a sua capacidade de mudar a prática cotidiana de trabalho, procurando identificar o que pertence à realidade específica e o que é direcionado pela gestão.
- **Eixo estrutural 2:** Processo decisório de formulação do plano e implantação da política EPS. No âmbito da proposição, a elaboração de plano considera consensos, polêmicas, negociações, mas também a consulta a instrumentos e ferramentas para tomada de decisão. Envolve a *participação no processo de elaboração do plano*, um princípio que compõe a EPS. E prescinde da apresentação das *principais proposições de EPS que os participantes/gestores demonstraram conhecer*.
- **Eixo estrutural 3:** Interpretação/compreensão sobre o desenvolvimento da política de EPS – o principal alvo é sobre os desafios, recursos, discordâncias, conflitos, no percurso de elaboração do plano e implantação a política EPS; a consulta a instrumentos e ferramentas para a tomada de decisão e potencialidades e dificuldades na incorporação de espaços de educação permanente no cotidiano do trabalho em saúde, ou como estratégia de boas práticas de mudanças de prática no cotidiano do trabalho na área.

Um dos temas mais destacados é a elaboração do plano, uma tarefa imprescindível para implementação da política de EPS, que tem dois aspectos: **participação no processo de elaboração do plano** e a **tomada de decisão**. No caso, o processo de elaboração é uma ação sobre a equipe técnica; ainda que prescindida da participação técnica, atua sobre a condução e gestão da política de saúde, por conseguinte, um ato discricionário do gestor maior da SES-MT e das Secretarias Municipais de Saúde.

Ainda que parte do trabalho de campo, especialmente as entrevistas, tenha sido realizada antes da eclosão da pandemia Covid-19, em fevereiro de 2020, é preciso registrar que realizar a pesquisa em meio dessa pandemia trouxe algumas dificuldades, como acesso alguns documentos, contatos com participantes para complementação de informações, mesmo sendo no formato virtual. Os contatos eram penalizados em função do volume de atribuições e responsabilidades que os participantes como gestores lidavam no seu cotidiano nesse contexto pandêmico.

Por fim, a análise e discussão resultantes da pesquisa empírica estão apresentadas nos capítulos dois e quatro desta tese que, respectivamente, apontam as perspectivas de educação e análise de políticas, e a prioridade da EPS na agenda dos gestores. Além do capítulo um que descreve a trajetória histórica da política de saúde e da EPS, no contexto de mudanças de modelo de atenção à saúde, que se estabeleceu no Brasil desde a promulgação da CF de 1988.

CAPÍTULO 4 – PESQUISA EMPÍRICA COM GESTORES DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM MATO GROSSO

Parte-se do entendimento de que a realização das entrevistas nas pesquisas empíricas qualitativas tem uma relevância que não se sobrepõe a outros, mas sua diferença está, sobretudo, neste processo de investigação ao sistematizar o significado atribuído pelos participantes às suas experiências frente às demandas relacionadas à Educação Permanente em Saúde.

Às entrevistas, por meio de instrumentos semiestruturados e como fontes de informação, se somam os relatórios das oficinas, acompanhados dos registros nelas realizados por ocasião da nossa participação e que serão compartilhados nesta seção.

As entrevistas foram realizadas com 11 gestores, sendo quatro do sexo masculino, todos com mais de 40 anos de idade, com formação de nível superior completa, exceto um não concluiu, e experiência profissional de mais de 16 anos em atividades do setor público, sendo cerca dois anos como gestores. Identificados por letras do alfabeto de “A” a “L”, sem distinção de esfera da governança que responderam e a um roteiro estruturado com perguntas abertas e fechadas relacionadas a identificação. Foram aplicadas no período de 12 a 28 de fevereiro de 2019, com análise a partir do agrupamento de questões norteadoras tendo como referencial as unidades de sentido, que agregam três eixos, como segue.

Feito o trabalho de campo, a análise dos resultados pautou-se em duas direções convergentes: formulação do plano e implantação da PNEPS. A formulação da EPS-MT é tarefa base para se implantar a PNEPS no Estado. Didaticamente, as análises estão organizadas em três eixos que também têm convergências por comportar fatores reveladores da EPS como pauta na agenda dos governantes, logo, a tomada de decisão é uma ferramenta de promoção de mudança do modelo de atenção à saúde.

Assim, ao apresentar os resultados, separamos o conteúdo extraído da análise documental e das entrevistas em três núcleos de sentido, cada qual abordado em subnúcleos, apresentados de maneira breve nos próximos parágrafos.

De início, precisávamos compreender a percepção dos participantes quanto ao tema central. Assim, no primeiro eixo de sentido, *Conceito de Educação Permanente em Saúde dos Gestores*, se abordam tanto as percepções e a compreensão dos participantes acerca de EPS quanto o reconhecimento dos processos educativos oferecidos considerando as diretrizes da PNEPS e sua capacidade de mudar a prática cotidiana de trabalho, e são direcionadas pela gestão.

Os dados da pesquisa mostram que há o reconhecimento do potencial da EP para promover mudanças nas práticas profissionais com tripla tarefa: apreender a realidade, compartilhar conhecimento e cooperação com outras políticas. Na prática, a implementação da medida de adotar EPS concorre com outras necessidades imediatas.

Quanto à análise de EPS no estudo realizado por Rezio et al. (2020, p. 6), entende-se que esta “representa um avanço importante dos trabalhadores do serviço, pois incorpora o ensino-aprendizagem no contexto real, transforma a prática e o cotidiano em fonte de conhecimento” e possibilita que ocupem lugar de atores em vez de receptores.

Em direção similar, no estudo de Gama et al. (2021) se reconhece a tarefa da EPS ao realçar a necessidade de a oferta de capacitações ser sistemática para equipes que atuam na saúde mental, uma vez que essas ações acontecem pontualmente. No entanto, mesmo enfatizando essa percepção, destacam que “parece não haver assimilação de seus conceitos” por se manter em estágio inicial (p. 8), referindo as dificuldades de realizar ações de EPS, mesmo constatada sua relevância tanto por trabalhadores quanto por gestores. Esta pesquisa compreende o NASF como uma tarefa basilar a contribuir na construção de uma política de EPS na APS, mas que precisa ser aprofundada.

Apesar de a EPS ser reconhecida como importante estratégia, o estudo conclui que o principal desafio na abordagem das demandas em saúde mental se relaciona à falta de EPS. Nesse sentido, trata-se de uma “proposta complexa que encontra dificuldades na implementação, uma vez que se propõe a fazer mudanças estruturais na dinâmica da equipe, no processo de trabalho e nas relações de poder” (p. 9). Essas observações chamam atenção para as dificuldades de adesão dos profissionais às ações educativas. Há resistência dos próprios profissionais e sua “condução relacionada à falta de visão e apoio da própria gestão, além de falta crônica de recursos humanos” (p. 9).

O segundo eixo de sentido, *Processo Decisório de Formulação do Plano e Implantação da Política EPS*, também foi organizado em três subnúcleos. No primeiro, apresenta-se o processo de formulação do plano EPS; no segundo, a participação em sua elaboração; no terceiro, as principais proposições de EPS que os participantes/gestores mostraram conhecer.

Ficou demonstrado no segundo eixo que, apesar de evidenciar EPS como prioritária, os recursos específicos para implementá-la estão diluídos em outras rubricas. Observou-se que as ações de EPS se limitam aos interesses do gestor de plantão, e a sua participação se dá muitas vezes por seus representantes ou mesmo técnicos empenhados em executar processos educativos diante da realidade social e de saúde.

Neste segundo eixo foi possível verificar que, apesar da vulnerabilidade financeira na oferta de processos educativos e de monitoramento, há reconhecimento da força de trabalho existente na SES, evidenciado por profissionais qualificados para atuar nos processos educativos seja como docentes, coordenador de cursos, orientador de TCC, além da função da Escola de Saúde Pública como centro formador.

Similarmente, o estudo de Rizzo (2020) foca a atuação de profissionais como facilitadores na formação em saúde mental na APS, reconhecendo a EPS como uma estratégia político-pedagógica de superação das necessidades do SUS, portanto, mais uma vez, há o reconhecimento da força de trabalho e da EP como uma das medidas de gerar e produzir conhecimentos, saberes e mudanças.

Do mesmo modo, ao pesquisar o processo de avaliação da APS, o estudo de Beraldi et al. (2021) aponta a atuação de profissionais como tutores, coordenadores e mesmo preceptores de residência multiprofissional, uma denotação tanto das multiatribuições que têm sido assumidas quanto do reconhecimento da importância e significado da força de trabalho existente na rede de serviços. Esse mesmo estudo menciona a compreensão do processo de qualificação como estratégia de captação de recursos financeiros para os municípios e interesses políticos. Logo, a questão financeira é um nó crítico que permeia a EPS, situação esta já apontada na pesquisa de França (2016), como uma problemática que envolve dificuldades de execução pela natureza administrativa, insuficiência para atender a demandas, baixa capacidade de gastos por parte dos estados.

O processo de construção do plano, além de mobilizar técnicos e gestores, motivou expectativas de materializar tantas propostas que têm sido desenhadas; acendeu-se a luz das possibilidades com proposições de medidas a serem adotadas pela gestão, dentre elas, a necessidade de estabelecer processos de monitoramento e o fortalecimento da CIES Estadual como espaço de discussão e referência para as regionais e municipais no tocante a pactuar processos para o desenvolvimento profissional no âmbito do Estado de Mato Grosso.

Já o último eixo de sentido, Compreensão sobre o Desenvolvimento da Política de EPS, tem três subnúcleos: *O processo de implementação da PNEPS e do plano*, no qual se chama atenção para os desafios, recursos e discordâncias no percurso de sua elaboração como estratégia de boas práticas e/ou mudança de práticas. O segundo, *Consulta a instrumentos e ferramentas*, trata da tomada de decisão e das potencialidades e dificuldades na incorporação de espaços de educação permanente no cotidiano do trabalho em saúde. E, o último, a avaliação sobre da EPS na visão dos gestores.

Após esta breve introdução, seguem os eixos de sentido e suas discussões. Este capítulo de análise de dados resultante da pesquisa divide-se em três seções principais: 4.1. Conceito de Educação Permanente em Saúde; 4.2. Processo decisório de formulação do plano e implantação da Política EPS; e 4.3. Compreensão sobre o desenvolvimento da política de EPS. As seções e as suas subdivisões tiveram como base os dados produzidos por meio das entrevistas com gestores, pesquisa em documentos produzidos pela Secretaria de Estado de Saúde (SES-MT) e observações em campo e registradas durante o trabalho de campo.

4.1 Conceito de Educação Permanente em Saúde

Nesse primeiro eixo, coube explicitar a percepção dos participantes sobre EPS a partir do conceito apontado pela PNEPS, expressando sua compreensão quanto ao reconhecimento construído nos processos educativos nos espaços de gestão.

A conceituação da EP no âmbito do SUS passou a ser bastante difundida a partir da implementação da PNEPS, em 2004. Desde então, a quantidade de produções acadêmicas que fazem referência à EPS, como elemento fundamental tanto para pesquisas quanto motivacional, tem sido significativa no sentido da disseminação do conceito e de sua adoção estratégica de apreensão da realidade (BERALDI et al., 2021; FARAH, 2006; FARIA et al., 2021; FALEIRO, LEMOS e CARDOSO, 2020; FERRAZ et al., 2013; FERNANDES, 2016; FERREIRA et al., 2019; FRANÇA, 2016; FIGUEIREDO et al., 2017; GAMA et al., 2021; GIGANTE e CAMPOS, 2016; GONÇAVES et al., 2019; GONÇALVES e SCHERER, 2020; LEMOS, 2010; LEMOS et al., 2020; LIMA et al., 2014; LOPES et al., 2007; LUCAS, 2019; NICOLETTO et al., 2013; PERES et al., 2016; PEREIRA, 2018; RAMOS et al., 2018; SIGNOR et al., 2015, SILVA et al., 2016; SILVA, 2013; SOUSA, SEVERO, SILVA-FELIZ, 2020; VIANA, 2008). Já as produções que analisaram especificamente a realidade da educação permanente em Mato Grosso, além de colocar em evidência o debate, têm demarcado processos de construção da EPS como política no Estado (ANJOS, 2009; CUNHA, 2014; CAMARGO, 2018; FERREIRA, 2009; GUARIM, 2015; LIMA e RIBEIRO, 2016; ROJAS, 2019).

A EP é tomada no âmbito do SUS como conceito pedagógico, para efetuar relações orgânicas entre ensino, ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, e se ampliou na Reforma Sanitária Brasileira para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde (BRASIL, 2007a).

A relação com o trabalho e as práticas de formação e desenvolvimento profissional é o fio condutor de constituição da EPS, definida como política de formação e desenvolvimento para o SUS nas três esferas de governança.

[...] Deve-se considerar o conceito de Educação Permanente em Saúde e articular as necessidades dos serviços de saúde, as possibilidades de desenvolvimento dos profissionais, a capacidade resolutiva dos serviços de saúde e a gestão social sobre as políticas públicas de saúde (BRASIL, 2007a, p. 6).

Com essas premissas e vastamente recorrido, o conceito de EP é:

[...] aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais (BRASIL, 2007a, p. 6).

Nesses termos, pressupõe-se que ela pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, acontece no cotidiano das pessoas e das organizações.

De acordo com o conceito da EPS, a Política Nacional explicita a relação da proposta com os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde. Uma cadeia de cuidados progressivos supõe ruptura com o conceito de sistema verticalizado, para trabalhar com a ideia de rede, de um conjunto articulado de serviços já constituídos, reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas (BRASIL, 2007a).

Os princípios da PNEPS, expressos nos Colegiados de Gestão e das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), evidenciam participação efetiva da produção coletiva, dos arranjos interinstitucionais para execução das ações propostas, na *disseminação do conceito de EPS como orientador de práticas de educação na saúde, visando melhorar a qualidade dos serviços de saúde* (BRASIL, 2007a, p. 7).

Assim, por esse escopo, foram desenvolvidas as análises a partir da percepção dos gestores entrevistados, que a seguir estão apresentadas.

4.1.1 Percepções e concepções dos gestores sobre a EPS

Abordar a percepção dos gestores sobre a EPS, a sua apreensão sobre capacidade de mudança da prática cotidiana de trabalho e se os processos educativos têm levado em consideração a realidade local responde aos questionamentos e se configuram como

fundamentais para compreensão da PNEPS no Estado de Mato Grosso, assim como do plano elaborado.

Nas entrevistas, visando captar a concepção conceitual dos gestores sobre EPS, foram feitas perguntas sobre o entendimento da expressão *Educação Permanente em Saúde*. Buscou-se identificar os processos educativos, a aplicação das diretrizes da PNEPS e estratégias capazes de mudar a prática cotidiana de trabalho. As percepções sobre educação permanente transitam em três esferas. A que a trata como um processo de capacitação para transformação em se que focalizaria o indivíduo envolve a gestão a equipe de trabalho e os usuários. Nesta perspectiva, a EPS é para desenvolver mecanismos que promovam mudanças nas práticas profissionais, com ênfase em interferir na realidade social deles.

[...] A proposta da Educação Permanente é fazer com que o profissional vá para o ambiente de trabalho no intuito de transformar a sua prática cotidiana. É preciso revisitar atividades que promovam a coletividade no trabalho da transformação (participante B).

[...] É uma diretriz que permite desenvolver mecanismos de trabalho em equipe. (...) Acho que traz esse conceito de inovação, é um conceito de trabalhar política, são metodologias mais dinâmicas que permitem focar o indivíduo, bem como a equipe associada ao trabalho de gestão. Gestão, equipe e trabalhador; e também o usuário (participante C).

Pode-se observar que essa compreensão é a que mais aproxima da concepção delineada pela PNEPS. Os gestores que a responderam nesses termos também mostraram vínculo mais orgânico com a EP, seja pela trajetória como profissional, seja pela formação básica na área de educação e/ou saúde coletiva.

[...] São várias políticas no SUS, e a de educação permanente não é mais uma; ela vem cooperar com a formação dos trabalhadores. Na verdade, esse boom das formações, tanto de escola técnica quanto de graduação, nem sempre foca as necessidades do SUS (participante E).

Diante disso, percebe-se a importância que se atribui à EPS como instrumento de captação do real, de apreensão da realidade. Mas também há de se reconhecer que se constitui espaço estratégico a requerer compartilhamento do conhecimento entre os sujeitos e de reflexão crítica sobre os processos de trabalho, desde que opere na perspectiva de promover as mudanças necessárias, em cooperação com outras políticas. Em função da tripla tarefa: apreender a realidade, compartilhar conhecimento e cooperação com outras políticas, se apresenta como um grande desafio adotar a EPS.

O significado da EPS, como desenhado em suas diretrizes e ao que se propõe é discorrido em alguns estudos (BERALDI et al., 2021; CECCIM, 2005; RIZZO et al., 2020; SILVA, 2013; FALEIRO e LEMOS, 2020; LUCAS, 2019), sendo percebido, por exemplo, foi no estudo de Gama et al. (2021) ao analisar as demandas de saúde mental na APS. Estes, ao apontarem desafios e perspectivas, mencionam a EPS como estratégia para superar dificuldades e preparar os profissionais, ainda que esta seja uma proposta complexa ao propor realizar mudanças estruturais, com aprendizado no e pelo trabalho, incorporando a prática educativa no seu cotidiano. Mesmo assim, segue a análise, favorece a interdisciplinaridade e integralidade da atenção em saúde desenvolvendo a construção coletiva do saber a partir do contexto social.

São, portanto, percepções que se aproximam e mesmo se alinham ao significado que tem sido preconizado tanto nos marcos legais da Política de EPS, como é recorrente esse debate no cotidiano dos espaços de trabalho em saúde e na academia. Gama et al. (2021, p. 16) registram que há recentes “iniciativas de mudanças nas diretrizes curriculares, na graduação e residência, buscando alinhamento com as necessidades do SUS”, logo, capacitações em temas específicos relacionados à saúde mental estão na rota de interesses e prioridades.

Os integrantes do segundo grupo de gestores afirmaram conceber a EP como uma ação contínua que precisa permear todas as ações de saúde, com envolvimento interdisciplinar e multidisciplinar no processo. No entanto, revelaram restrito conhecimento acerca da temática, até mesmo por seu engajamento como gestores ser recente.

[...] não tenho experiência com esse universo da educação permanente. Apesar de ele já estar posto aí há muito tempo, é um tema novo pra mim; nunca trabalhei diretamente com a EPS. Mas eu vejo assim: um processo de estruturação, qualificação dos profissionais de saúde [...] considerando as necessidades locais, atuação local (participante A).

[...] A gente espera que esse aprendizado intervenha na prática do serviço, que o profissional consiga aplicar isso na sua unidade e a replique visando à melhoria dos processos de trabalho, do atendimento ao usuário (participante L).

A pequena (ou falta) de vivência com EPS dentro do SUS, referida no depoimento do participante A, pode ser atribuída à rotatividade de gestores no cargo, que limita a compreensão acerca da EPS tanto em função do tempo insuficiente para apreender quanto a favorecer que ocorra descontinuidade de um processo de trabalho em curso (BERALDI et al., 2021). Logo, a alta rotatividade afeta a dinâmica de condução dos processos de trabalho e compromete a qualidade da relação entre usuários e equipe (GAMA et al. (2021, p. 6).

Outro elemento para explicar essa situação de descontinuidade é desprezar considerações sobre possíveis qualidades ou mérito que tenham as ações. São os níveis de conflito político que afetam, por exemplo, a organização de redes de atenção à saúde, além de existir o risco de descontinuidade dos processos impactando o cotidiano dos profissionais, pois precisam reestruturar seu trabalho a partir de outra norma ou da condução estabelecida pelo novo gestor instalado (LEMOS, et al., 2020, p. 27; OUVENEY et al., 2017). Portanto, como salientado por Lemos et al. (2020), as mudanças de cenário político afetam o processo de construção da política, à medida que perde sua importância e valor como prioridade na agenda da saúde e, conseqüentemente, não há sistemática de oferta contínua de processos de EPS, reduzindo sua potencialidade porque assume uma conotação de ser aplicada de acordo com a conveniência e as circunstâncias da ocasião.

Por outro lado, tem-se a expectativa de que um novo gestor, mesmo com limitada apreensão acerca da EPS, pode promover celeridade tanto a partir do engajamento da equipe quanto do interesse em dar prosseguimento ao previsto na agenda de compromissos da EPS. Essa expectativa pode vir a ser uma exceção à regra se formos considerar a reflexão de Lemos (2010) de que os gestores não têm conhecimento na área educacional, vivem alheios a questões afetas à EPS, pois sempre estão muito atarefados com as diversas demandas de serviços.

Corroborando a percepção de Lemos (2010) o estudo de França et al. (2017, p. 1825) ao analisar as contribuições das CIES no Brasil destacando que a baixa participação dos gestores nas ações de EPS é fator limitante para implantação dos planos regionais de EPS. Logo, é necessário que os gestores tenham interesse, postura dinâmica e uma visão descentralizada do SUS, ainda que com pouca autonomia, para assim conseguir realizar ações; do contrário, se acomodam.

Já o último grupo de gestores, aponta EPS como ações de repasse de informações, treinamentos por eles concebidos para a humanização de atendimento ao público, “política” para desenvolvimento de competências, estímulo aos servidores.

[...] a educação permanente vai ao encontro do que a gente pretende preconizar em toda a rede municipal, da básica, da secundária, da terciária, que seja o atendimento, o acolhimento, a maneira de a pessoa ser abordada e de ser acolhida em nossas unidades de atendimento, então pra nós, essa temática é fundamental (H).

[...] é a atualização dos servidores, ministério lá, ele muda constantemente as portarias. A Secretaria de Saúde é dinâmica nessa parte, então, a educação permanente é muito importante (J).

Pode-se notar que esse grupo de gestores, considerado o desenho conceitual de EPS contido na PNEPS, concebe, de maneira limitada, a educação permanente, como processo educativo para servir e formar o trabalhador para a máquina produtiva. A pouca familiaridade declarada com a temática pode ter relação com o fato de serem gestores oriundos de outras áreas de formação, apesar de assinalarem comprometimento com as diretrizes e as dinâmicas das políticas que fundamentam o SUS.

As falas também sugerem que esses gestores parecem mais próximos do ideário da mercantilização da política de saúde, ao restringir a EPS ao *atendimento, ao acolhimento*, numa perspectiva que insinua a lógica do consumo – cliente-consumidor, em que saúde é um produto, distanciando-se da relação como direito constitucional de uma política pública. Assim, a adoção de medidas educativas baseia-se em decisões para atender às necessidades das pessoas (consumidores) e dar cumprimento às funções que cabem ao Estado, e, como gestor de serviços, a dinâmica exige frequentes mudanças na operacionalização com o fito de obter, em última análise, a satisfação do cliente, razão pela qual se entende a EPS como política que busca melhorias na atuação profissional (LOPES et al., 2007; MENDONÇA e NUNES, 2011; SILVA, 2013).

Nesta perspectiva, estudo realizado por Mendonça e Nunes (2011) analisando necessidades para implementar a política de EPS detecta a dificuldade de apropriação do conceito de EPS, que vem acompanhada da persistência de práticas tradicionais que não dão conta de responder aos desafios atuais. Por exemplo, a realização de inúmeros cursos de capacitação sem, contudo, promover mudanças, como disposto na política de EPS. A realidade de saúde exige escuta, diálogo para a integralidade e para a construção coletiva, e esse formato de curso pouco responde a essa demanda.

Assim, observou-se que esses gestores demonstram compreensão contrária ou restrita da EP que se institui como modelo para atender a necessidades e também contribuir na organização e politização do trabalhador na luta por seus direitos, pois a aspiração de mudanças é própria da condição humana (FREIRE, 2003). Portanto, o processo de conhecimento, de ensino-aprendizagem se faz necessário para tornar realidade o ideal de emancipação, acompanha a determinação e dedicação dos indivíduos para se autoemancipar (MÉSZÁROS, 2008, p. 47).

Nas entrevistas dos gestores percebe-se uma apropriação em perspectiva crítica voltada ao combate de desigualdades, porque mais se aproxima do conceito de EP presente no SUS; e, também, a equiparação à educação continuada, pelo menos por parte de alguns deles, o que denota, por certo, uma timidez na disseminação da EPS como política. Ainda se ressalta a

compreensão de que persistem tanto a (não) aplicação dos marcos conceituais da EPS, indicados na PNEPS, como a pouca priorização dela como política, além de insinuar que a EP se limita ao discurso político com lugar marginal na agenda de prioridades, da gestão, ou é até invisível.

Então, nesse processo reflexivo, a percepção sobre educação permanente (dos gestores) acompanha a indicada na normativa, ganhando conotação de elementos que são parciais na sua concepção, como dizem os educadores, já que não se faz referência a processos emancipatórios. Logo, a EPS é assumida como estratégia de mecanismos de educação para mudanças de práticas com trabalho em equipe.

Entretanto, a educação permanente como elemento necessário para transformar a realidade é adotada pelo MS, conforme vimos na literatura, tratando-se de estratégia de reorientação do processo de trabalho para reorganizar o modelo de atenção à saúde. Ou seja, uma estratégia mobilizadora de recursos e poderes, em acordo com França (2016). Dessa apreensão, não se desconsideram, em absoluto, mudanças de prática com o trabalho em equipe, mas este é um dos componentes que a abarca:

[...] Aprendizagem em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho; que os processos de capacitação dos trabalhadores tomem por referência as necessidades de saúde das pessoas, da gestão setorial e do controle social em saúde, tendo como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho (MS, 2004a, p. 9).

Portanto, a educação permanente difere dos processos de formação e desenvolvimento *stricto sensu* por se caracterizar em um processo visando mudanças não somente nas práticas profissionais e organização do trabalho, mas também extensivo à vida humana, almejando com isso a transformação da sociedade.

Entretanto, observa-se em alguns gestores uma compreensão circunscrita da ordem capitalista quanto a sua característica de ampliar a produtividade sem ampliação de custos, com objetivo de corrigir algum detalhe defeituoso da ordem estabelecida, desde que sejam mantidas as determinações estruturais fundamentais da sociedade como um todo. Em tais condições, como bem lembra Mészáros (2008, p. 25), a educação tanto serve para formar trabalhadores para a máquina produtiva como gera e transmite valores que legitimam os interesses dominantes.

Nota-se que a EPS, assim, é entendida pelos gestores-participantes como medida para ampliar a produtividade com ênfase no treinamento em destrezas cada vez em menor tempo. Logo, distancia-se dos preceitos da universalidade educacional no sentido de formar homens

para atividade do trabalho, de criação que qualifica para a vida e faz pensar e agir como prática de liberdade, com consciência crítica. Portanto, não se toma como objeto a reflexão crítica que está na base da educação (FERNANDES, 2016; FREIRE, 2011; GADOTTI, 1991; MÉSZÁROS, 2008).

Apesar da compreensão de EPS adotada pela OPAS/OMS na gênese de promover mudança conceitual e universalidade em dimensão política (FERNANDES, 2016), a sua adoção se deu em função da necessidade da organização dos profissionais por meio de processos educativos para neles atuarem. Portanto, percebe-se que a dimensão transformadora da EPS, referida pelos gestores e pelos BM e MS, não é considerada ainda que tenha sido adotada como possibilidade de mudanças a partir de reflexão referenciada da realidade de saúde. Assim ela foi apropriada na área da saúde como premissa para atender às necessidades sociais que emergiam das constantes mudanças mundiais nas relações de trabalho, de modo a preparar o indivíduo em sua potencialidade, buscando qualificar o atendimento do serviço (BARCIA, 1982). Essa apropriação; dos organismos internacionais; mesmo registrada que foi motivada pela real necessidade da realidade de saúde, essencialmente, ela cumpre a um projeto econômico-político para atender exigência do mercado. ou seja, das forças neoliberais.

Todas as afirmações, ao mesmo tempo, apontaram falhas e dificuldades de todas as ordens na execução das atividades de EP. Por exemplo: esforço empreendido para que as ações educativas não sejam no formato cartorial; processos educativos descolados das diretrizes apontadas pela PNEPS; o alcance dos objetivos coerentes à PNEPS depende da visão do gestor; a promoção de processos educativos surte efeito, pois provoca atitudes positivas.

Uma resposta destoante dos pressupostos da PNEPS é que a EPS pode se desenvolver como tentativa de moldar profissionais conforme os processos da política:

A gente tenta trabalhar, se moldar aos processos da política. E nem sempre consegue. Mas a proposta é sempre trabalhar aquela parte integrativa no processo da educação permanente, e não fazer aquela coisa cartorial (F).

Em Mato Grosso, há capacitações metodológicas que nos remetem a uma prática real de Educação Permanente em Saúde. Entretanto, observa-se ainda limitação quanto à EPS. É preciso incorporar processos educativos na saúde (B).

Nós não temos uma pesquisa hoje pra dizer que todos [os qualificados] saem daqui cumprindo princípios e diretrizes da educação permanente, que há mudança de prática. Mas o retorno desses trabalhadores é significativo (E).

Na análise se verifica que, quanto à implantação de EP como política em Mato Grosso, ela tem acontecido de modo tardio em relação à experiência nacional; o que se consegue

concretizar é graças ao esforço pessoal dos profissionais participantes. A dificuldade presente na maioria das respostas é acerca da ausência de monitoramento e a pouca atuação estratégica da Escola de Saúde Pública, que é o seu *locus* legítimo em termos de finalidade e missão.

[...] É muito mais um esforço técnico que institucional. [...] Esse modelo nosso dificulta também o fazer no local. Muito mais difícil para se promover as mudanças de práticas e cotidiano. São iniciativas até pessoais (C).

Eu queria muito que a escola entendesse esse papel dela, mas ainda não se consegue ver. Na prática, ainda não consigo. O Estado poderia dar suporte pro Plano Diretor de Regionalização, já como uma possibilidade concreta (C).

As narrativas a seguir evidenciam a compreensão de que capacitações realizadas podem estar muito mais orientadas pela instrumentalização técnica ou atualização de conhecimentos, coisas próprias da educação continuada, e não da educação permanente que busca atender às necessidades sociais das constantes mudanças nas relações de trabalho, de modo a tornar possível preparar o profissional em sua potencialidade, buscando qualificar o atendimento do serviço (BARCIA, 1982; FARAH, 2006; CAMARGO, 2018; MENDONÇA e NUNES, 2011; RIZZO et al., 2020).

[...] Os agentes comunitários estão dialogando sobre os seus processos de trabalho. Com os cursos de qualificação, você começa a perceber a mobilização, a motivação. Porque a educação permanente mobiliza e motiva o trabalhador. E o gestor que ele tem esse olhar vai ter outro resultado (E).

[...] Temos um problema grave no Estado: se produz bastante (referindo-se à formação desenvolvimento dos trabalhadores de saúde), mas se apropria pouco, ou, quando se apropria, apropria errado (em forma de sub-registro). O portfólio de cursos lá na Escola de Saúde é bastante grande (H).

Nas respostas dos participantes, observa-se que ao mesmo tempo em que identificam ações de EPS, reconhecem ausência das premissas que a caracterizam no sentido de incorporar no cotidiano das organizações, e ao trabalho, o aprender e ensinar. Essa característica atribui-se ao distanciamento metodológico, à medida que as proposições de processos educativos apresentados nos projetos não condizem com os preceitos da EPS (BRASIL 2004). Outra fragilidade evidenciada é a incompletude no desenvolvimento dos processos educativos, tanto por impossibilidade de fazer o monitoramento das ações quanto pela dificuldade de promover as mudanças de prática e do cotidiano do trabalho. Afinal, o sistema de saúde se estrutura como hierarquia, em que a tomada de decisão nem sempre ocorre em tempo da necessidade de agir, ou seja, a morosidade diante das necessidades de saúde das pessoas e das populações. A isso se acrescenta a indisponibilidade ou insuficiência de recursos para efetivar um processo sistemático e permanente como convém, dada a natureza de política que se tem.

É destacável que fatos da EPS ganhem visibilidade e, mesmo, lugar na agenda pública decorrente de preocupações e constatações advindas dos olhares dos técnicos, na sua maioria motivadas, problematizadas e referenciadas pelas necessidades de saúde, condição esta vivida durante uma parte da trajetória desta pesquisadora como técnica entre os anos de 2017 e 2019, assim como durante a realização das oficinas em 2018. Ou seja, o reconhecimento da realidade a partir da vivência dos técnicos em serviço é elemento constitutivo do processo, o que acaba por provocar a proposição de medidas que passam a compor. Muitas delas, por pressão desses técnicos, passam a integrar a agenda dos gestores num movimento de articulação e comunicação entre equipes técnicas até serem assumidas como prioridades (institucionais) pela gestão.

Portanto, a política em si não assegura a sua implementação. Nesta perspectiva, a realização das oficinas relatadas pelos entrevistados, para desenhar o Plano Estadual de EP, parece mostrar uma provocação dos técnicos ante a indicação de recursos, um terreno fértil à sensibilização de gestores e que se materializou no processo propositivo de elaboração e todas as atividades a ele subjacentes.

A propósito, Rua (2014) caracteriza isso como prática de entendimentos e negociações que resultam na tomada de decisões, mobilizando interesses e conflitos; decisões com foco em temas que afetam a coletividade e derivam da atividade política compreendida como conjunto das decisões e ações relativas à alocação imperativa de valores que envolvem bens públicos, razão pela qual devem ser consideradas decisões de grande relevância no contexto de análise de políticas.

A pesquisa mostrou que há o reconhecimento do potencial da Educação Permanente para promover mudanças nas práticas profissionais, bem como desenvolvimento profissional, com ênfase na realidade social como uma estratégia de modelo de atenção à saúde, do que falaremos na próxima seção.

4.1.2 Os processos educativos para promover mudanças

A compreensão dos gestores sobre EPS transitou entre três vertentes: aqueles que demonstraram a sua concepção atribuída à trajetória profissional advinda da formação na área da educação ou da saúde coletiva, logo, associada à definição contida na PNEPS; outros que afirmaram a conceber como uma ação contínua que precisa permear todas as ações de saúde com envolvimento interdisciplinar e multidisciplinar, mas reconhecem a limitada experiência

com esse universo no âmbito da gestão. E, no último grupo, gestores apontaram sua compreensão destoando dos demais ao limitar sua concepção de EP tão somente a ações de informação, treinamento, processos de humanização de atendimento ao público, ou seja, uma estratégia para desenvolvimento de competências, habilidades, destrezas e estímulo aos servidores, isto é, formar o trabalhador para a máquina produtiva.

Ainda na linha da apreensão da dimensão conceitual de educação permanente, foram questionados aos gestores, basicamente, dois aspectos: a) a capacidade de mudança da prática cotidiana de trabalho e, b) a consideração da realidade local para a oferta de processos educativos e de atividades de educação permanente.

De fato, há gestores para os quais é possível promover mudanças com proposições para definir as atividades de EP a partir da estrutura organizacional e das instâncias de decisão que levam a consensos, de problematizar situações, posto ser algo dado nas diretrizes da política nacional de EPS.

Entretanto, ao enfatizar o sistema de integração de consultas a gestores, que resultaria no elenco de prioridades, alegam os entrevistados ter como alternativa começar a agir “pelos piores dos piores; [...] a gente não dá conta de fazer tudo” (gestor F). Nesse quesito pontuam, como ponto até impeditivo para a mudança da realidade, as inúmeras carências de desenvolvimento profissional. E somam-se a isso as necessidades conferidas do serviço que não constam no plano e entram na agenda de prioridades do gestor, face à pressão imposta pelo cotidiano da realidade de saúde. Portanto, há indícios de centralização na proposição, na pessoa do gestor, muitas vezes também localizado no nível central do poder de decisão, como atesta o participante ao refletir sobre a capacidade de a educação permanente produzir mudanças, na prática.

A - Sim, isso pode mudar se houver discussão técnica, com alinhamento nos três níveis de atenção: município, Estado e União. Acho que é possível sim. Porque nós temos visto muitos processos elaborados no nível técnico. Os Escritórios desenvolvem muitas ações que não encontram apoio no nível central. Mas nem por isso você deixa de alinhar com o nível central, para que ele também busque essa qualificação para servir como apoio a nós. E nós, para o município.

Uns argumentam que o planejamento e a execução já realizados são capazes de mudar a realidade da saúde, já para outros, é imprescindível atender algumas prerrogativas, num planejamento técnico, que “precisa ter interesse político, manifesto por dinheiro”, financiamento com plano que tenha continuidade e não ficar refém de indicações políticas. Mas

também adverte quanto a fragilidades como a deficiência da gestão nos monitoramentos pós-realização das atividades educativas promovidas.

C - É preciso acreditar que os municípios possam vir a também se desenvolver nesta perspectiva [...]. A gente tem que ter um plano, continuidade né. [...] Essa descontinuidade é que mata a gente. Às vezes, tem o recurso e não tem continuidade. Enquanto a gente ficar à mercê dessas indicações políticas, fica difícil.

Percebe-se ceticismo quanto à potencialidade para a mudança, como o posicionamento de um gestor que aponta como empecilho a dimensão continental do Estado, de as ações, do ponto de vista metodológico, não darem conta de responder, por exemplo, a mudanças do cenário endêmico em hanseníase que se arrasta há cerca de 30 anos. Apesar do muito que se tem feito, há ainda fragilidade no impacto de transformação de práticas (participante B).

B - Desde que entrei na Saúde, ao longo de 32 anos, a gente vê, reiteradas vezes, tendo capacitação, por exemplo, em hanseníase. E continuamos ainda como um dos estados endêmicos para hanseníase. Por que isso? Então eu fico pensando que essas capacitações precisam ser mais bem acompanhadas e executadas do ponto de vista metodológico. E não existe também acompanhamento, avaliação.

Por outro lado, e, complementando a reflexão do gestor **B**, outro participante da pesquisa (**C**) assinala a capacidade para promover mudanças num campo permeado de conflitos e disputas, insinuando que não se pode limitar à capacitação para que haja mudanças nas práticas de saúde, outros aspectos afetam como interesses políticos:

[...] É que quando a gente vê o potencial, a maior força de trabalho, a maior despesa do SUS é pessoal. Com projetos políticos claros, definidos. A gente vê lá na escola: tem pessoal bom de trabalho, mas que é subutilizado. [...] A EPS realmente pode provocar uma mudança e a gera conflito, disputa (C).

Por esses depoimentos (**B** e **C**), nota-se a necessidade de formação educativa para atender a problemas da rede de serviços, e há profissionais qualificados e unidade de ensino para isso. É, pois, nesse contexto que a EPS se apresenta com potencialidade para promover e provocar as mudanças reconhecidamente indispensáveis.

Em outra perspectiva, reflete-se uma concepção não apenas restrita, porém oposta, expressa no argumento de que a capacidade de mudar a realidade está associada à adoção da educação como um componente que considera didático, traduzido na expressão “[...] mexer no bolso do servidor condicionando possíveis contrapartidas, ou premiação, se os técnicos tiverem capacidade e trabalhar na ótica da administração”. Não apenas essa percepção sugere pragmatismo como pode tender a reavivar velhas concepções e práticas patrimonialistas, cujo

interesse administrativo e estatal se distancia do interesse público, relegando a discussão a um campo fértil para ações do velho “toma lá, dá cá” ou de práticas de gestão autoritária e centralizadora de poder.

Deve-se aqui registrar que do ponto de vista histórico, como já se mostrou no capítulo 1 desta tese, a mudança do perfil profissional dos trabalhadores do SUS deve responder às necessidades de readequação dos serviços à população, do ponto de vista do modelo, de modo a orientar a saúde no pós-Constituição de 1988. É nessa direção que se considera indispensável a formação para o trabalho, a qualificação dos trabalhadores como base para estruturar o sistema e promover a mudança desejada.

Com essa educação, você consegue mudar completamente se você consegue cobrar deles a especialização em que eles foram treinados. Então você consegue cobrar, né? Você deu suporte, treinamento e está dando condições pra eles trabalharem, então eles não têm como falar: "Não, que eu não sei isso" ou "não consigo fazer aquilo" ou "não entendo isso" (participante I).

Pode-se inferir que se aposta que a troca de saberes entre os atores envolvidos e a aplicabilidade do processo educativo no processo de trabalho torna o aprendizado significativo, com mais potencialidade de mudar a própria realidade de saúde, portanto tendo muita convergência com a política, como sinalizam os gestores: “E cada um com uma experiência, todo mundo expondo, começa a conversar, então acho que consegue aprender mais, né? A aplicar muito mais coisa” (participante I); “você dar uma formação educativa pra uma pessoa e abandonar, não é possível... A capacitação permanente é um ambiente de aprendizagem, de estudar e de como aprimorar os processos de trabalho” (participante F).

No que diz respeito à EP, para estabelecer prioridades visando ao alcance de resultados mais efetivos, os gestores entrevistados se manifestaram muito positivamente. “Quando você não reconhece o potencial local, regional, fica muito difícil. Creio que é uma política importante, mas precisa se desenvolver” (gestor C); “é uma área que precisa ser mais bem avaliada e criar prioridade de treinamento desses profissionais. Iniciou-se já, nós tivemos um curso que não conseguiu atender à necessidade de todo o Estado se desenvolver” (gestor L).

Mesmo com o reconhecimento, por parte dos gestores, da EPS como estratégia para promover mudanças, fragilidades e indicação de prioridades, são indicadas, ainda que sutilmente, medidas de acompanhamento sistemático dos profissionais inseridos em processos de EP, por exemplo, pelo participante F ao registrar que “dar uma formação educativa [...] e abandonar não é possível”. Mendonça e Nunes (2011, p. 879), ao ressaltarem que a EP não se limita a processos de capacitação, citando Farah (2006), fazem referência à responsabilidade da

gestão de acompanhar, supervisionar as equipes no processo de trabalho. Traduzindo, essa tarefa, os autores referem a Roschke, para ressaltar “as ações de monitoramento e avaliação devem ser incorporadas ao serviço como uma atividade permanente”. Logo, avaliação e monitoramento, como descritos nos marcos legais da PNEPS, precisam ser considerados e, principalmente, incluídos na institucionalização da EPS.

Sobre mecanismos e estratégias utilizadas para o conhecimento da realidade, a relação com espaços colegiados aparece com destaque.

[...] Fomos à reunião de diretoria do COSEMS pra dialogar sobre a necessidade da educação permanente, da educação profissional. Eu mesma, várias vezes, questionando com as áreas: essa é a necessidade? Entendeu? (A).

[...] Temos uma cadeia de produção do consenso que funciona bem. São 16 Regiões de Saúde, portanto, 16 Escritórios Regionais que abarcam os 141 municípios. Os desdobramentos das políticas são pactuados após debates. Levantam-se necessidades e se coloca no planejamento pra executar (H).

A alusão ao Conselho de Secretários Municipais (COSEMS) se junta aos Escritórios Regionais de Saúde (ERS), que são referência de gestão da saúde. O primeiro é o coletivo de gestores que faz a representação nas instâncias decisórias e consultivas do SUS, legalmente reconhecido como associação que representa entes municipais (Lei 12.466/2011). Apóia, qualifica e fortalece os secretários; para isso, tem equipes de técnicos que nominam de apoiadores por regiões de saúde, disponibilizam tanto informações e subsídios técnicos como pactuam e alinham posições municipais, especialmente na proposição e execução de processos de EPS, para aumentar a capacidade técnica dos gestores, fortalecer a governança local. O segundo são instâncias regionais da Secretaria de Estado de Saúde (SES-MT), a representam nas regiões e constituem sua estrutura organizacional, com a missão de fomentar as políticas de saúde, auxiliando na execução dos e serviços do setor. Esses dois entes têm atribuições imprescindíveis para condução da política de saúde, como instâncias que aproximam a gestão das reais necessidades dos usuários do SUS, que estão nos municípios.

Logo, nessas estruturas de gestão há condições para identificar as necessidades da EPS e aplicação de seus processos educativos, logo, há também a preocupação com a efetividade da EP, em especial no que se refere à aplicabilidade dos conhecimentos e acompanhamento dos resultados tanto no processo e ambiente de trabalho como nos serviços de saúde. E se reconhece o empenho do pessoal. Ainda que seja reduzida à educação continuada, o empenho é

[...] nós temos que evoluir é no resultado, na busca do resultado. Porque às vezes você faz uma, uma capacitação, um treinamento, e aí depois a gente

acaba não acompanhando o resultado daquilo. Porque sem monitoramento, não se consegue avaliar o resultado do serviço, da educação (J).

Então, pode-se indagar se está presente aqui uma apreensão de educação permanente, nos termos da política, ou se é vislumbrada uma concepção mais próxima da educação continuada ou ensino em serviço.

Uma vez ancorada em análise de contexto da saúde, a EP comprometida com transformação não dispensa apreensão e debates sobre as condições de trabalho e as respostas a serem construídas frente à dinâmica político-social de determinada realidade, por isso seu enfoque é técnico-organizacional e político que também transforma os sujeitos profissionais.

Observadas as diretrizes da PNEPS, houve o entendimento de que as mudanças podem ocorrer no sentido de “mexer no bolso do trabalhador”, isto é, vai ter “premiação se tiver capacidade a partir da ótica que administração quer” (D).

Percebe-se, nessas críticas, que a compreensão revelada nas narrativas dos gestores tem relação direta com o conhecimento da realidade de saúde para que a mudança se dê pela educação. Contudo, nem todos externam compreensão dessa lógica, logo, é um posicionamento que por certo afeta o processo decisório de formulação e implementação da EPS, conforme se discorre na seção seguinte.

4.2 Processo decisório de formulação do plano e implantação da Política EPS

A PNEPS, como referido, tem base em um marco definido em três ciclos: sua instituição com a Portaria GM nº198/2004, suas diretrizes de implementação com a Portaria GM nº 1996/2007 e Portaria GM nº 3194/2017, com o lançamento do PRO EPS SUS que prevê incentivo de custeio para elaboração dos Planos Estaduais de EPS para estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação dos trabalhadores da área da saúde.

Nesta subseção se incluem as respostas dos participantes e análise do processo de formulação do PEEPS, polêmicas, consensos, negociações, conflitos e discordâncias que marcaram esse período. Junto a ele, se recorre a ferramentas de gestão para tomada de decisões como (plano, relatórios, e os próprios critérios e estratégias contidos na PNEPS). E, também, quais são as proposições que esses gestores identificam como prioridades para a condução da política de saúde na sua área de abrangência.

O processo decisório de formulação do Plano Estadual de EPS de Mato Grosso, objeto deste estudo, está inscrito no último ciclo, ou seja, a terceira fase de implementação da PNEPS, com o incremento estratégico a partir da Portaria GM nº 3499/2017, que sucedeu as experiências com a Portaria nº 198, de 1996. Inscreve-se, assim, a retomada na agenda dos governantes da EPS.

As portarias GM/MS nº 3194/2017, nº 3.342/2017 e nº 3674/2017⁷² são respostas do Ministério da Saúde em relação às dificuldades apontadas tanto pelos estudos que avaliaram a PNEPS, como processo da sua atualização⁷³, quanto para suprir essa lacuna de “inexistência” de planos, e, ainda, avançar na promoção de uma cultura política de Educação Permanente em Saúde, conforme se pode observar a seguir.

4.2.1 O processo de formulação do Plano EPS para o Estado de Mato Grosso

Os municípios de Mato Grosso, como todos os demais do país, participaram do processo indicado por aquelas portarias na formulação do plano, orientados pela Escola de Saúde Pública. A orientação genérica foi que as Secretarias Municipais de Saúde (agrupadas de acordo com a estrutura organizativa do modelo da regionalização existente) realizassem oficinas de

⁷² Portaria nº 3194/2017 institui o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS, disponibilizando recursos aos entes federados a fim de implementar processos de educação permanente com elaboração de planos e da política de EPS. Esse programa disponibiliza recursos financeiros a municípios e estados para elaboração de planos e política de EPS. Portarias nº 3.342/2017 e nº 3674/2017 divulgam lista dos entes federados habilitados ao recebimento do incentivo financeiro de que trata a Portaria nº 3.194/GMS/MS/2017. Diário Oficial da União nº 229, de 30 de novembro de 2017.

⁷³ O Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS), por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Conselho Nacional de Saúde (CNS), Rede de Escolas Técnicas do SUS (RETSUS), Escolas de Saúde Pública (ESP), Instituições de Ensino Superior (IES), Organização Pan-Americana de Saúde / Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS) e demais secretarias do Ministério da Saúde, desencadeou, em 2017 um processo de discussão sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), a fim de debater coletivamente estratégias para atualizar a Portaria GM/MS nº 1996/2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. E estabeleceu parceria com o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), por meio do acordo de cooperação que contou com apoio da OPAS para a realização de um conjunto de Oficinas Regionais, com representantes das Secretarias de Saúde de todos os estados da Federação e do Distrito Federal, para análise da situação do processo de implementação da PNEPS nos estados e municípios, ponto de partida para o debate em torno da pertinência (ou não) da atualização da portaria e principalmente, para a elaboração de propostas para o fortalecimento e consolidação do processo de implementação da PNEPS. Realizou-se, de outubro a dezembro de 2017, seis Oficinas Regionais.

elaboração do plano a partir do manual disponibilizado⁷⁴ pelo MS, no qual se apontam indicações técnicas para a finalidade.

Cabe dizer que a Portaria GM-MS nº 3.194/2017 visa estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área para a transformação das práticas de saúde, com vistas ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho. E, para dar conta dessa tarefa, nos objetivos constam as especificações a que os entes federados se ativessem para elaboração, implementação e monitoramento de seus planos e da política de EPS, sendo eles descritos no Art. 3º:

I - Promover a formação e desenvolvimento dos trabalhadores no SUS, a partir dos problemas cotidianos referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho em saúde;

II - Contribuir para a identificação de necessidades de Educação Permanente em Saúde dos trabalhadores e profissionais do SUS, para a elaboração de estratégias que visam qualificar a atenção e a gestão em saúde; no caso, tendo a Atenção Básica como coordenadora do processo, e fortalecer a participação do controle social no setor, de forma a produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva;

III - Fortalecer as práticas de Educação Permanente em Saúde nos estados, Distrito Federal e municípios, em consonância com as necessidades para qualificação dos trabalhadores e profissionais de saúde;

IV - Promover a articulação intra e interinstitucional, de modo a criar compromissos entre as diferentes redes de gestão, de serviços de saúde e educação e do controle social, com o desenvolvimento de atividades educacionais e de atenção à saúde integral, possibilitando o enfrentamento criativo dos problemas e uma maior efetividade das ações de saúde e educação; e

V - Estimular planejamento, execução e avaliação dos processos formativos, compartilhados entre instituições de ensino, programas de residência em saúde e serviços de saúde; os Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino Saúde, de que trata a Portaria Interministerial nº 1.127/MS/MEC, de 4 de agosto de 2015, é o dispositivo norteador para favorecer a integração das ações de por formação aos processos de Educação Permanente da rede de saúde (BRASIL, 2017a).

Todos esses objetivos remetem à compreensão da realidade de saúde, à participação social e, principalmente, à dinâmica de produzir respostas positivas no enfrentamento dos problemas do setor. Visam compartilhar de responsabilidades entre os entes federados,

⁷⁴ Manual PRO EP SUS – MINISTÉRIO DA SAÚDE. Planejamento das Ações de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde (Orientações). SEGTES - Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília, 2018.

concebida, portanto, a Política de Educação Permanente em Saúde como política social imprescindível na implementação e consolidação do SUS.

Importa destacar que a EPS também é uma estratégia para organização e formação da consciência crítica dos trabalhadores e usuários, todavia, não pode se responsabilizar pelas transformações que o SUS exige, com uma política desfigurada pelos recorrentes ataques que sofre, quando o Estado prioriza os planos privados etc., conforme mostra Bahia (2018, p. 2) em sua análise acerca dos 30 anos do SUS.

[...] é necessário evidenciar as linhas de contato entre estrutura e ação social que impulsionaram e impulsionam essas mudanças, bem como aquelas com sentido contrário, ou seja, que impulsionaram transformações antidemocráticas. As peças do repertório sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) são diversificadas, têm sido devidamente atualizadas e compartilham conhecimentos consolidados sobre a mobilização e as alianças que antecederam a inscrição dos direitos de seguridade social na Constituição Federal de 1988 e a implementação exitosa da reforma administrativa que extinguiu o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Há também um relativo consenso sobre as razões que impediram a efetivação plena dos direitos à saúde. Alterações nos cenários internacionais (fim da polarização União Soviética-Estados Unidos, adesão generalizada aos cânones do neoliberalismo) e, no âmbito interno, políticas macroeconômicas restritivas e sociais focalizadas, além da herança (ou a dependência) da trajetória de um sistema privado, mitigaram (para alguns) ou interditaram (para outros) a consolidação de um sistema de saúde universal em um país capitalista periférico.

Portanto, como aponta a autora, esse jogo político de intenções e interesses na formulação e execução da Política de Saúde mostra tendências de como se estabelecem as relações numa sociedade de classe, ou seja, de constante tensão entre o privado e o público, algo observado notadamente na periferia do país onde está Mato Grosso.

Mesmo com esse cenário de ameaças, foi aplicada a Portaria nº 3194, de imediato após sua publicação, em dezembro de 2017. A SES-MT assinou o Termo de Adesão ao Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde (PRO EPS SUS) se comprometendo a apresentar, inicialmente, até de dezembro de 2018, ao Ministério da Saúde; todavia, o produto só pôde ser entregue em janeiro de 2019 [Plano Estadual de EPS].

Em Mato Grosso, dos 149 municípios, 124 aderiram; todos esses receberam fomento de recursos da ordem de R\$ 1.457.000,00, com vistas à elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde para o SUS-MT (PEEPS) e, na sequência, a execução das ações de educação permanente pelos municípios em parceria com os ERS, ESP/SES-MT entre outros órgãos e entidades (BRASIL, 2018a, p. 31).

Essa medida, além de atender a necessidades de municípios e Estado, foi recomendação do MS e Câmaras Gestoras (CONASS e CONASSEMS). Trata-se de uma das iniciativas com função estratégica de organizar minimamente a situação da educação permanente na conjuntura atual que tem exigido a revisão da Política Nacional de Educação Permanente, já requerida pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2007a).

A imediata disposição da equipe técnica da SES-MT em alocar para si recursos disponibilizados com a adesão à portaria se deve à necessidade de estruturar sua política de desenvolvimento profissional em consonância com a política de saúde do Brasil, levando em conta fatores como: número considerável de CIES inativas, demandas de cursos paralisadas e recursos não aplicados represados e/ou contingenciados tanto devido a exigências administrativas e burocráticas quanto para atender a interesses de contingenciamento do governo do Estado. E, também, para dar cumprimento a outros compromissos financeiros, por exemplo: pagamento de reajuste geral anual dos salários de servidores (RGA); promover a reforma da Previdência. Entretanto, são decisões políticas que atendem a interesses políticos de setores e apoiadores como do agronegócio, com renúncia fiscal, expressa em uma política de gastos tributários cujos beneficiados são segmentos da agroindústria que provocam perdas de receita das políticas de saúde e educação (SILVA, 2020).

Com a adesão dos municípios ao determinado pela Portaria nº 3194, nota-se o grande interesse e necessidade de as secretarias de Saúde estruturar a política de EPS. Tal consensualidade explica a retomada do debate da PNEPS. A publicação da Portaria nº 3499/2017, ao disponibilizar recursos às secretarias mais carentes, colabora para fortalecer e consolidar a PNEPS.

Essas medidas de fomento financeiro e de priorizar a EPS com elaboração de planos são significativas. Contudo, segundo Campos (2016), tais medidas precisam ser encadeadas com outras iniciativas para que haja repercussão e efeito mais duradouro. Em outras palavras, exige-se intervenção massiva que envolva todos os segmentos que constituem os campos da saúde e da educação, desde a formação ao desenvolvimento de profissionais. Isso implica dizer que para implementar a política EPS é preciso haver uma sistemática orquestrada entre as três esferas de governo. Logo, se restringir a ações avulsas e sazonais, como a publicação da portaria, distância e adia mais ainda a estruturação da EPS como política estratégica para promover a mudança de modelo de atenção à saúde de acordo com os princípios do SUS.

A retomada de fomento da EPS pelo MS é um passo a mais pela implementação da PNEPS, com projeção para novas ações. Mas, por ter ocorrido num final de ano quando se encerra o exercício administrativo e financeiro das secretarias e do MS e, principalmente com

início da gestão dos novos governantes das três esferas de governo, empossados em 2019, pode resultar em descontinuação dos processos em curso.

Retomemos, pois, os fatos transcorridos no âmbito de Mato Grosso, para acrescentar e salientar a materialização de todo esse processo. A adesão à Portaria GM nº 3194/2017 e a realização de oficinas regionais no período de outubro a dezembro de 2018 funcionaram como motivador para a participação na Oficina Estadual que mobilizou as equipes de profissionais que atuam nas regionais e nas secretarias municipais. Nessa oficina, a orientação metodológica seguiu o manual indicado pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério de Saúde (SGTES-MS), por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), em cooperação com o Conselho Nacional de Saúde (CONASS-MS). Houve, portanto, uma interlocução simbiótica entre ESP-SES-MT com a DEGES-MS; participação em oficinas nacionais e regionais; seminário de validação e encontro ocorridos no período de outubro de 2017 a dezembro de 2018.

Todo o processo mobilizou gestores (cerca de 450 participantes), representantes dos 16 Escritores Regionais, das Unidades Descentralizadas da SES-MT, dos seus técnicos, das Secretarias Municipais de Saúde, do COSEMS, do CES. Estiveram eles envolvidos no planejamento, programação, execução e avaliação das ações de elaboração do PEEPS (MATO GROSSO, 2019c).

Esse plano foi elaborado e direcionado ao MS com a Resolução CIB-MT *ad Referendum* nº 8 de 21 de janeiro de 2019 (**Anexo V**). É uma das principais ferramentas para se apontar as necessidades de processos educativos e em certa medida nele se vislumbra a conjuntura política e econômica do sistema de saúde no Estado.

Com as oficinas em fevereiro de 2020, colocou-se em evidência a EPS no cenário no Estado enquanto política e plano de ação.

A essa circunstância acrescenta-se o episódio da aplicação, naquele mesmo mês, das entrevistas da pesquisa: isto é, ocorreram cerca de 40 dias após o direcionamento do PEEPS para o CONASS. São fatos que favoreceram a obtenção de mais informações advindas dos gestores como as questões relacionadas ao financiamento para EPS, a previsão no plano anual e a avaliação que cada gestor tem da EPS.

A avaliação é tratada na subseção que se refere à compreensão sobre o desenvolvimento da política e do plano. E, quanto ao planejamento e à existência de financiamento para as ações de EPS, as respostas convergem e se complementam.

A maioria dos gestores entrevistados diz que há no planejamento ações de EPS, bem como recursos no orçamento para EPS. Participante L: “Temos a previsão tanto PTA quanto

no PPA e com recursos destinados à área, pra que a gente tenha sempre ações efetivas na área de educação e saúde com a educação permanente como foco”.

A EPS, segundo esse depoimento, tanto consta nas peças orçamentárias e de planejamento que compõem o programa do governo atual, como um componente da agenda de compromisso nos próximos quatro anos, reafirmando:

[...] Há muitos anos é destaque. Mas foi a primeira vez que um programa de governo destaca a EP para os trabalhadores do SUS (participante E).

Embora as ações de EPS estejam planejadas no orçamento, alguns gestores esclareceram em que condições e especificidades tem se dado. A propósito, veja-se uma das respostas: “Não existia, mas eu coloquei para o ano que vem como uma coisa fundamental a ser feita. A minha vontade é a gente chegar e criar a Escola Municipal de Saúde, que eu acredito que possa através desse procedimento” (participante D).

Quanto ao financiamento, contudo, gestores esclarecem que por vezes é fragmentado em outros programas de saúde, criticando seu modo de execução:

[...] Há um programa da gestão da educação para organizar o serviço de regionalização, da atenção à saúde e da gestão participativa, alinhado ao PES. (...) Mas alguns trabalhos de EPS acontecem de forma fragmentada, e a ESP tem que ser gestora, tem expertise para isso (entrevistado C).

Com efeito, há recursos e esses contemplam planejamento e orçamento como prioridades. Mas pouco se esclarecem as razões por não ter estruturado como política e mesmo o plano de ação (formulado há mais tempo), ao considerar que já se passaram quase 15 anos da sua implementação, como também não esmiúçam de que forma estão inclusas no PPA ações de EPS: “Na Saúde, há um leque de opções: o sininho que está com um sério problema, a parte do HIV que precisa, é DIU, então a gente está colocando na nossa unidade; precisamos capacitar os servidores. E, além disso, eles precisam de atualizações” (participante J).

As respostas sobre a disponibilidade orçamentária foram contemporizadas pelos gestores. Alguns assinalaram que não há orçamento próprio para a EPS, isto é, não tem fonte só para EP (gestores A, B, C, E). Mas também foi perceptível que alguns não souberam afirmar devido ao pouco conhecimento a respeito. Os recursos, na sua maior parte, são oriundos do MS e desde 2011 não se recebe do ministério nenhum incentivo financeiro para EPS. Assim, os recursos disponibilizados foram diluídos em programas como de hanseníase, combate de endemias, da Vigilância, na forma de incentivos para processos de capacitações específicas, relevando uma dispersão que tende a fragilizar a política. Como bem observa o gestor B: “[...]”

tudo isso é processo de educação permanente [...]; ocorre uma pulverização comprometendo os efeitos da EPS como política”.

Argumentos dos dois gestores aparecem na afirmação de que os recursos destinados à EPS são insuficientes e que para a execução se vale da disponibilidade dos profissionais, no caso, docentes, e da cooperação de instituições de ensino: “É muito pouco recurso. Então, neste ano (2020) parece que tem uma verba destinada pra educação permanente. Mas em outros momentos a gente teve algum recurso” (participante F). Ou: “Nós nos reinventamos o tempo todo. [...] Mas recursos, efetivamente, pra fazer isso, nós não temos não, e isso é significativo” (participante J).

Apesar de enaltecer a importância da EPS, de referir que está inclusa no orçamento e nos planos, não há evidências para esclarecer o fato de não existir uma rubrica específica, ou algo mais robusto que pudesse sugerir a compreensão como prioridade, além das definições já determinada no âmbito normativo e/ou cartorário.

Pode-se inferir que o impedimento para que a EPS tenha dotação financeira para atender suas necessidades, esteja fundamentada na política econômica do país, com fortes repercussões nas políticas sociais, haja vista que o orçamento público brasileiro, especificamente os recursos de políticas públicas vem sendo financiado pelos mais pobres e trabalhadores e, apropriados pelos mais ricos, em que sob a justificativa de promover o desenvolvimento, setores do agronegócio, construção civil e indústria automobilística são beneficiados com renúncias tributárias, isenções fiscais, ou seja, “o grande capital no Brasil e sua elite de sócios privilegiados contam com as benesses do Estado, via impostos pagos pelo/as trabalhadores/as e pela população mais pobre do país” (SALVADOR, 2015, p. 18; BEHRING, 2002; BOSCHETTI, 2011; CAMPOS, 2015; SALVADOR, 2012).

Em relação à política de saúde, passamos de uma condição de subfinanciamento para o que alguns autores (Bahia, 2018, por exemplo) categorizam como desfinanciamento ou desoneração do SUS, atingindo o sistema de forma contínua e estrutural, agravado com a “Emenda do Teto dos Gastos” – EC nº 95, de 2016, que se prolongará por 20 anos, tornando o SUS precário, inviabilizando seu caráter de universalidade, integralidade e equidade, comprometendo a efetivação dessa política pública em um país penalizado pela Covid-19, com sérias consequências ((REIS e PAIM, 2018; PAIM, 2018a; MENEZES, MORETTI, 2019; TEIXEIRA et al., 2020; CUNHA, 2021).

Observa-se, portanto, que as ações de EPS limitam sua execução ao interesse do gestor de plantão, afinal a especificação de dotação com a finalidade de EPS não está explícita no orçamento, apesar de constar no planejamento de forma genérica e vinculada às áreas técnicas,

como reiteraram nas suas respostas os gestores-participantes. Ou, mesmo, como um arranjo improvisado, para dar cumprimento às necessidades demandadas, ao desenho planejado, com a utilização dos profissionais que se desdobram em multiatribuições. Nessa lógica se aplica a velha concepção de inventar o “*puxadinho*”, num estica-estica, para justificar o pouco recurso, a execução daquilo que havia sido previsto, ao invés de se empenhar para elevar ao status de política.

Em direção similar, quanto a planejamento para desenvolvimento profissional, Silva et al. (2017, p. 3), em sua pesquisa, também evidenciaram nas respostas dos gestores de saúde “que não há, ou não constam no planejamento, propostas de educação destinada aos trabalhadores (...) apenas existência de ações educativas isoladas e compartimentadas”. E seguem referindo-se às constatações a partir de informações relativas à participação nas atividades educativas, sendo elas “de caráter descontínuo e com ênfase no tecnicismo”. Em direção similar, o estudo de Silva e Scherer (2020) também evidencia esse aspecto como uma das dificuldades para a implementação da política de EPS, ao mesmo tempo em que enfatiza a pouca interlocução entre os instrumentos da política de gestão do trabalho e a área da educação na saúde, já que ambas são interdependentes.

Tal descompasso revela a disputa no âmbito desta política pública, pois a EP tem conteúdo ideológico, ao ser considerada uma inovação racional e parte de um projeto de modelo de desenvolvimento econômico com aparência democrática e de resistência à dominação econômica. Também é entendida como prática permanente, à medida que o ser humano está sempre se educando (FREIRE, 2003); trata-se, assim, de uma educação que qualifica para a vida, um modo universal de formar homens, prepará-los para a vida, não só para a atividade do trabalho (GADOTTI, 1991, MÉSZÁROS, 2008)

No percurso do processo formulação do plano EPS para o Estado, foram apontadas fragilidades da EPS, já evidenciadas em outros estudos (FRANÇA, 2016; VIANA, 2008). Ou seja: insuficiência de recursos para implementação dos processos educativos, e os poucos que há são muitas vezes aplicados de maneira pulverizada, com atividades de capacitação ainda que necessárias, mas sem o devido monitoramento. Aliás, essa é uma segunda constatação, presente nas narrativas dos gestores, acompanhada da burocracia na execução financeira dos investimentos que têm sido destinados à EPS, em muitos casos tendo a ESP com executora (SOUZA, 2017).

Mesmo com a vulnerabilidade financeira na oferta de processos educativos e de monitoramento, nas narrativas dos gestores, ficou demonstrado o reconhecimento da força de

trabalho existente na SES, com profissionais qualificados para atuar nos processos educativos seja como docentes, coordenador de cursos orientador de TCC.

A pulverização, entre as áreas técnicas, dos recursos para atividades educativas, tem sido um ponto de estrangulamento, para a ESP-SES-MT desempenhar sua função. Destacam que se houvesse concentração desses recursos, com planejamento, poderiam ser aplicadas medidas mais eficazes e voltadas a atividades educativas. Afinal, essa escola tem importância central para educação permanente em Mato Grosso, como instituição responsável pelo desenvolvimento de profissionais de saúde para o sistema. Logo, como centro formador, ela é credenciada pelo Conselho Estadual de Educação, fundamental para certificações e com potencial para a implementação da política de EPS, portanto, maior referência institucional de EPS no Estado, dispondo de toda estrutura para desenvolvê-la.

4.2.2 Participação no processo de elaboração do plano estadual de EPS (PEEPS)

A participação é uma categoria essencial dos processos de proposição de políticas e de planejamento. Para a elaboração do PEEPS, segundo orientação do MS, “[...] o plano deve resultar de um processo político-participativo que envolva os distintos atores/sujeitos e organizações responsáveis pelas ações de EPS dos profissionais e trabalhadores do SUS” (BRASIL, 2018a, p. 6).

Na lógica participativa, o PEEPS é uma das expressões da PNEPS, um instrumento de gestão dessa política que orienta ações dos dirigentes e técnicos responsáveis em todas as etapas: formulação de propostas, organização e execução das ações de EPS do pessoal da saúde envolvido na prestação de serviços básicos de atenção, especializados e hospitalares, da gestão de serviços e programas de saúde (BRASIL, 2018a, p. 6). Ou seja, toda a força de trabalho que constitui o SUS.

Para compreensão do processo do PRO EPS SUS⁷⁵, cabe demonstrar a linha do tempo autoexplicativa das participações e ações que conferem o percurso realizado com atividades e ações transcorridas em âmbito nacional (que antecederam as etapas estadual e local). E também registra atividades e iniciativas realizadas em Mato Grosso como expressões de participação, categoria pilar de sustentação da EPS.

⁷⁵ Portaria GM/MS nº 3194/2017: lança o Programa para o Fortalecimento das Práticas de EPS no SUS (PRO EPS SUS): retoma o financiamento e o processo de planejamento das ações de EPS no nível estadual, local.

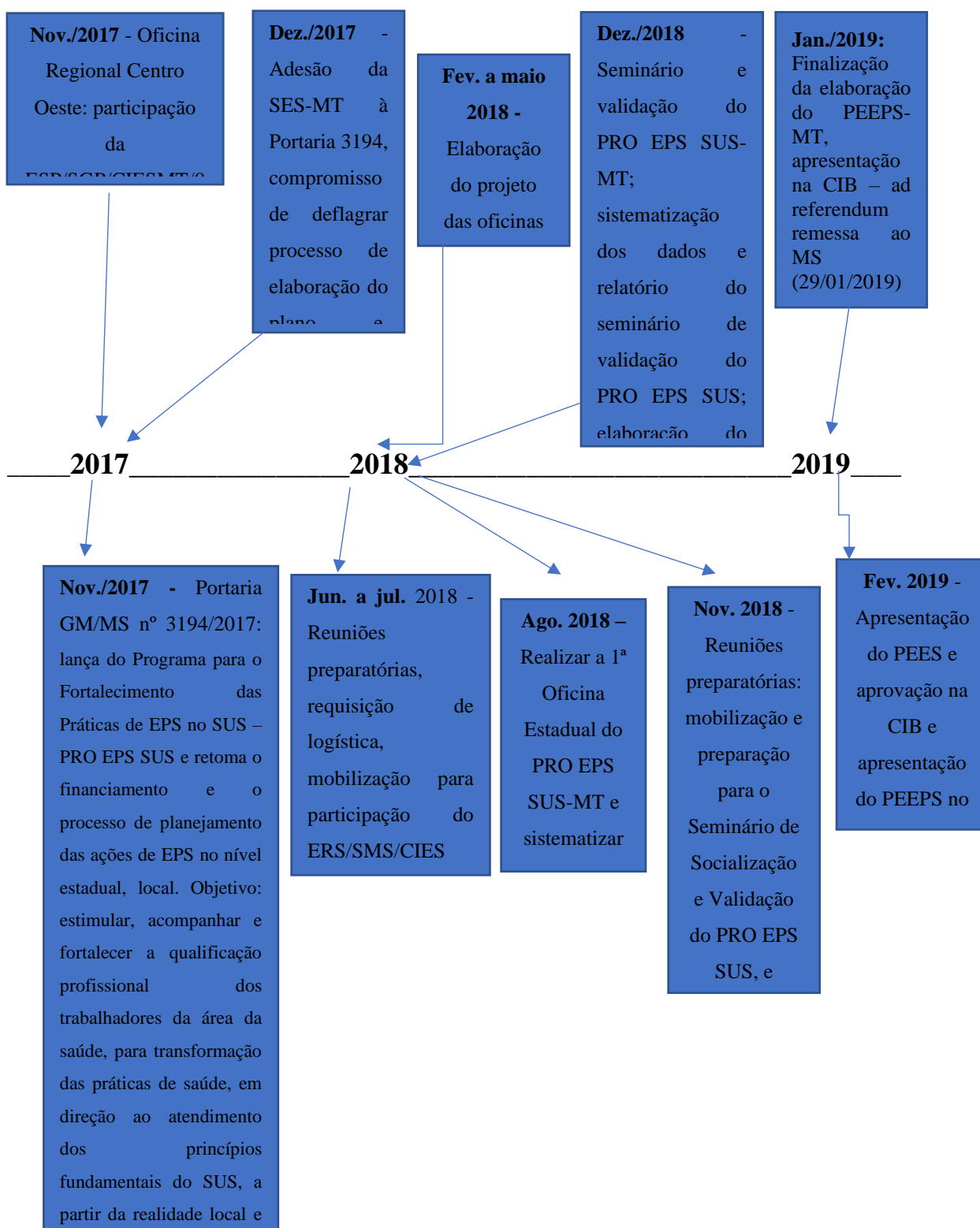
O click disparador de todo o processo de atualização e retomada da PNEPS na agenda dos gestores está contextualizado na necessidade de desenvolver ações para qualificação e formação dos trabalhadores e, para tal, exigiu-se o estabelecimento de iniciativas para fortalecer o tema EPS conforme a realidade de cada território.

Esta conclusão é resultado dos diagnósticos a que se chegou a SGTES/MS e demais parcerias⁷⁶ apontando importantes evidências sobre avanços e dificuldades enfrentadas, reunidas em seis aspectos:

Pouca articulação entre gestores, trabalhadores, controle social e IES; a reduzida implantação das CIES regionais; a participação incipiente dos gestores municipais; a indefinição de parâmetros para construção dos projetos; a ausência de avaliação acerca dos projetos desenvolvidos, no que tange a suas desejadas mudanças nas práticas de formação, gestão e atenção na saúde; e as dificuldades na utilização dos recursos financeiros (BRASIL, 2018b, p. 13).

⁷⁶ CONASS, CONASEMS, IES, OPAS e demais secretarias do MS (DEGES).

Figura 6. Linha do tempo da participação e ações da SES-MT no processo do PRO EPS SUS-PNEPS



Fonte: elaboração da pesquisadora com base em estudo bibliográfico.

O balizamento e análise e atualização da PNEPS resultaram na publicação da Portaria GM/MS nº 3194/2017 (BRASIL, 2017a, p. 13), que aqui adotamos.

A primeira dimensão se refere a problemas na Gestão da Política de EPS (1): falta de compreensão da maioria dos gestores quanto à importância das ações de EPS para qualificação da gestão e melhoria da atenção à saúde no SUS; priorização das ações de EPS no processo de planejamento e programação. O fato de haver equipe reduzida de trabalho implica em um só trabalhador assumir diversos cargos, daí a necessidade de reestruturar e fortalecer as ações das CIES Estadual e Regionais, compreendendo-as como importantes instâncias mobilizadoras para o desenvolvimento profissional.

Assim, nas respostas a seguir, há insinuações quanto a transferir responsabilidades; tentativa de se isentar pelas dificuldades postas no cotidiano da EPS, ou mesmo procurando fundamentar a impossibilidade de implementação da EPS:

O grande obstáculo, eu entendo, é essa ausência de concurso com a reposição de profissionais capacitados (H).

... É que nós não temos recurso pra nada na educação permanente. A gente faz com o que se tem... (C).

Na segunda dimensão dos problemas da Gestão da Política de EPS, tem-se o financiamento (2), no qual as dificuldades se assentam em remunerar docentes vinculados a escolas, preceptorias, administrar recursos em função das restrições da legislação. Existe descontinuidade dos repasses financeiros do MS desde 2011 e problemas na gestão dos recursos, como, por exemplo:

A ESP tinha muita coisa represada, como pagamento de hora-aula, cursos que não aconteciam e que se passou a executar. O fato de inserir a EPS no nível estratégico viabilizou tudo que tinha planejado dentro do exercício. Embora o recurso da Portaria nº3194 seja do MS, em nenhum momento gestores deixaram de apoiar. Teve atividade que deixou de ser realizada e causou mal, que atribuo a problemas de articulação. E até aquele momento a ESP estava vinculada à Secretaria Adjunta de Política. Mas não foi problema de execução financeira (gestor C).

Como terceira dimensão, a infraestrutura (3) se destaca com a dificuldade de apoio logístico para organizar a política de desenvolvimento profissional em consonância com o marco legal, devido a um número considerável de CIES inativas em MT; a inexistência e/ou falta de estrutura física e de recursos (transporte, diárias etc.) para EPS; a extensão territorial dificulta a mobilidade dos trabalhadores do SUS para o processo de formação, além de concorrer com limitações orçamentárias: “Demorou até ter esse entendimento. Nós perdemos

tempo com isso. Aí depois vêm as questões pro dinheiro entrar na conta. Não tinha o dinheiro pra usar” (gestor E).

A infraestrutura está também associada à questão financeira. Há dificuldade de pagamento de docentes, a Escola de Saúde Pública vivenciou tal situação em função da burocracia na formalização dos processos de pagamentos das horas-aula dos contratados e a diversidade de normas para pagamento deles; muitos sofriam com atrasos e outros nem chegaram a receber pelos serviços prestados. Souza (2017) apontou, em trabalho de curso de especialização em Gestão do Trabalho e Educação, uma minuta de projeto de lei para implantação da bolsa-gratificação aos docentes que ministrarem aulas na área da saúde como alternativa para resolver o problema da hora-aula.

Portanto, os recursos insuficientes disponibilizados para EPS, a burocracia para sua aplicação, aliados à frágil logística e infraestrutura, podem ser considerados nós críticos, sendo, assim, um obstáculo para a fluência da implementação da EPS. Esse gargalo está presente nos debates e narrativas dos gestores-participantes ao referir sobre o vazio territorial e institucional, em função da extensão geográfica do Estado, das limitadas condições de infraestrutura e da malha viária, que acaba por onerar o deslocamento de docentes para as regiões mais longínquas das áreas dos centros educacionais; isto, quando não se tornam inviáveis diante das dificuldades.

A EPS precisa ser compreendida pelos gestores não como um apêndice, mas como base para práticas institucionalizadas de saúde, e sua implementação tem como referência os problemas cotidianos de organização, relações no processo de trabalho, que precisam ser considerados e articulados com outras políticas e instituições públicas, no sentido de promover a viabilidade e o desenvolvimento das propostas educativas. E essa compreensão das dificuldades de infraestrutura e logística envolve diversas estratégias: estruturação, organização e inserção do trabalhador como parte do compromisso com o contínuo desenvolvimento da EPS, logo, precisam ser consideradas e viabilizadas pelos gestores no âmbito de uma política de saúde (SILVA et al., 2017).

No quarto fator crítico (4), apontou-se a necessidade de se retomar a reflexão e o diálogo. Considera-se não haver a estabilidade institucional, expressa na rotatividade dos gestores, daí é preciso construir um consenso com relação ao conceito, ou seja, alinhamento que facilite o processo de gestão de planejamento das ações de EPS. A propósito, Silva et al. (2017, p. 7), em seu estudo, dizem que embora seja possível a condução da EPS por meio dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), “os gestores em saúde, de forma geral, desconhecem a

PNEPS (...) não conhecem ou não valorizam as estratégias de EP que são preconizadas e/ou desenvolvidas para os trabalhadores”.

Respostas dos gestores-participantes alertam para as situações políticas como uma fragilidade que dificulta a implementação da EPS. Por exemplo:

Eu ainda vejo gestores na área da saúde com dificuldade de conseguir identificar qual é a demanda prioritária; vejo muito secretário de saúde que, infelizmente, não tem o mínimo de conhecimento nessa área para estar exercendo a função. Quando ele não tem muito conhecimento nessa área, por conseguinte, também tem uma série de dificuldades pra montar uma equipe com competência desenvolvida, e isso compromete toda a cadeia produtiva da educação, nesse sentido. Mas isso é uma contingência que existe não só na saúde, em todos os lugares... (participante H).

Logo, fica evidente que a limitação de espaços e de incentivos nos municípios/Estado para aprofundamento conceitual contribui para a compreensão restrita da EPS e o não interesse em estabelecer ações educativas sistematizadas e de acordo com os preceitos da PNEPS e as necessidades de saúde.

A quinta dimensão reúne nós críticos relacionados ao modelo de educação permanente implementado (5), com a permanência de um modelo de capacitação tradicional, caracterizado pela reprodução de cursos e atividades voltadas às categorias profissionais isoladas, em detrimento da implantação de um modelo inovador, que leve em conta o trabalho em equipe, a integralidade da atenção etc. E, também, a inexistência da Política Estadual de EPS de MT, apesar de a PNEPS existir desde 2008.

Na sexta (6) dimensão dos problemas, busca-se demonstrar dificuldades em monitorar e avaliar as ações de EP, devido à ausência de indicadores que superem a mera quantificação dos cursos e outras atividades realizadas, e a liderança da condução do processo PEEPS, ao encargo da ESP/SES.

Essas constatações se traduzem nos desafios de elaborar a proposta de monitoramento do PEEPS-MT, já prevista pela Portaria GM MS nº 3197/2017, com financiamento assegurado, necessidade de reestruturar a CIES estadual e de implantar Núcleos de EPS (NEPS) nas Unidades Especializadas de Saúde. Compõem os compromissos que passam a ser estruturados com a elaboração do PEEPS-MT.

O processo de elaboração do PEEPS-MT se constituiu com oficinas em âmbito estadual, regional, municipal, e finalizou o processo de participação com o Seminário Estadual. As oficinas tiveram o objetivo de sensibilizar para um grande movimento de construção do plano como caminho para implementação da política no Estado.

A última oficina foi o conagraçamento, que levou o nome de *Seminário de Socialização e Validação dos Produtos das Oficinas Regionais do PRO EPS-SUS-MT* ocorrida em Cuiabá-MT, nos dias 5 e 6 de dezembro de 2018, com apresentação de todos eles e sua validação pelo coletivo de trabalhadores, gestores envolvidos no processo de constituição de propostas para o Plano Estadual. De forma didática, foram apresentados problemas de saúde de cada regional, apontados os objetivos e respectivas propostas de resolução, como resultado dos trabalhos desenvolvidos nas oficinas.

Para se chegar a essa fase, há que se destacar a negociação – uma das perspectivas de participação, como elemento do processo decisório, uma vez que o desenho da programação das oficinas e a sua execução – exigiu muitos contatos para entendimento com técnicos e gestores, em um extenso *ir e vir*, que se constituiu no processo de negociação para: compatibilização das agendas, participação nas oficinas em âmbito local e estadual, deslocamento de pessoal, recompor as ofertas de serviços face à ausência de técnicos para participar das oficinas, agilizar pagamentos de diárias, passagens, incluir a EPS como prioridade e pauta nos colegiados de gestores, definição de facilitadores, entre outras medidas que se fizeram necessárias.

Incluem-se também nesse processo de negociações as consultas a relatórios, planilhas de indicadores, planos de trabalho anual. Ou seja, subsídios para a tomada de decisão que oferecessem as condições para a apresentação de propostas durante as oficinas e, conseqüentemente, a elaboração do Plano Estadual como uma expressão para materializar o processo de implementação da política de EPS.

Tais consultas eram uma das exigências para a elaboração do Plano Estadual de EPS, que partiu da caracterização das regiões de saúde e das linhas de atenção à saúde, para o desenho do plano e estabelecimento de diretrizes, juntamente com os desafios de desenvolvimento profissional identificados pelas equipes regionais, se revelando em proposições, incluindo também processos de monitoramento e avaliação.

A elaboração do plano seguiu uma lógica que exigiu conhecimento da realidade à medida que, para constituir cada linha de ação por linha de atenção à saúde, é preciso identificar o problema, apontar os objetivos de solução e indicar ações de EPS e, também, as instâncias responsáveis pelo andamento de cada ação.

Toda busca de consenso, negociações e proposições foram permeadas de polêmicas, sendo que muitas exigiram a consulta quanto a programação, motivar as equipes de trabalho e, principalmente, posicionar a EPS como fato político necessário.

Observou-se que mesmo os ausentes das oficinas demonstraram conhecimento do percurso realizado, os debates que delas resultaram, as proposições, na sua maioria, alinhadas às necessidades da saúde e, também, das equipes de trabalhadores. E ainda foi referida dificuldade de consenso em se definir prioridades, acrescida da questão do financiamento tanto para execução de atividades educativas quanto para remuneração, vínculo dos trabalhadores e condições de trabalho.

Participei até onde tive pernas. Até tentei, mas não consegui acompanhar no nível operacional; estava no último período da gestão (gestor C).

Sim. Participei de todos os momentos, das reuniões de decisão, houve conflitos de proposições, alguns queriam seguir por um caminho. A gente já não tinha tanto tempo mais. Foi preciso fazer do jeito que foi feito. Foram as escolhas feitas naquele momento. E eu só não finalizei o processo porque houve dois outros processos que tive que priorizar (gestor E).

Nos relatórios e relatos dos gestores constam polêmicas, tais como: assegurar a participação dos técnicos das regionais frente aos poucos recursos; burocracia orçamentária, além de compatibilizar datas com compromissos já sistematizados pelas unidades de saúde. Essas foram suprimidas, com alguns municípios assumindo despesas do deslocamento dos técnicos e a ESP/SES-MT que majoritariamente garantiu os custos das oficinas tanto em Cuiabá quanto nas regionais.

Outra resolução para assegurar a participação dos técnicos foi a iniciativa da ESP/SES-MT que mobilizou gestores com articulações junto aos colegiados e com técnicos que eram referência de EPS, a partir de uma agenda que de compatibilizou com os demais compromissos que as regionais e municípios já haviam assumido. Em função dessa necessidade, o tempo para a realização de todo o processo de elaboração do plano acabou por ser muito exíguo, ao considerar o prazo estipulado pelo MS para enviá-lo e compromissos já assumidos pelos técnicos envolvidos na tarefa de elaborar o plano.

Esta circunstância de alinhar disponibilidade na agenda com prazo e a sistemática das atividades dos técnicos em seus locais de trabalho é um conflito recorrente⁷⁷ nas relações entre a SES e MS, diante das orientações do MS com seus limites e determinações de prazos, que muitas vezes coincidem ou são concomitantes com os compromissos no âmbito local. Isso gera concorrência nas prioridades, além de dificultar aos técnicos sua participação, mais agudizada com a carência dessa força de trabalho frente às demandas para execução da política de saúde:

⁷⁷ Na pesquisa realizada durante o mestrado que analisou o PEEPS/2008.

“[...] algumas pessoas queriam seguir um caminho. A gente já não tinha tanto tempo mais. Foi preciso fazer do jeito que deu. As escolhas foram feitas naquele momento” (gestor E).

Também houve polêmica com a impossibilidade de a equipe da Baixada Cuiabana participar integralmente, pois já vinha cumprindo um calendário de atividades com os municípios na identificação de problemas e necessidades de EPS. Esses, além de coincidirem, geraram uma incoerência, pois as datas eram incompatíveis para consolidar as indicações advindas dessas atividades que deveriam ser inclusas no Plano Estadual, para serem enviadas em tempo hábil à indicação do MS. No entanto, a dificuldade foi parcial:

Pude ver o trabalho, foram discutidos os indicadores das necessidades da região. E, inclusive, trazendo à tona de fato a necessidade da região com base nos indicadores que foram levantados.

E aí essa proposta não foi finalizada no âmbito regional. Até porque – como foi colocado pela técnica – assim: parece que houve um fechamento do Plano Estadual e aí o Regional ficou. Mas eu acredito que a gente deve retomar pra terminar isso. Até pra ver como é que vai se finalizar essa ação.

Essa dificuldade para compatibilizar a participação de todas as regionais, mesmo que sanada, deixa velada uma problemática que é a insuficiência de profissionais e trabalhadores que se veem diante responsabilidade de assumir múltiplos encargos para que não haja solução de continuidade na condução da política de saúde na sua região (LUCAS, 2019).

Quanto à insuficiência de trabalhadores de saúde, vale lembrar que Mato Grosso tem número significativo de profissionais que já se aposentaram, e para os quais há mais de 15 anos não se realiza concurso de provimento de cargos. A consequência é que há setores desfalcados, equipes insuficientes ou falta de trabalhadores com expertise para conduzir programas e executá-los. Essa precariedade atende ao projeto de privatização e fragilização das políticas públicas no Brasil e visa reduzir a função do Estado pela via do caos, à medida que setores da economia privada passam a assumir tais atribuições, em uma moeda de troca a custo da vida da população, cada dia mais doente.

Outra polêmica, na primeira oficina, foi quanto ao entendimento da proposta pedagógica e metodológica para pensar o plano a partir do levantamento das necessidades de cada regional. Essa construção deveria seguir as orientações apresentadas pelo MS, como planejamento das ações de EPS no SUS, circunscritas no Programa para o Fortalecimento das Práticas de EPS no SUS, ou seja, o PRO EPS SUS, descrito na Portaria GMS/MS 3194 (28/12/2017), já explicitada em outras seções.

A estruturação metodológica dessas orientações levou em consideração as dificuldades dos entes federados, constatadas nas oficinas realizadas em 2018, pelo MS, para operacionalizar as diretrizes da Política, relacionadas/em função de fatores como⁷⁸:

[...] a suspensão do repasse dos recursos federais e a e a baixa capacidade de gestão da política, especialmente pelas dificuldades na gestão da PNEPS, uma confusão em relação a questões conceituais, apoio incipiente aos municípios e regionais que receberam recursos e tiveram dificuldades com a execução financeira (BRASIL, 2018a, p. 6).

Assim, as orientações metodológicas foram inspiradas no planejamento situacional disseminado e aplicado por Carlos Matus (1996) e por estudiosos como Carmen Teixeira (2001), tendo como ponto de partida a análise da situação da força de trabalho em saúde para identificação, descrição e análise das principais problemas e necessidades de EPS. Fatores esses entendidos como insuficiência de conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para o enfrentamento dos problemas de saúde da população e dos problemas do sistema de saúde do município/estado e Distrito Federal.

Não obstante, as oficinas foram realizadas, compreendendo-as como um processo de proposições, e resultou numa síntese que é a apresentação de sugestões para definição dos objetivos e prioridades de ação em termos de atividades de EPS, devendo, para tanto, serem consideradas as diretrizes definidas na PNEPS.

Assim, conforme consta na Portaria, a elaboração do plano é um processo de programação de ações *com sugestões para elaboração de uma previsão orçamentária que balize a gestão do PEEPS no período de sua execução* (BRASIL, 2018a, p. 7).

É sob tais medidas de condução, apontadas na Portaria GMS/MS nº 3194 (28/12/2017) e 3342, que o Estado intervém na forma de pacto social, dos interesses e de poderes entre atores na construção de ações governamentais; para tanto, envolve recursos e negociação. Logo, é compreensível que como política pública a EPS não está sujeita somente aos desejos de agentes e governos, é parte do processo de construção e disputa político-econômica entre esses agentes em articulação, conflito e negociações.

Esse processo se revela em medidas e procedimentos que inegavelmente traduzem a orientação do Estado e passam a regular as atividades governamentais, conseqüentemente, vão

⁷⁸ Indicações do diagnóstico realizado pela DGES/SEGTEs 2015/16 (BRASIL, 2018, p. 6) - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Planejamento das Ações de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde: Orientações / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 30p : il.

influenciar e atuar sobre a realidade social, ambiental e econômica. Com esse raciocínio, Bobbio, Matteucci e Paquino (1995) demonstram como a política pública está imbricada na função do Estado, para construir suas ações.

Promover a execução das indicações de elaborar o PEEPS é, portanto, uma etapa do ciclo de política, que junto à propositura de uma ação governamental com disputa de poderes político-econômico deve exercer sua capacidade de escuta às demandas e incorporá-las, ou seja, do Estado se exige habilidade no desenvolvimento de um projeto político (BAPTISTA e VIANA, 2009).

Para dar conta dessa prerrogativa institucional, o Estado precisa ter o desenho dos principais problemas e necessidades de EP. Essa tarefa somente é possível com participação e envolvimento das equipes de trabalhadores que atuam na realidade de saúde. E, a partir das identificações e descrições dos problemas e necessidades advindos desse processo de escuta e interação, apontar as medidas para enfrentá-los, o que se expressa no PEEPS.

Assim, até chegar às sugestões para elaboração do plano e aos desdobramentos com previsão orçamentária que balizem a sua gestão, os debates por grupos de trabalho, durante a primeira Oficina Estadual, foram significativos, pois as dúvidas foram diluídas e houve consenso para sua elaboração com a condução indicada no manual.

Mesmo que a elaboração do plano tenha a função de oferecer subsídios para indicar a previsão orçamentária e balizar a gestão, houve críticas após sua remessa ao MS. Na análise não consta mensuração de metas nem de valores financeiros. Essa constatação foi uma das motivações para a realização de novas oficinas, ocorridas no final de 2019, início de 2020. Juntamente com o MS e a UFBA, foram feitos debates, acompanhando assim o já deflagrado processo de monitoramento e avaliação da PNEPS. Isso permitiu ampla discussão sobre as dimensões da política na perspectiva da gestão, dos processos formativos e dos efeitos produzidos no processo de trabalho em saúde (BRASIL, 2018a).

Nessa etapa da oficina, de apresentação metodológica, de como seriam conduzidos os trabalhos, ocorrida nos dias 28 e 29 de agosto de 2018, em Cuiabá, houve participação de cerca de 60 pessoas entre trabalhadores, técnicos e gestores, correspondendo a 10⁷⁹ ERS e 13 unidades⁸⁰ da SES, e instituições que cooperam com a SES-MT como UFMT e COSEMS.

⁷⁹ Escritórios Regionais que participaram da 1ª Oficina Estadual foram: Alta Floresta, Barra do Garças, Cáceres, Colíder, Baixada Cuiabana, Diamantino, Juína, Rondonópolis, Tangará da Serra. E trouxeram trabalhadores das Secretarias Municipais do Vale do São Domingos e Campos de Júlio.

⁸⁰ Os setores, unidades descentralizadas e instituições que participaram foram: SGR, SGP, Superintendência de Atenção à Saúde, SUREG, CEOPE, CRIDAC, CERMAC, CIAPS - Adauto Botelho, SES - Humanização, ESP, Hospital Metropolitano e SAMU.

Esses participantes foram divididos em três grupos, nos quais foram feitos exercícios dirigidos com a simulação de situações para subsidiar as oficinas nas regionais na estruturação das quatro planilhas; apontaram a necessidade de formação em saúde a partir de reflexões acerca da realidade de saúde vivenciada pelos participantes em sua região de trabalho. Assim, por essa orientação metodológica, foram conduzidas as oficinas regionais e seus desdobramentos em âmbito municipal (MATO GROSSO, 2019b).

Na ocasião desses trabalhos em grupo, os representantes das regionais apontaram dificuldades enfrentadas no dia a dia em seus locais de trabalho, já evidenciadas no cotidiano dos trabalhadores e da gestão do SUS, acerca de elaborar e agregar participantes em função da alta rotatividade que impede o estabelecimento de vínculos e a condução satisfatória das atividades relacionadas à EPS.

Apesar de haver em Mato Grosso CIES estadual, alguns núcleos de EPS implantados e em fase de estruturação e 16 regiões de saúde ter CIES regionais implantadas e/ou em reestruturação, incluem-se entre os pontos fracos a existência de algumas CIES desativadas desde 2016 e/ou a necessidade de reestruturar a sua composição; a infraestrutura insuficiente que, na percepção dos técnicos, se converte em força à medida que acolhem como desafio a superar, pois concebe como necessária e importante sistematizar ações de EPS para materializar a política de saúde no seu local de trabalho (Idem, 2019b).

Ainda nessa etapa de preparação para elaboração do plano, destacam-se a contribuição de instituições de ensino como a UNEMAT, para ativar as CIES, a representação nessas comissões tanto das instituições de ensino acadêmico e técnico profissional (UFMT, UNIC, SESC, SENAC) como de sindicatos. Outras forças foram: a sistemática instalada de prestação de contas periódicas dos recursos que passou a seguir o fluxo dos planos para áreas técnicas de saúde; participação de gestores de gestores nas CIES, como demonstração de adesão e apoio às iniciativas de EPS.

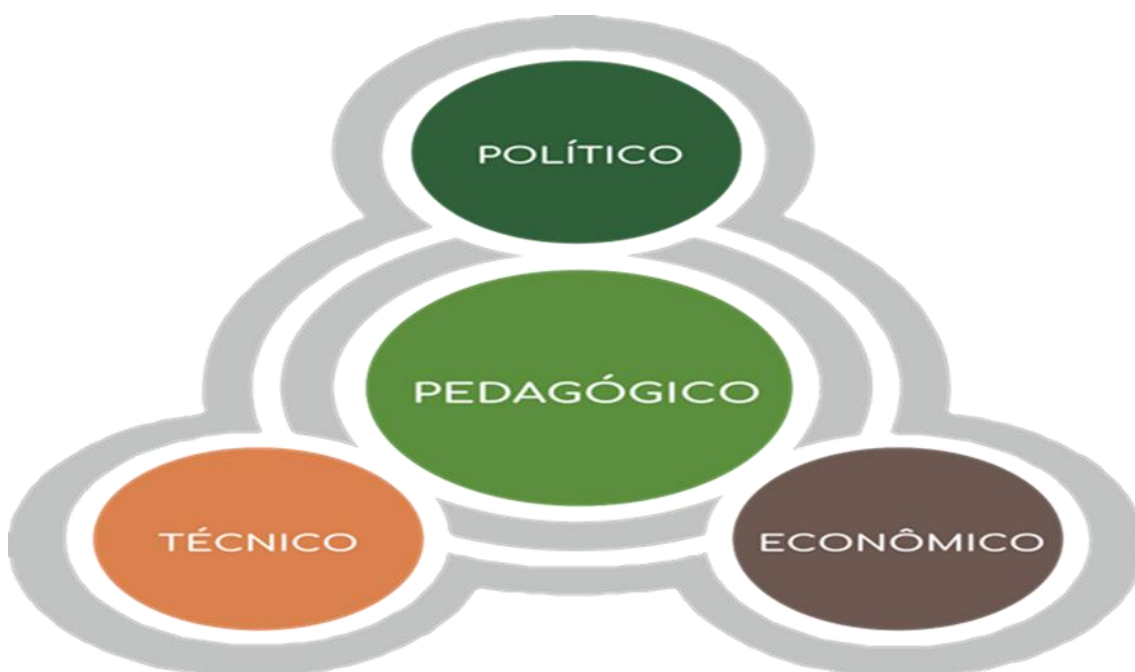
Quanto aos Planos Regionais EPS (PAREPS) e Municipais (PMEPS), entre prós e contras, tem-se como força o fato de as demandas de EPS estarem contidas nesses planos; já como fraqueza, o seu não compartilhamento desde 2015 à área de formação técnica (COFTES), locus com a responsabilidade de executar projetos de formação, com disponibilidade de recursos financeiros desde 2011 e variedade de cursos, em cooperação com a Fiocruz, Sírrio-Libanês, Santa Casa de Porto Alegre (Projeto Itinerário). Projetos esses que poderiam ser aplicados de acordo aos levantamentos de necessidades descritos nestes planos, uma vez que as demandas que têm chegado à COFTES (recebidas) para oferecer cursos se mostram desvinculadas aos apontados nos PAREPS/PMEPS (idem, 2019b).

O compromisso foi a realização das oficinas em âmbito local e pactuar sua agenda nas etapas regionais a partir da metodologia de condução para o desenvolvimento de todas as atividades que lhe eram pertinentes. A referência para efetivar a elaboração e execução dos planos de ação foram os Escritórios Regionais de Saúde, e as CIES Regionais, COSEMS e ESPMT, os apoiadores.

A elaboração do plano contempla a articulação de três dimensões: política, técnica e econômica. São orientações que demarcaram o espaço de definição do referencial político-pedagógico que orienta a programação das ações educativas.

Representadas no diagrama (**Figura 07**), essas dimensões, em sua inter-relação, mostram um aspecto particular do processo de planejamento e programação que implica na identificação de necessidades e problemas e nas tomadas de decisão sobre como enfrentá-los. “[...] a elaboração de propostas que incidem sobre aspectos político-gerenciais, técnico-organizativos e operacionais do processo educativo/processo de trabalho, espaço onde se desenvolve a EPS” (MATO GROSSO, 2018c, p. 2).

Figura 07. Dimensões necessárias para planejamento e programação do PEEPS



Fonte: Caderno do MS (Brasil, 2018a).

Assim, é preciso considerar o aspecto político, pois o processo de elaborar implica em constante debate e negociação para chegar ao consenso em torno dos objetivos e estratégias a serem adotadas em cada estado, municípios e Distrito Federal (Idem, 2018c). São informações,

tecnologias que permitem identificação, descrição e análise dos problemas na prestação de serviços de saúde, ou seja, aquelas voltadas ao processo de trabalho das equipes, observando a lógica operacional de planejamento e execução das ações dos profissionais de saúde, nos diversos níveis de atenção na gestão do sistema. Pode-se observar divergência na escolha das alternativas de enfrentamento e solução dos problemas, o que exige o aprofundamento do debate e a construção de consensos ((Idem, 2018c).

Dentre as necessidades específicas, no caso, inclui-se o balanço entre os recursos disponíveis e os necessários para as ações e atividades previstas, em consonância com a definição de prioridades face à eventual insuficiência de recursos, o que novamente remete ao processo de negociação política que permeia todo o planejamento e execução do plano (MATO GROSSO, 2018c).

O referencial pedagógico compõe o planejamento de ações de formação de pessoas em saúde, especificamente as já inseridas em processos de trabalho, com revisão de metodologias de ensino-aprendizagem coerentes com os objetivos definidos no momento da programação das ações educativas (Idem, 2018c).

A metodologia para subsidiar a elaboração está expressa em quadros (são quatro ao todo). O primeiro, uma análise geral da problemática que afeta os profissionais e trabalhadores classificados em grupos de problemas relativos: disponibilidade e distribuição do pessoal de saúde (gerenciais e operacionais) do sistema; inadequação do perfil profissional/técnico às demandas nos serviços de saúde; gestão do trabalho em saúde nos diversos níveis de atenção e instâncias de gestão do sistema.

O Quadro 1 destaca a priorização dos problemas e definição dos objetivos e metas de EPS, por: relevância, urgência, factibilidade e viabilidade (Anexo I). O Quadro 2 deve corresponder à formulação de objetivos a ser feita de duas maneiras: que leve em conta propostas para o enfrentamento dos problemas, ou caso o que se pretende realizar (Anexo I). O Quadro 3 orienta sobre a formulação de objetivos, com opção para defini-los considerando os resultados que se pretende alcançar com ações propostas ou as que se pretende realizar. Devem ser expressos em quantificação, em termos de número de cursos, de oficinas, de capacitações e de profissionais da saúde que se constituirão na população-alvo das atividades de EP (Anexo I). E o Quadro 4 apresenta a programação das ações de EPS, correspondente à construção dos diversos módulos operacionais do plano (MOP), de acordo com a linha de ação prevista com seus objetivos, metas, atividades, responsáveis, participantes, recursos necessários, prazos de execução e indicadores de acompanhamento e avaliação (Anexo I).

Assim, a Oficina Estadual apresentou o desenho e ofereceu elementos para que as etapas regionais e municipais retomem ou revejam seus planos (aqueles que já os tinham elaborado ou não), de modo que os produtos destas etapas se traduzissem em subsídios para a construção do PEEPS-MT. As etapas regionais e municipais seguiram a orientação metodológica do MS com elenco de forças e fragilidades quanto à efetivação da EPS, a partir das necessidades da realidade de saúde, com propostas a partir das experiências dos trabalhadores do SUS, que comporiam as diretrizes do PEEPS-MT (MATO GROSSO, 2019c).

O processo de formulação do plano seguiu planejamento e programação coordenados pela Escola de Saúde Pública, pelo qual as proposições foram elaboradas a partir da participação ascendente, isto é, os municípios e respectivas regionais fomentaram o debate, agregaram-se forças para a efetivação da EPS a serem expressas em planos estadual, regional e municipal exequíveis.

Dessa forma, foram realizadas inúmeras oficinas que nos municípios e regionais serviram de ambiente de proposição, definição de prioridades, reconhecimento das necessidades de saúde da região e, principalmente – como toda mobilização e motivação junto aos trabalhadores de saúde, inserir na pauta do dia a dia a educação permanente como um dos elementos fundamentais para consolidação do SUS.

Ao final da trajetória das oficinas, observou-se que os resultados apresentados são demonstrações de que a mudança concreta se constrói em cada espaço envolvido com a saúde e que há necessidade de criar um cenário com todos os espaços mobilizados para a mudança, e que esses cenários venham a ser compatíveis para a mudança (LOPES et al., 2007, p. 154).

Tanto as potencialidades como as fragilidades que permeiam o processo de implementação da PNEPS no Brasil contribuiram para que o MS retomasse a rota visando chegar à cultura de que educação é permanente e se coloca como desafio ainda maior (PAIM, 2018a; BAHIA, 2018).

Os resultados aqui apresentados mostram que a mudança concreta se constrói em cada espaço envolvido. Então, há necessidade de se criar um cenário com todos os espaços mobilizados compatíveis para a mudança (LOPES et al., 2007, p. 154). Notou-se também um tímido conhecimento do processo por parte de alguns gestores: “Sempre chamo a minha equipe de ouro, sempre eu chamo o Conselho [sobre consultas normativas etc.]. Todos são observados” (gestor D).

Outro destaque evidenciado como aspecto positivo, tanto nas narrativas como nos relatórios e avaliação das oficinas, foi desenvolver a produção do plano de forma ascendente,

coletiva e colaborativa, e a retomada dos Planos Regionais e Municipais, que em certa medida têm sido subutilizados, pouco apropriados ou desatualizados.

Outra resposta positiva foi quanto às equipes regionais e municipais sensibilizadas e motivadas; o trabalho das oficinas permitiu constatar a necessidade de readequação dos Planos Municipais de Saúde, ao tempo que apontou perspectivas para a construção de Planos Regionais Integrados em regiões que ainda não tinham; integração com o COSEMS na perspectiva para elaboração desse Plano Regional Integrado.

Nas avaliações, houve sugestões tais como: oferecer mais oficinas para entendimento da PNEPS; permanecer firme no fortalecimento das ações da CIES, discutir mais planejamento; aperfeiçoar a planilha com informações complementares (MATO GROSSO, 2019b).

Do ponto de vista tático e operacional, mostra-se que há necessidade de manter e constituir espaço específico para encontrar soluções e alternativas a problemas relacionados à EPS, logo, grau de importância que é atribuído à política e às diretrizes por ela apontadas e, principalmente, como é necessária no cotidiano do trabalho para o desenvolvimento das atividades profissionais.

Ainda como sugestão, valorizou-se o planejamento no sentido de ele se consolidar como resultado de uma ação pensada, capaz de mobilizar técnicas e politicamente os interesses de saúde de cada território. E, como desafio, foi indicado que a elaboração do plano seja uma prática socializada, em que cada profissional tenha conhecimento do significado do seu trabalho, para reconhecê-lo e acompanhá-lo.

Nos relatórios estão registrados os pontos fracos que também foram destacados pelos gestores, como o tempo insuficiente para realizar as oficinas, bem como para identificar necessidades e definir prioridades. Esse tempo exíguo estabelecido foi justificado pela exigência do MS, no envio do Plano Estadual até janeiro de 2020. Ou seja, os eventos ocorreram muito perto da data de entrega dos produtos. E depois que os planos municipais e/ou regionais tinham sido elaborados.

As pessoas ficam descrentes. Você vai lá, faz todo um trabalho de discussão, de levantamento. E aí você não vê a execução disso. Então isso não motiva de um ano pro outro. Isso desacredita o potencial dessa ação, entendeu? Algumas coisas você pode até ver acontecendo. Mas assim, na sua maioria, você não vê esse processo acontecendo (entrevistado A).

Porque aqui com esse negócio de mudança de direção ficou sem diretor. Aqui ficou sem diretor. Então, foi bem pouco (entrevistado G).

Essa pressa levou a falhas na comunicação tendo como resultado ausência de unidades de saúde durante a execução das oficinas, logo, a participação nas discussões e proposição do

plano ficou prejudicada, pois algumas das participações só ocorreram na fase da consolidação das propostas para o plano. Acrescenta-se a isso a inexistência, até 2018, de um Plano Estadual de Educação Permanente e, também, como condição negativa, a não realização sistemática de avaliação dos resultados obtidos diante dos planos municipais e regionais (PAMEPS e PAREPS) existentes.

O momento escolhido para elaboração do Plano Estadual foi o ano de 2019, sem que tivesse tal avaliação nesses territórios; havendo a avaliação, esta a subsidiaria sobremaneira, com demandas reveladas a partir de pontos frágeis e potencialidades reveladas no percurso (MATO GROSSO, 2019x).

A análise documental permitiu encontrar, na investigação, um Plano Estadual de EPS-MT para 2009-2010, consolidado pela equipe de técnicos que, na verdade, é uma proposta do Plano de Ação em EPS e Educação Profissional, submetido e aprovado pela CIB-MT (MATO GROSSO, 2010).

Esse plano se fundamenta nos avanços e desdobramentos da EPS na trajetória do SUS e na ruptura desse processo constituído que deixou de ser centralizado na capital e passou a ser regionalizado com a instituição da PNEPS (Portaria GM MS nº 1996/2007), ao estabelecer novas diretrizes com a constituição de espaços colegiados de discussão envolvendo várias instituições e considerar as especificidades microrregionais. E, isto, além de envolver no processo instituições de ensino da área da saúde do interior de Mato Grosso (BRASIL, 2007a).

No período em que passou a contar com as Regionais de Saúde, a CIES Estadual elaborou diretrizes e guia para elaboração do plano de acordo com o contexto, atendendo a diretrizes normativas e constitucionais do Sistema de Saúde⁸¹, todavia, sem fazer referência ao Plano para 2009-2010.

Por essa via, os PAREPS contemplaram as demandas referentes à EPS⁸² e à educação profissional⁸³ apontando as necessidades regionais de EPS a partir da caracterização das

⁸¹ Planos estadual e municipais de saúde; termo de compromisso de gestão estadual e municipais que compõem a microrregião de saúde; indicadores do pacto pela saúde (atenção básica); instrumentos de gestão (programação pactuada e integrada-PPI. Plano Diretor de Regionalização (PDR; Plano Diretor de Investimentos (PDI); relatórios de gestão; Plano Estadual pela Redução da Mortalidade Infantil/Neonatal; eixos da agenda de saúde de Mato Grosso 2009; relatórios das conferências de saúde estadual e municipais; relatórios do monitoramento das unidades de atenção básica / Unidades de Saúde da Família realizados pelos ERS; Plano Estadual de Ação Contingencial para Enfrentamento de Epidemias (dengue, influenza A – H1N1); projetos de integração entre ensino-serviço-comunidade (MATO GROSSO, 2018d).

⁸² Capacitações, oficinas, seminários e cursos de pós-graduação.

⁸³ Corresponde a qualificação, formação técnica de nível médio, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, e capacitação pedagógica.

microrregiões de saúde, as instituições envolvidos, os produtos e resultados esperados e a forma de monitoramento e avaliação de ações.

Os 10 objetivos apresentados nesse plano em EPS (2010) trazem indicações para suprir as necessidades regionais atendendo às diretrizes da PNEPS e de implementar medidas que estruturam uma política de EPS no Sistema de Saúde do Estado de Mato Grosso. Apontam-se finalidades de assessorar, apoiar, fortalecer as CIES; fomentar integração ensino-serviço; desenvolver instrumentos para monitoramento e avaliação das ações de EPS e contribuir na definição da política de EPS para o Estado a partir da consolidação dos PAREPS, construídos pelas CIES/CGRs.

Retomando o plano de 2009/2010, este foi estruturado com caracterização das microrregiões de saúde do Estado (a); descrição da proposta educativa que parte da valorização do saber prévio do indivíduo e da equipe, baseado no processo aprendizagem da problematização das pessoas em suas relações com o mundo, ou seja, da realidade através do método do Arco de Magueres⁸⁴, no processo de aprendizagem (b); descrição das necessidades de EPS apontadas pelos PAREPS a partir de três eixos (vigilância em saúde; atenção à saúde e gestão do SUS), e a definição de prioridades por demandas regionalizadas, subdivididas em educação profissional e educação permanente (c); estratégias de realização das ações de EPS, que são de que formas serão oferecidas as ações (d); os recursos financeiros demonstrando a sua distribuição por bloco da EPS e por microrregiões de saúde (e); e, por último, apresenta uma proposta de monitoramento e avaliação do plano (f) (MATO GROSSO, 2010).

Nota-se que mesmo depois de transcorrida uma década e dos incontáveis movimentos provocados, por iniciativas dos técnicos e por vezes do MS, não tratou a EPS), o Estado Mato Grosso ainda não tem a sua política de EPS, se considerando que a análise da EPS esteve sempre excluída da agenda dos gestores municipais e estaduais. Portanto, essa é uma das motivações que levaram à retomada da sua discussão no contexto provocado pela Portaria GM MS nº 3194/2017.

Nessa portaria constam os recursos aprovados na ordem de R\$ 2.514.671,08 para EPS e Educação Profissional (formação técnica), especificada a quantia de R\$ 1.479.265,28 Para Educação Técnica, mais o valor de R\$ 207.090,56 para execução das ações da CIES-MT, e R\$

⁸⁴ Esse método se apoia em cinco etapas: (I) Observação da realidade (problema) (II) Pontos-chave (III) teorização (IV) hipótese de solução (V) aplicação à realidade. Nesse processo de ensino-aprendizagem ocorre a exploração de problemas vivenciados e da teorização, na busca de respostas e soluções construídas no coletivo. Trata-se de uma metodologia que favorece mudanças na prática em saúde.

828.362,24 para descentralização dos PAREPS nas CGRs, desde que observados critérios como existência de CIES Regional e assinatura do Termo de Compromisso de Gestão Municipal.

Se não tiver CGR, os critérios são: cobertura das ESF, 20%; cobertura de saúde bucal, 20%; público-alvo e número de profissionais do SUS na região, 20%; IDH dos municípios da região, 10%, e distância da capital 10% (BRASIL, 2017a).

Depois de o Plano Estadual ser referendado na reunião da CIB e encaminhado ao MS, encontra-se até hoje no site do CONASS, como referência, registrando assim uma etapa histórica de mais uma tentativa de implementar educação permanente no estado tal qual desenhado na portaria que a constitui como política. No âmbito administrativo, ainda é referência para implantação de núcleos de EPS, e a gestão da ESP deu um passo à frente com debates, proposições de processos de monitoramento, com realização de oficinas em cooperação com o MS. Além disso, inúmeras medidas têm sido adotadas pela gestão para o fortalecimento da CIES estadual com sua estruturação no espaço da escola, constituição de equipe para desenvolver as suas atividades e assegurar a regularidade de suas reuniões como espaço de discussão.

A formulação do PEEPS-MT seguiu as diretrizes e estratégias da PNEPS, à medida que o processo foi embasado a partir das necessidades de saúde da população, dos problemas cotidianos referentes à atenção à saúde e práticas de trabalho. Pautou-se também no estímulo a mudanças nas relações no trabalho, na organização dos serviços, evidenciando a importância do diálogo e da negociação entre os diferentes níveis de gestão dos trabalhadores e do controle social para o enfrentamento dos problemas.

E o mais significativo: todo o percurso até se chegar ao produto com o plano elaborado é uma estratégia apontada pela Política Nacional, desde a sua implementação. Portanto, não se trata de uma novidade extraordinária, mas a materialização de um dos princípios doutrinários do SUS.

A partir de 2020, no contexto da pandemia Covid-19, o desenvolvimento do plano de EPS foi afetado à medida que exigiu resposta às demandas em tempo recorde, e com inovações, resultando em experiências formativas em formato virtual, vez que a modalidade presencial ficou comprometida com as medidas de distanciamento social.

Trouxe, de outro ponto de vista, estímulo aos estudos, à pesquisa científica, ou seja, uma busca por capacitação para desenvolver as atribuições técnicas específicas e para as políticas de orientação, formação de opinião e conduta, a fim de combater a disseminação do vírus. Dentre as ações promovidas pela ESP, registram-se aquelas direcionadas aos fisioterapeutas e

demais profissionais que atuam na linha de frente da assistência hospitalar e de imunização⁸⁵. E, quanto a essas necessidades, a ESP buscou responder com ofertas de atividades educativas para superar as defasagens e dificuldades no desenvolvimento dos profissionais mediante uso de tecnologias educacionais a distância (Google Meet, Telegran, Zoom, lives), ou seja, ambiente virtual da ESP.

Na próxima seção, apresentamos as proposições de EP, resultados das oficinas e delineadas a partir da realidade de saúde, que constituem o Plano Estadual de EPS.

4.2.3 Proposições de EPS para o Sistema de Saúde de Mato Grosso

Neste terceiro subnúcleo (resultados da pesquisa), são apresentadas as principais proposições de EPS definidas pelos participantes das oficinas de elaboração do Plano Estadual de EPS, ocorridas em 2018, conforme observado pelos gestores.

São propostas consolidadas em conjunto com as Regionais de Saúde, estruturadas a partir de uma lógica que tem como fio condutor uma matriz de análise que resultou no apontamento de propostas considerando os princípios da EPS. Com a utilização dessa metodologia, os problemas foram categorizados por áreas, já do conhecimento de todos, por se tratar de uma organização estrutural que se aplica no cotidiano do SUS. As áreas são: vigilância à saúde (1), atenção básica (2), atenção hospitalar (3), urgência e emergência (4), atenção especializada (5), rede de apoio diagnóstico e terapêutico (6) e gestão (7).

Para esse trabalho, a elaboração do plano levou em consideração o protagonismo das equipes no ordenamento da Rede de Atenção à Saúde nos municípios e sua capacidade gestora, os contextos e necessidades para a formação e qualificação dos trabalhadores e profissionais de saúde e o diagnóstico local de saúde e o papel dos estados, Distrito Federal e municípios no processo de planejamento (BRASIL, 2018a).

Essas, entre outras orientações, estão explicitadas no manual técnico e apontam responsabilidades específicas aos entes federados na elaboração do PEEPS, que, além das atividades que contemplam bases teóricas e metodológicas da PNEPS, têm como atribuições fazer constar no plano: previsão de duração de, no mínimo, um ano; ser construído

coletivamente pelo Estado junto com os municípios e com a participação das CIES, e ser pactuado na Comissão Intergestora Bipartite (CIB).

As propostas são resultado das reflexões a partir dos exercícios de preencher os quadros – instrumentos pedagógicos (anexo I: planilhas: **1, 2, 3 e 4**), que, didaticamente, são expressão metodológica da PNEPS e definem as atividades a serem realizadas no processo de elaboração. Devem conter: objetivo das ações; público-alvo, ou seja, os profissionais da área de saúde que serão contemplados com as ações, considerando os princípios da EPS que orientam processos educacionais multiprofissionais; estimativa de custos para execução das atividades previstas no PEEPS e seguindo as orientações do MS (BRASIL, 2018b, p. 27), também poderão conter os seguintes tópicos:

- Caracterização das regiões de saúde, com definição dos municípios constituintes, dos fluxos e equipamentos de atenção à saúde na região; os principais indicadores e metas estratégicas de investimento e implementação de serviços de saúde;
- Identificação dos problemas de saúde: análise dos problemas no âmbito da prestação de ações e serviços de saúde, que demandam para sua solução, o desenvolvimento de ações de EPS, isto é, ações voltadas à qualificação (formação/capacitação) de profissionais e trabalhadores de saúde dos diversos níveis de atenção;
- Descrição como as ações serão realizadas, considerando os pressupostos da EPS de utilização de aprendizagem significativa, problematização e reflexão sobre o processo de trabalho que acontece no cotidiano do serviço;
- Definição do período de execução do plano de trabalho, considerando todas as ações que serão realizadas durante o período determinado;
- Descrição da avaliação de como se pretende avaliar as ações de EPS a serem realizadas, considerando indicadores e metas; esta deve se integrar ao processo educativo e ter papel preponderante na orientação de novas ações. Tal proposta deve abranger indicadores e metas do processo educacional, considerando-se a mudança individual dos participantes, e de resultado ou impacto, para indicar a modificação que a ação provocará na realidade dos serviços e, portanto, na atenção à saúde da população.

Todos esses quesitos de caracterização, definição e descrição da realidade de saúde foram seguidos pedagogicamente para que se constituíssem as proposições por áreas. Nessa etapa, houve muita interlocução entre os técnicos e gestores presentes na oficina, que expunham a situação de saúde da sua região, propiciando a todas conhecer a realidade que estava sendo exposta, debater alternativas para as dificuldades vivenciadas, além de provocar a formação de ideias e mobilizar no sentido de estabelecer unidade de conduta a partir das discussões.

Na Vigilância de Saúde (dimensões: epidemiológica, ambiental, sanitária e saúde do trabalhador), o disparador de problemas aguçou o debate apontando a dinâmica da realidade de

saúde em todo o Estado, que exige investimentos no desenvolvimento profissional, já que as propostas enfocam três grandes problemas: falta de conhecimento profissional para ações de vigilância em saúde; baixa resolutividade; carência no aprimoramento e aprendizagem de novas práticas (PEEPS, 2020).

Para superar tais problemas foram priorizadas ações de EPS de qualificação, capacitação e atualização dos profissionais, como: redução da morbimortalidade das doenças crônicas e da incidência de doenças evitáveis com aumento da cobertura vacinal, a fim de melhorar os serviços de promoção e prevenção dos agravos crônicos não transmissíveis, fortalecer os serviços de atendimento às doenças crônicas e sensibilizar os gestores quanto à necessidade de essas ações serem integradas.

As propostas de ações de EPS para a implementação da saúde do trabalhador acompanham outras ações. Entre elas incluem-se aquelas com intuito de sensibilizar empresários e trabalhadores sobre a prevenção de acidentes no trabalho e o aprendizado de novas práticas de atenção à saúde do idoso, homem, mulher, adolescente, trabalhador e indígena. E promover ações para superar a fragilidade nas notificações de violência e outros agravos de notificação compulsória.

Constam também no Plano Estadual de EPS, como produto das oficinas realizadas em 2018, indicações das seguintes prioridades para a área de Vigilância à Saúde: capacitação em protocolos de atendimento em animais peçonhentos, antirrábico e LTA/L.V., hanseníase⁸⁶, doenças endêmicas, crônicas não transmissíveis, e tropicais. Incluem-se também atualizações sobre Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SIPNI), para que se tornem frequentes devido à rotatividade de profissionais e ao desconhecimento das coberturas vacinais, o que exige alinhamento das ações de imunização nas salas de vacinas.

Outros objetivos foram apontados e traçadas ações, para superar problemas identificados como: subnotificação dos agravos da saúde do trabalhador; violência doméstica, abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes, que se agravam ante a falta de alimentação e/ou fechamento das notificações nos sistemas de informação; identificar a necessidade de capacitação para vigilância do óbito⁸⁷; gerenciamento dos resíduos dos serviços de saúde; superar tanto a falta de conhecimento sobre Práticas Integrativas Complementares⁸⁸

⁸⁶ Leishmaniose tegumentar americana, leishmaniose visceral e hanseníase – o Estado de Mato Grosso é considerado região endêmica para essas patologias.

⁸⁷ Vigilância de óbitos, é um serviço oferecido 24 horas, que realiza a verificação do óbito, instalado no Hospital Universitário Júlio Muller, unidade de ensino federal em cooperação com a Secretaria de Estado.

⁸⁸ PICS: Práticas Integrativas e Complementares em Saúde.

(PICS) como a dificuldade de trabalhar em equipe e em lidar com outros setores para formação da rede de atendimento.

O processamento das informações da atenção básica permitiu constatar que os problemas são recorrentes para essa área, como baixa qualidade e resolutividade dos serviços ofertados. É necessário reestruturar as práticas para o acolhimento dos usuários atentando para suas especificidades de saúde e vida, tais como: pessoa com deficiência física e mental, os diversos ciclos de vida e a violência, o que requer profissionais com perfil e habilidade para atendimento na atenção básica (PEEPS/2020).

Para o enfrentamento desses problemas, as ações de EPS apontadas foram de capacitar e atualizar as equipes (tanto as já engajadas como as que ingressam nas USFs), sobre o Programa Nacional de Atenção Básica (PAB), para reflexão sobre o processo de trabalho efetuado, com intento de transformar a sua prática e tornar eficientes, eficazes e resolutivos esses processos de trabalho.

Quanto à problemática do acolhimento e acompanhamento dos pacientes do Programa de Saúde Mental, foram indicadas ações de qualificação e capacitação dos profissionais para intervir de forma a possibilitar estratégias de promoção em saúde.

Enfatizou-se a deficiência na assistência prestada aos usuários quanto ao diagnóstico de hanseníase, tuberculosos, de leishmaniose, malária, e foram sugeridas ações semelhantes às apontadas na área de vigilância à saúde para fazer diagnóstico precoce e diminuir a incidência e prevalência, o índice de incapacidade e óbitos.

Em consideração ao número elevado de gravidez na adolescência, foram indicadas ações de EPS à equipe técnica, com ênfase em álcool, drogas e gravidez não planejada, no sentido de desenvolver conhecimentos que subsidiam de forma consistente a prática dos profissionais envolvidos diretamente com os adolescentes. E, também, ações sobre as adversidades da gravidez e para suprir as deficiências no pré-natal (diagnóstico tardio, alto índice de cesarianas, pré-natal do parceiro, baixo tratamento odontológico da/na gestação, parto e puerpério humanizado).

Também foram apontadas ações visando a novas estratégias para sensibilização das mulheres para fazer exames citopatológico de colo de útero e acompanhamento de exames de mamografia de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos.

Para suprir a carência de suporte aos cuidadores de pessoas idosas ou com deficiência física e mental, indicou-se capacitação para atendimento tanto para a equipe técnica como aos familiares e cuidadores dessa população. Inclui-se, aqui, a proposição de atualização e

capacitação de multiplicadores nas novas técnicas de curativos de feridas estomas, procedimento incidente em pessoas acamadas, idosas e deficientes.

Outra problemática recorrente, muito evidenciada, é a baixa resolutividade nas ações de atenção básica relativas às doenças prevalentes na infância. Para estas, a indicação é a realização de capacitação em AIDIPI, que faz parte do calendário de ofertas da ESP/SES-MT, visando atender tanto à necessidade de atualização dos profissionais como à integração daqueles que ingressam na AB, mas têm sofrido solução de continuidade devido a dificuldades logísticas para sua realização.

A referida ineficiência na operacionalização do Sistema de Informação (E-SUS) é uma lacuna que exige capacitação de multiplicadores, educação tanto para alimentação quanto para manuseio do E-SUS (PEC, CDS), gerenciamento adequado de informações com vistas à melhoria do planejamento, otimização dos serviços e alimentação sistemática e regular, pois a insuficiência e rotatividade de profissionais neste espaço são muito expressivas.

As ações educativas para urgência e emergência foram identificadas após a sistematização das informações. Além das precariedades de infraestrutura e logística, estão permeadas de problemas relacionados ao déficit de profissionais com capacitação para atuar na área; e aqueles que atuam não tiveram a qualificação necessária para esse serviço de saúde, em especial, nos casos relacionados à saúde mental. E esse despreparo incide genericamente na equipe: enfermeiro, médico, motorista, técnico de enfermagem.

A Urgência e Emergência é um serviço de saúde que exige profissionais com habilidades técnicas para a imediata tomada de decisões com vistas a minimizar os riscos de sequelas e morte. Tal especificidade implica a necessidade da reestruturação com oferta de processos permanentes de aprimoramento profissional nesta atuação.

As ações educativas referidas no Plano Estadual elaborado tratam de: qualificação e capacitação dos profissionais; abordagem dos pacientes; utilização dos equipamentos de urgência e emergência para fazer a classificação de risco; atualização de primeiros socorros, principalmente relacionados a causas externas (acidentes); atendimento de urgência e emergência em pacientes em surto psiquiátrico; capacitações à equipe de serviços de limpeza hospitalar, profissionais de serviços gerais e de enfermagem, como estratégia de fortalecer a biossegurança no conjunto de ações voltadas à proteção do trabalhador e pacientes. Portanto, atividades educativas como propostas no plano, que seguramente são prioridades contidas nos demais planos de EPS que outros estados elaboraram, em conformidade a sua realidade de saúde.

A área de Atenção Especializada também apresenta fragilidades de infraestrutura, equipamentos inadequados; deficiência de profissionais e trabalho em rede instável de referência e contrarreferência. Essas evidências apontadas durante as oficinas denotam a ineficiência dos serviços ofertados, portanto, requer-se mais qualificação dos protocolos de regulação e investimento no desenvolvimento dos profissionais para atuarem em rede assistencial.

A precariedade na atenção especializada se agrava pela não oferta de serviços como odontologia especializada para pacientes especiais; logo, a indicação é oferecer cursos de nessa área para profissionais atuantes no serviço público.

A incidência alta de doenças mentais (Médio-Norte e Centro-Norte mato-grossense) levou à indicação de ações educativas, como oficinas para debater e construir protocolos clínicos voltados a transtornos mentais, ansiedade, depressão e, principalmente, aqueles que são passíveis de prevenção. Também foi indicada a realização de capacitação sobre os protocolos de regulação de acesso à rede especializada, como estratégia de qualificação dos profissionais da atenção primária em saúde, medida visando mitigar tanto os desnecessários e equivocados encaminhamentos para as especialidades quanto os efeitos da judicialização da saúde.

Essa evidência no plano sobre aumento de doenças mentais em algumas regionais do Estado é preocupação também presente na análise de Gama et al. (2021), inclusive alertando para a falta de instrumentos ou estratégia de modo a quantificar e organizar a demanda, sobretudo, ausência de educação permanente na APS.

Logo, as proposições, inclusas no plano da área de atenção especializada referente à saúde mental, buscam contemplar necessidades, aliás, recorrentes em outros estados do país, como apontam estudos de Rizzo et al. (2020) e Sousa et al (2020) no sentido de potencializar espaços de formação pautados no movimento analítico de aprendizagem que relaciona trabalho e cuidado em saúde/saúde mental, o aprender e ensinar numa dimensão em que os trabalhadores atuem como facilitadores de Educação Permanente.

Outra necessidade registrada no plano é a falta de interação entre os centros de reabilitação com as demais unidades de assistência à saúde, a ser suprida com ações educativas de integração entre UDR e as demais que compõem a rede de assistência como NASF, UBS, entre outras.

A Atenção Hospitalar como parte da estrutura organizada da saúde foi discutida nas oficinas e se constatou que a complexidade e as deficiências dessa área estão concentradas em fatores relacionados ao atendimento humanizado ineficiente, infraestrutura precária e segurança

do paciente e a dos trabalhadores ante a exposição de infecção hospitalar e acidentes de trabalho.

Diante dessas constatações, é necessário avançar com a reestruturação dos protocolos de serviços que contemplem a qualificação de profissionais de forma permanente para promover um ambiente hospitalar seguro.

As proposições se voltam para a realização de ações educativas relacionadas à elaboração de protocolos de segurança ao paciente; humanização e atendimento integral ao paciente, para melhorar o contato interpessoal, o conforto e a qualidade de vida do paciente, visando motivação, autoestima, acolhimento e ética.

No curto prazo, foi indicada a realização de capacitações em técnicas de realização de curativos com e sem debridamento em graus I, II e III, como medida de padronizar a conduta de procedimentos e diminuir o tempo de cicatrização e internação. E, também, de assepsia hospitalar, com oferta de ações de cuidados na remoção de contaminantes, higienização de equipamento e materiais hospitalares.

Essas são ações que convergem para outra proposição: implantar o Núcleo de Segurança do Paciente e aperfeiçoamento das ações de serviços (ex. CCIH).

A Rede de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, inclusa na estrutura organizacional da saúde, foi considerada vulnerável, pois os protocolos se mostraram frágeis, de fácil manipulação, prevalecendo o tráfico de influência para o atendimento das demandas. Tais problemas revelam outras deficiências da rede de apoio, como critérios inconsistentes para prescrição de exames e medicamentos. Para supri-los, foi indicada a alternativa de implantação de sistema eficaz e resolutivo para a referência e contrarreferência; definir fluxos dos serviços e responsabilidades; aprimorar o conhecimento dos profissionais quanto aos protocolos, telediagnóstico e teleconsultoria a nível hospitalar, atenção básica e com usuários.

As proposições de educação permanente contemplam ações como: estudo de protocolos, definição de fluxos, realização de capacitação para implementar tais protocolos para laboratórios, serviços de imagem, atendimentos antirrábicos e para animais peçonhentos. Outra indicação apontada é oferecer capacitações a profissionais psicólogos para testes psicológicos, como estratégia de apoio diagnóstico em saúde mental e para a prescrição de medicamentos psicoativos, bem como a profissionais analistas clínicos, ações educativas que os qualifiquem para o diagnóstico laboratorial da hanseníase, tuberculose e leishmaniose.

Por último, o eixo Gestão Político-administrativa, com descrição de problemas como insuficiência ou inexistência de equipe gestora de serviços operacionais e táticos; falta da cultura de avaliação, controle e auditoria; dificuldade no estabelecimento de gestão participativa

ou de apropriação dos instrumentos de gestão para tomada de decisão (plano, orçamentos, indicadores, relatórios).

Para esgotar esses problemas, nos exercícios de análise durante as oficinas foi apontada a necessidade de processos de formação, qualificação e desenvolvimento profissional de gestores e sua equipe, bem como promover a utilização dos instrumentos de gestão com atuação em conjunto com os serviços de auditores, e apropriação efetiva do sistema de fluxos, protocolos e procedimentos operacionais padrão (POP).

Diante de tais problemas e com objetivo de saná-los, foram delineadas ações educativas como: de sensibilização para conhecimento e aplicação do fluxo do sistema regulador (protocolos SISREG⁸⁹, preenchimento e encaminhamento de formulários); implantação de serviços de auditoria, controle e avaliação nos municípios; capacitação das equipes gestoras municipais nos sistemas de monitoramento, controle de recursos financeiros; atualização sobre a legislação da gestão pública, sistema de informação em saúde e adequada aplicação dos recursos; formação e especialização em gerenciamento de unidade de saúde – gestão de equipe de saúde.

No curto prazo, indicou-se a realização de capacitações para gestores municipais e conselheiros sobre planejamento e avaliação dos serviços de saúde; para atuar como ouvidor municipal, juntamente com a implantação da Ouvidoria do SUS.

Ainda foram indicadas ações de fortalecimento da gestão municipal com capacitações de multiplicadores, na lógica da EPS, visando constituir banco de talentos em diversas áreas e especialidades para dar suporte às ações do PAMEPS, PAREPS e ao Plano Regional; e incluem-se também formação e capacitação dos agentes comunitários de saúde (ACS) e agentes de combate a endemias (ACE).

Outros problemas identificados na área da gestão são: rotatividade e troca frequente de gestores; fragilidade no processo de planejamento; dificuldade em exercer a gestão participativa; enfraquecimento do controle social no SUS; falta de acompanhamento às equipes e participação na avaliação dos indicadores; bem como de clareza quanto ao desenvolvimento das políticas públicas de saúde.

Essa realidade é ilustrada com a seguinte narrativa:

⁸⁹ Sistema de Regulação (SISREG) é um sistema web, criado para o gerenciamento de todo o [Complexo Regulador](#), por meio de módulos ambulatorial e hospitalar que permitem a inserção da oferta, da solicitação até a confirmação do atendimento ao usuário, bem como a regulação de leitos hospitalares. As solicitações podem ser realizadas pela atenção básica e pelas outras portas de entrada do SUS para consultas, exames e procedimentos da média e alta complexidade, objetivando maior organização e controle do fluxo de acesso aos serviços de saúde e otimização a utilização dos recursos assistenciais, visando à humanização no atendimento.

[...] Ainda vejo gestores na área da saúde com dificuldade para identificar qual é a demanda prioritária. As trocas permanentes de gestores da saúde comprometem o planejamento. Isso porque cada gestor, quando assume, ele parece que quer reinventar a roda, e a grande maioria das secretarias não tem planejamento estratégico que possa seguir. Mas isso é uma contingência que existe não só na saúde, e sim em todos os lugares... (gestor H).

Ainda quanto à troca constante de secretários municipais, nos relatos dos gestores **J e D** também se reconhece que isso atrapalha a dinâmica de condução da política de saúde; ao assumir o terceiro ou quarto secretário em menos de três anos, o planejamento é afetado quanto à solução de continuidade, pela reconstituição de sua equipe, o que geralmente altera o já desenhado, em função de demandas políticas ou outras da agenda do governante nem sempre associadas às prioridades da saúde.

A rotatividade de profissionais e, mesmo, de gestores é um problema destacado pelos participantes, conforme identificado nos estudos de Lucas (2019) e Gama et al. (2021), como uma das dificuldades no processo de implementação da PNEPS e no desenvolvimento de processos educativos. Para esses autores, a rotatividade ocorre de formas distintas: além de comprometer a qualidade da relação entre usuários e equipes com a falta de continuidade na oferta de serviços, acarreta interrupção das ações de EP, causando instabilidade nas equipes. A situação se agrava quando se trata de trabalhadores qualificados para atuar no SUS.

Acrescenta-se também que essa rotatividade tem efeito cascata. Ao trazer a ruptura de ações de saúde, atinge a gestão dos serviços. Setores como o planejamento se veem diante de uma inversão de prioridades, sobretudo nas ocasiões em que se trata da troca de gestores provenientes de outras áreas, levando, conseqüentemente, “à falta de compreensão da complexidade do processo de implementação da política e sua importância para a gestão e formação/capacitação dos trabalhadores da saúde” (Lucas, 2019, p. 113).

Desse modo, as situações de rotatividade revelam, na verdade, uma problemática que vai além da gestão do trabalho: afeta os processos educativos, fragiliza a credibilidade entre usuários-profissionais, e o mais grave: pode provocar distanciamento das possibilidades de implementar a política de EPS.

Essa dinâmica de alterações e mudanças tem relação direta na definição da ordem de prioridades nas políticas públicas. Na definição de Dye (1972), em tudo que os governos escolhem fazer ou não fazer, os atributos estão diretamente vinculados ao planejamento. Logo, inserem-se no núcleo das disputas por demandas e por espaços de poder entre os grupos quando envolve o controle dos poderes institucionais. Portanto, além de controlar os recursos do Estado

e poderes institucionais, os governantes acabam por determinar a agenda de demandas e direcioná-las a interesses de certos grupos e organizações. Compõe-se, assim, um processo de construção e de disputa político-econômica com articulações de fora e de dentro dos governos. Os poderes públicos, afinal, visam assegurar as condições econômicas, políticas e sociais para a reprodução da sociedade e do próprio Estado capitalista (OLIVEIRA, BERGUE, 2012, p. 85).

Essa lógica de função do Estado está vinculada ao planejamento e à política em si, logo, se reproduz no interior das secretarias de Saúde, que conhecem o papel do Estado, a capacidade das instituições quanto à escuta das demandas e incorporá-las e a habilidade no desenvolvimento de um projeto político (BAPTISTA e VIANA, 2009).

Portanto, o planejamento, o processo de elaboração, gestão e implantação de políticas públicas e a sua análise remetem à forma de intervenção do Estado, do pacto social, dos interesses de poderes entre atores públicos e privados na construção de ações governamentais, o que envolve recursos e negociação. Em outras palavras, esse processo está vinculado à participação, quer seja, ao princípio organizativo do SUS, como às diretrizes da PNEPS em relação à participação social.

Ao considerar essa perspectiva de construção de política e o plano, no caso específico de EPS para o Estado de Mato Grosso, a realização das oficinas e os produtos advindos delas materializam a trajetória percorrida com montagem ou construção da agenda; a formulação da política (seu plano); o processo decisório contempla, assim, os quesitos e as fases do que se chama ciclo de análise de política que inclui a implementação e a avaliação. Trata-se de um processo dinâmico e em constante negociação, que envolve redes próprias de atores, além de sofrer influência do contexto político (BAPTISTA e VIANA, 2009).

A compreensão para organizar e estruturar planejamento e a sua execução é apontada ao se enfatizar a necessidade de análise da realidade, o que se constitui em etapas do ciclo de análise de política, no processo de elaboração e proposição de políticas onde se detectam deficiências de qualificação na estruturação da rede.

Guardadas as devidas proporções, essa problemática envolve a gestão com relação direta à condução política, pois afeta as diretrizes ético-políticas e, conseqüentemente, a implementação de programas e da própria política de saúde em si. Troca constante de gestores, pouca cultura de planejamento e limitada clareza para desenvolvimento de políticas públicas revelam duas questões de grande importância: a primeira é cultura de mercado e a segunda, a falta de uma política de recursos humanos.

Quanto ao Plano Estadual de EPS elaborado em 2018, o gestor A relata que todos os indicadores discutidos traduzem problemas relacionados a saúde mental, hanseníase,

tuberculose e saúde do adolescente. Contudo, na sua percepção, “se nós nos preocuparmos em organizar as nossas redes de atenção, a gente vai conseguir estruturar todos esses serviços”. Ao se identificar o que eles têm e suas necessidades, de acordo com indicadores, o processo de retomada, de condução, de organização e de conformidade das redes de atenção à saúde iria trazer uma visão geral daquilo que se precisa organizar nos três níveis, começando pela atenção básica, na média e na alta complexidade. É essencial fortalecer a rede, elaborar o seu desenho, linhas de cuidado. Porque, ao organizar a rede, se detecta onde estão as deficiências de qualificação e estruturação. A qualificação para boas práticas deve vir em primeiro lugar.

Ao concluir este segundo núcleo dos resultados do estudo, tratou-se do processo decisório de formulação do plano como pré-requisito para implantação da PNEPS, abordado em três subnúcleos. Foi possível demonstrar no subnúcleo do *processo de formulação do plano EPS* que a sua elaboração buscou consensos quanto a polêmicas e negociações, mas também a consulta a instrumentos e ferramentas para tomada de decisão. Todavia, conforme gestores entrevistados, tais fatores não foram prioridade.

Registrou-se, ainda, a *participação no processo de elaboração do plano* como um princípio da EPS. Contou com ampla participação de técnicos de todas as Regionais de Saúde, e os gestores entrevistados, mesmo sem participar presencialmente do processo de construção, mostraram conhecer as proposições, além de apontar potencialidades e fragilidades dos processos educativos e como reverberam na rede dos serviços de saúde.

No último subnúcleo de resultados, são apresentadas as *principais proposições de EPS*, o comprometimento dos técnicos, motivados e empenhados para promover as mudanças identificadas como necessárias. As proposições de processos educativos são carências a serem supridas, sejam essas de defasagem de informações, de habilidades técnicas, de inovação da gestão pública em consonância com as normativas que constituem o SUS, ou que a dinâmica da realidade exige. Já das proposições quanto aos problemas identificados, os gestores mostraram ter conhecimento. De igual modo, os técnicos nas oficinas referiram que há recursos no orçamento, contudo, insuficientes para investir, implementar e monitorar ações educativas.

4.3 Compreensão sobre o desenvolvimento da política de EPS

De modo a captar dos gestores a interpretação sobre o desenvolvimento da política de EPS é preciso levar em consideração os dilemas imputados à sua função, cuja atribuição

discricionária é tomar decisões sobre alocação, aplicação e destinação de recursos e demais competências que exigem se apropriar de instrumentos normativos para a definição de prioridades, para a condução da política de saúde.

Nesta subseção, a unidade de sentido está reunida nas questões norteadoras das entrevistas. Nelas, se indagou sobre instrumentos e/ou medidas que se adotam para a tomada de decisão, o desfecho nas situações de conflito para a condução das demandas relacionadas à EPS e as potencialidades e dificuldades existentes para incorporar espaços de EPS no cotidiano do trabalho em saúde. Também se descreve a compreensão captada acerca do processo de implementação da PNEPS e do plano, pelos gestores. E, ainda, a avaliação que fazem da EPS.

Com o objetivo de dar organicidade na compreensão, a subseção se divide em três momentos: um que discorre sobre apreensão por parte dos gestores entrevistados sobre o processo de implementação da PNEPS e, por consequência, o PEEPS e as iniciativas de consulta utilizadas, bem como a avaliação sobre a EPS.

4.3.1 Percepção do gestor sobre o processo de implementação da PNEPS e o PEEPS

A implementação de uma política pública tem sido debatida de várias formas, desde técnicas para estudar até administrar (PRESSMAN e WILDAVSKY, 1979).

Vista como meio de solucionar problemas, a implementação resulta da dinâmica do jogo de poder e de interesses, mas, qualquer que seja a percepção, é dever do poder público antecipar necessidades ao planejar e implementar ações de maneira a criar condições estruturais de desenvolvê-la para a garantia dos direitos sociais.

Implementação é uma etapa dinâmica em que ocorre a interação entre a determinação de objetivos e as ações empreendidas para atingi-los. Tal característica envolve fatores relativos a negociação, relações entre implementadores, capacidade de adaptação, de aceitar e acomodar imprevistos às condições políticas, econômicas e sociais, e às características da equipe de condução.

A maioria dos entrevistados, indagada da existência de um plano ou da PNEPS, diz que conhece; já para outros, há desconhecimento de plano elaborado. E ainda há aqueles que revelam pouca interação com a política instituída, com tímido envolvimento da equipe tanto local quanto da Regional da SES.

Nenhum dos gestores fez referência ao plano aprovado pela CIBMT em 2010, mas lembrou-se que ações de EPS têm sido desenvolvidas “às avessas” (*grifo nosso*): “[...] O MS atua sem passar pela Regional; há estratégias da coordenação estadual, consultores ou mediadores para trabalhar a qualificação de boas práticas” (gestor A).

Essa situação é reconhecida como desperdício da potencialidade da ação por não ter o retorno de tudo que foi empreendido, sem o feedback; ao final, fica caracterizada falta de solução de continuidade.

Demonstra-se que o processo de implementação da PNEPS fica comprometido à medida que perde sua importância e valor como prioridade na agenda da saúde, devido à frequente substituição de gestores e, também, que não há uma sistemática consistente de oferta contínua de processos de EPS: “[...] ao longo dos anos, houve alterações das gestões do Estado. Acho que assim foi se perdendo a importância desse processo de qualificação, como uma coisa permanente e continuada” (gestor A).

Ao mesmo tempo em que se evidenciam essas fragilidades, alguns gestores identificam que há processos de EPS, e essa percepção pode-se atribuir à compreensão já acumulada de alguns deles sobre EPS, e por visualizarem que elas não se vinculam de fato à PNEPS, como se fossem *uma atuação emergencial*, “o que deu pra fazer”.

Às vezes, tenho impressão que os responsáveis por essa área tentam fazer essa condução da política, iniciam um processo. Mas, por algum motivo, não fecha. Talvez fechem em alguma situação ou outra. E, às vezes, quando se fecha, se fecha – como eu falei –, é de forma pontual, de acordo com a necessidade do momento ou do que deu pra fazer. [...] Sabe aquela velha frase? “É o que deu pra fazer. É melhor do que não fazer nada”. Eu tenho essa impressão. Mas posso estar errada (gestor A).

Com essas evidências sobre a percepção da EPS que vigora no Estado, sob o olhar dos gestores, ficou evidenciado que há necessidade de investir mais, ou seja, aplicar, implementar a PNEPS e o PEEPS e integradas às redes de serviços, isto é, entrar na agenda de compromissos.

[...] fortalecer. Eu acho que tem que, de fato, programar e executar. Eu acho que é isso. Mas isso acontece dentro de uma política norteada pela gestão, conduzida pelos técnicos. E precisa ser realmente planejada e executada. Não de forma pontual como vem sendo. É entrar na programação anual. É fazer parte do rol das ações (gestor A).

Os entrevistados ainda foram indagados acerca da capacidade de a EPS promover mudanças na realidade de saúde. Disseram ser possível, mas com alguns condicionantes de outras necessidades, inclusive desenhadas na PNEPS como: “Isso pode mudar se houver

discussão técnica, alinhamento, e nos três níveis de atenção. Os temas têm que ser discutidos nas três esferas: município, Estado e União. Eu acho que é possível, sim” (gestor A).

O esforço de captar a compreensão de como tem sido desenvolvida a PNEPS, se há algum eco na realidade de saúde com a sua implementação, e mesmo do PEEPS-MT, já de conhecimento de todos.

Uma equipe devidamente qualificada, com atualização de conhecimento e incentivo às boas práticas é que promove a mudança do processo lá na assistência. Então, se não acontecer isso, não vai mudar nada. Aceite as mudanças que houver. Tudo com base científica. Deixe os achismos. Deixe a cultura interpessoal. Muitas vezes, o achismo, as culturas equivocadas e mitos influenciam lá no processo da assistência. As pessoas não têm entendimento do que é a proposta de fato. Ter um alinhamento, assim, também da proposta teórica com a prática. Porque, às vezes, o teórico é tão inatingível! O papel aceita tudo, né? E aí fica inatingível. Porque não vai de encontro à necessidade real (gestor A).

Ressalta-se, ainda, que as ações de educação permanente são executadas sem estarem estruturadas em um plano. Mais uma vez, não se adota nem a política nem o plano como ferramenta para tomada de decisão na condução da política de saúde. Ações de educação permanente ocorrem, mas sem o devido embasamento.

Eu acho que elas não estão norteadas pela própria política do Estado. Elas estão indo de acordo com as necessidades em relação ao ministério. E estão acontecendo assim. (Gestor A).

Ainda sobre as potencialidades e fragilidades do processo de implementação da PNEPS e, nela, o Plano EPS foi evidenciado com uma fortaleza:

[...] o desejo do profissional de transformar a prática cotidiana do trabalho é o mais importante. Entretanto, a fragilidade ou a dificuldade é que esses profissionais sejam ouvidos. É muito difícil o profissional que está na ponta ser ouvido; para os gestores, é difícil entender que educação é prioridade (Gestor B).

Para esse gestor, são desenvolvidos processos educativos de EPS, contudo: “Muito há que se avançar. Em Mato Grosso, temos tido muitas capacitações metodológicas que nos remetem a uma prática realmente de EPS. Entretanto, observa-se ainda um distanciamento do que é EPS” (entrevistado B).

Nota-se carência no uso ou adoção da EPS. Apesar de o discurso ser recorrente quanto a sua relevância como estratégia e como política para a mudança de prática, a compreensão acerca da potencialidade da EPS e de sua utilização como estratégia tem conotação de ser

aplicada de acordo com a conveniência e as circunstâncias da ocasião, ou seja, ao sabor do gestor de plantão. Ao mesmo tempo em que processos educativos da EPS têm sido oferecidos como algo capaz de mudar a prática, essa credibilidade não se aplica em ações como as de combate à hanseníase, por exemplo.

Desde que eu entrei na Saúde, ao longo de 32 anos, a gente vê, reiteradas vezes, mais de uma vez por ano, tendo capacitação, por exemplo, em hanseníase. E continuamos ainda como um dos estados endêmicos para hanseníase. Por que isso? Eu fico pensando que essas capacitações precisam ser mais acompanhadas e executadas do ponto de vista metodológico. Não existe também um acompanhamento, uma avaliação do impacto dessas capacitações, na prática. Muito se tem feito, mas vejo ainda muita fragilidade no impacto de transformação de práticas (gestor B).

Nota-se que nessa narrativa são apontadas preocupações que convergem para a fragilização da PNEPS, ou equívoco na sua implementação e compreensão, como: saturação da condução metodológica, que pouco colabora para mudança da realidade, visto que o Estado se mantém enquadrado como região endêmica; ações educativas denominadas EPS, mas que estão ao arrepio dos preceitos metodológicos preconizados pela política; carência de processos de monitoramento e avaliação das ações educativas que são executadas; e indicação da flutuação de trabalhadores nas SMS do interior, à medida que as capacitações de hanseníase têm sido realizadas com frequência.

Na avaliação dos entrevistados quanto à EPS em Mato Grosso, considera-se que há muito por fazer:

[...] eu diria que a educação permanente está caminhando muito mais do que em anos passados, mas ainda há um caminho muito longo a ser percorrido. Sabe? Eu acho que a partir de investimento de capacitação para gestores, sobretudo, para que eles entendam essa necessidade educativa na Saúde, as coisas vão começar a melhorar um pouco mais. Acho que nós temos muito a caminhar ainda (gestor B).

Dada a característica peculiar da PNEPS, de exigir conhecimento da realidade e que as suas proposições sejam participativas, há fatores relativos na negociação e relações entre implementadores. Assim, quanto a possibilidades de negociação nos processos de planejamento das ações educativas, as respostas afirmativas foram complementadas fazendo referência às reflexões conjuntas dos colegiados.

[...] A reflexão conjunta proporciona uma possibilidade maior de você fazer com que o gestor entenda como necessário. Porque é uma força que é muito pouco utilizada. E a educação permanente deve entrar como discussão, não como informe. É uma questão que me incomoda profundamente pensar que sempre, nas reuniões colegiadas, a Educação Permanente entre como informe.

Não. A educação permanente tem que entrar como reflexão, como discussão, como proposituras (participante B).

Todavia, negociação sempre acaba implicando em concordâncias e discordâncias:

Vão sempre existir conflitos em qualquer relação, seja ela educacional ou de outra categoria. Os conflitos normalmente acontecem quando entra a questão financeira. Talvez, se a gente investisse mais em educação, essa pessoa vítima que estaria morrendo, esse cidadão, não estaria neste estágio, porque muita coisa poderia ser feita anteriormente. Então existe sempre a colocação de que a vida, a saúde está acima das prioridades educativas. Mas temos muita dificuldade porque estamos lidando com vida realmente. [...] Tem que definir prioridades. E a gente vai optar pela vida (gestor B).

Ainda sobre avaliação e o valor que se atribui à PNEPS, na resposta ficou explícito que, com ela, o plano elaborado está carregado de desafios que se entrelaçam em arcos envolvendo o debate sobre a concepção da política; seu reposicionamento como prioridade no âmbito do SUS; as definições orçamentárias; e a condução da política e dos processos educativos que exigem metodologias específicas.

Eu queria colocar a importância de uma equipe que trabalha educação permanente de forma integrada, harmônica, sabe? Uma equipe que realmente tenha a educação como prioridade. Porque até para nós, profissionais da Saúde, é preciso entender essa questão da prioridade e do trabalho em equipe. Mesmo nos nossos microespaços de trabalho. Uma andorinha não faz verão, a gente precisa buscar forças e discutir, refletir e tomar lugar nos espaços colegiados. Isso falta pra educação permanente. Pronto! (Participante B).

Com a realização das oficinas motivadas pela Portaria GM nº 3194/2017, que favoreceu a proposição e elaboração do plano com os desdobramentos, pode-se atribuir reposicionamento da EPS como prioridade, na sua perspectiva macro, com o plano elaborado e, também, corrigir e incrementar os processos educativos e contribuir com a mudança da realidade de saúde.

Contudo, em condições micro, ou seja, o que se desenvolve no âmbito local e operacional para materializar o plano de EPS, observou-se, pela narrativa de um gestor, que essa tarefa não figura na linha das grandes prioridades, apesar de ter sido recorrentemente apresentada como uma peça necessária.

O Plano Estadual não está sendo executado infelizmente, o que traz descrédito após todo o processo de elaboração. Precisa ser respeitado esse plano e que a partir daí se construa uma política de EP com a cara de Mato Grosso. Portanto, avançou-se no debate, na discussão, tem-se um produto, avançou-se na esperança de dias melhores para a EPS, mas não na prática, porque continua fazendo nos moldes anteriores (entrevistado C).

Observou-se que mesmo com o debate acerca da elaboração do plano como instrumento normativo que define atribuições, há falta da definição dos papéis de cada unidade de saúde, logo, tem sido insuficiente para embasar a política de EPS no Estado.

Ainda que todos os segmentos do sistema saibam da existência da PNEPS e da disponibilidade de recursos, há dificuldade para desenvolver ações educativas, isto, quando não há indiferença ou omissão de apoio por parte de algumas áreas técnicas com função estratégica no processo de estruturação da rede de serviços.

Em síntese, observou-se que a maioria dos gestores conhece a PNEPS, entretanto, nem todos têm conhecimento de que haja uma política de EPS elaborada na sua área de governança. Assim, as ações educativas, quando se desenvolvem genericamente, procuram seguir as diretrizes da PNEPS.

Para aqueles que identificam a política na sua esfera de governança, há pouca interação no sentido de execução, como envolvimento coletivo. Logo, as ações de EPS (na conjuntura de saúde daquele período da pesquisa), mesmo consideradas relevantes, se mostraram tímidas, apesar de ser uma estratégia de resolução de problemas na rede de serviços. Sua força como política ainda é insuficiente à medida que a execução das ações tem se dado de maneira pontual, não compondo, assim, o cotidiano das atividades, ou seja, como política, revela pouca interação.

Sobre essa inexpressiva atuação da ESP, argumenta-se apontado fatores como o grande volume de demanda por ações educativas, a burocracia institucional para atender tais necessidades ante a pequena e centralizada oferta na sede da escola, além de se materializar tardiamente, ou seja, as ações ocorrem depois de transcorrido o tempo oportuno de realizá-las.

A pesquisa documental identificou plano de EPS aprovado pela CIB em 2010, e esse feito não foi mencionado por nenhum gestor. Mas se referiram a planos municipais e regionais (PAMEPS e PAREPS) os quais eles têm por bússola ou, mesmo, peça normativa para constar na lista de exigências do MS, para “cumprir tabela”.

Cabe enfatizar o dilema entre o que se tem desenhado no plano e a atuação do MS com ações educativas, já que este atua sem consenso com as coordenações estaduais das áreas técnicas da SES; na verdade, faz interlocução direta com a SMS. Essa situação é reconhecida como aspecto que dificulta ao desperdiçar a potencialidade tanto da ação quanto da equipe. Dizem os gestores que muitas vezes os empreendimentos ficam sem retorno, a participação do MS é pontual, caracterizando falta de continuidade nas ações.

Entre as fragilidades apontadas, está a frequente substituição de gestores (favorece a perda de valor da EPS na agenda de prioridade) e a frágil sistemática em aplicar e desenvolver

os processos de EPS; as ações de EPS são mais consistentes entre os gestores com mais experiência enquanto técnicos do SUS prioridades.

Pelo fato de ações de EPS serem executadas sem estar inclusas na estrutura de um plano, não são adotadas como ferramenta para tomada de decisão na condução da política de saúde. Logo, é preciso investir para que a PNEPS e o plano sejam incluídos na agenda de compromissos. Há forças significativas, como o desejo de trabalhadores do SUS em transformar a prática, porém alegam que são pouco ouvidos pelos gestores.

4.3.2 Consulta a instrumentos e ferramentas para tomada de decisão

Todo dirigente, como premissa geral, compreende bem os objetivos de sua organização e se julga apto a alcançá-los. Essa racionalidade, embora válida, é insuficiente para responder ao dinamismo da vida organizacional como uma Secretaria de Saúde. De algum modo, o dirigente (gestor, gerente) é parte do processo de tomada de decisão e seu comportamento é influenciado por fatores internos e externos à organização a que pertence.

A decisão sempre implica em uma escolha para enfrentar o problema e conduz a outra situação, que pode exigir novas decisões. Ou seja, o processo de tomada de decisão pode ser definido como uma sucessão de etapas que levam a decidir e garantem sua implementação (CALHAO, 2008). A sucessão de etapas não ocorre de modo linear e sistemático, na verdade, contraria a própria lógica racional, antecedente; pode ser ou não calculada e é permeada por um conjunto de fatores: motivação dos profissionais e também dos gestores, superação da burocracia (ou da centralização excessiva), entre outros, que interferem na definição de prioridades e na tomada de decisão.

Observa-se que o uso de ferramentas para tomada de decisão está envolto em controvérsias permeadas pela legalidade e prioridades determinadas ao gestor, motivadas pelo cotidiano da saúde ou pelo interesse político do governo de plantão.

O acesso a recursos e a adesão a programas têm sido determinações legais, que exigem dos gestores a tomada de decisão para condução da política de saúde, no sentido de obter financiamentos, buscar instrumentos como diagnósticos da situação, nos relatórios de gestão e das conferências, e nos indicadores.

A definição de prioridades para tomada de decisão implica em optar entre temas urgentes, entre a improvisação e o planejamento, tendo o tempo e o foco da atenção como recursos escassos (MATUS, 1996). Logo, o planejamento é compreendido como um cálculo

situacional que precede e preside a ação, projetando o futuro com imaginação a partir das possibilidades que sejamos capazes de descobrir.

A consulta a instrumentos e ferramentas é uma das estratégias indicadas pela PNEPS visando responder a questões convergentes, como a de considerar as especificidades regionais para facilitar a superação de desigualdades.

Os gestores entrevistados disseram utilizar comumente essa consulta a instrumentos para tomada de decisão. Por exemplo: o gestor **A** falou do respaldo técnico e legal: “Já é um hábito nosso fazer alinhamento técnico pra todo tipo de decisão, de parecer, de relatório”. E o participante **H** reforçou essa posição: “Temos as portarias norteadoras da atuação da Escola de Saúde. Existe a burocracia das normas vigentes. Não só da secretaria, mas também as que vêm por orientação tanto do MEC quanto do Ministério da Saúde no que diz respeito, por exemplo, à realização de residência em nossos hospitais, estágios supervisionados etc.”. Já o participante **H**, reforçou a necessidade de se fazer os cursos de capacitação: “Eu vejo a necessidade do município. Se o funcionário for de carreira, a gente pede pra o atendimento da formação dele. Às vezes a pessoa já tem esse curso, aí não há necessidade de fazer”. Portanto, os gestores convergem nessa afirmativa de consulta no tocante à gestão para tomar decisões. Fazem referência aos planos municipais e regionais, aos relatórios de gestão e indicadores que apontam as áreas mais prementes para se investir em processos educativos.

Mesmo que este estudo tenha se proposto a captar a percepção do gestor, vale registrar que desdobramentos e produtos das oficinas podem ser tidos como uma facilidade à consulta aos instrumentos que regem o sistema de saúde. Os destaques das áreas mais descobertas de iniciativas de EPS foram elencados em todos os âmbitos que constituem a vigilância à saúde com indicadores e proposições de ações de EPS. Portanto, a conduta de consultar relatórios, indicadores, diretrizes de conferências entre outros instrumentos e ferramentas de gestão, fundamentou e favoreceu constituir um elenco de prioridades para que o Estado, juntamente com os entes municipais, desencadeie processos de EPS, com vistas a suprir as deficiências e carências no desenvolvimento profissional para assistência à saúde da população.

A prática de consultar instrumentos e ferramentas existentes é uma das estratégias indicada pela PNEPS, que envolve distintas questões que se converte entre si como a premissa de considerar as especificidades regionais, como medida de superação das desigualdades regionais, cujas informações estão destacadas nos instrumentos de gestão e demais documentos de consultas.

Segunda questão: é atribuição dos colegiados de gestão construir coletivamente e definir o plano de ação a partir das diretrizes nacionais, estaduais e municipais para educação na saúde,

logo, precisa ser participativo e ascendente como preconizam os princípios da EPS, uma vez que os colegiados de gestão são instâncias de pactuação permanente e cogestão solidária e cooperativa (BRASIL, 2007a, p. 2).

E a terceira é admitir que a EPS parte dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração o conhecimento e a experiência das pessoas. A Portaria GM MS nº 1996/2007 estabelece que a educação dos trabalhadores da saúde se faça com a problematização do processo de trabalho, logo, é preciso garantir que o desenvolvimento deles seja pautado pelas demandas da sociedade, visto que os processos de EPS têm como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2007a, p. 9).

Desse modo, importa realçar a coerência entre prática de consultar instrumentos e adotar ferramentas para tomada de decisão com as diretrizes e estratégias apontadas pela PNEPS para o desenho de uma gestão participativa nas ações da educação na saúde; e para o fortalecimento das instâncias gestoras, do controle social e dos compromissos indicados no Pacto pela Saúde.

Destaca-se que o encadeamento dessas estratégias se fundamenta em suprir uma velha problemática do MS e que, na PNEPS, se apresenta como uma proposta

... de ruptura com a lógica da compra e pagamento de produtos e procedimentos educacionais orientados pela oferta, e demandas por mudanças e melhorias institucionais baseadas na análise de processos de trabalho, seus problemas e desafios (BRASIL, 2007a, p. 9).

Logo, essa estratégia indica que as demandas para formação e desenvolvimento dos trabalhadores no SUS não sejam definidas somente a partir de uma lista de necessidades individuais e atualização e da capacidade de oferta e expertise de uma instituição de ensino, mas que se considerem prioritariamente os problemas cotidianos referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho. Há, portanto, um movimento necessário de distintos envolvimento: entre entes federados; entre os trabalhadores aos quais se destinam as proposições de EPS, e o conhecimento da realidade de saúde que, por si, também tem seus espaços de representação e participação, para assim dar visibilidade às necessidades de EPS de uma dada localidade.

Portanto, essas estratégias devem considerar, sobretudo, os problemas cotidianos referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho, envolvendo a União, estados e municípios e os trabalhadores aos quais se destinam as proposições de EP.

Entretanto, observa-se que, mesmo contida no discurso dos gestores, a consulta às peças orçamentárias e a instrumentos de gestão é feita. Ao mesmo tempo, quanto à compreensão da prioridade de EPS na gestão, nota-se que no cotidiano a realidade é outra à medida que os recursos disponibilizados são irrisórios para o tamanho da tarefa de EPS a ser desenvolvida, se

conferir com as diretrizes apontadas na PNEPS. Os recursos e investimentos, quando existem, concorrem com as necessidades emergentes e urgentes da situação de saúde da população.

Pelo fato de a PNEPS não ser prioridade de gestão até hoje, decorridos mais de 15 anos de sua implantação, ações de EPS entram na agenda apenas quando encadeadas com medidas assistenciais, como tem ocorrido durante a pandemia de covid-19.

A pandemia inicialmente implicou em uma paralisação geral das atividades presenciais. Com isso, muitas ações previstas em plano foram suspensas, voltando, com mais segurança em meados do segundo semestre de 2020, quando as atividades presenciais foram sendo retomadas, ainda que intercaladas com trabalho remoto ou teletrabalho. Mesmo porque, muitos trabalhadores de saúde adoeceram, seja em função de ter sido infectado e suas sequelas, seja devido as consequências do isolamento e tensões provocadas pela pandemia. Situação que levou a SES-MT, instituir, por meio do decreto nº 947 de 20 de maio de 2021, SES-MT instituiu (MATO GROSSO, 2021b) o Programa Especial e Estratégico de Instrumentalização da Saúde (P.E.E.I.S.) (anexo II), para ofertar Atenção em Saúde Mental e Apoio Psicossocial aos trabalhadores da saúde que atuam na linha de frente de combate à Covid. Nesse sentido, outras unidades de saúde estadual, municipal e/ou consorciados também foram contempladas, mediante declarada intenção da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá em aderir ao programa, que se mantém até os dias atuais fazendo atendimento (TEIXEIRA et al., 2020).

Decerto, o cenário pandêmico impõe exigências aos gestores das secretarias de Saúde e de seus trabalhadores no desenvolvimento de habilidades técnicas para lidar com a situação, agravada tanto pelo desconhecimento científico como pela limitação de contatos presenciais. Pois, no desenvolvimento de processos educativos, é essencial a participação ativa, logo, a presença física para absorção de conteúdo.

Em função dessas circunstâncias limitantes, a SES-MT, universo pesquisado, tem desenvolvido atividades educativas pontuais, para responder a necessidades emergenciais e na modalidade a distância, remota, a partir da exploração das redes de comunicação com uso de tecnologias de informação.

Assim, se pode dizer que esse tempo de pandemia trouxe algo de “bom”: incentivar que todos se voltem à literatura, a pesquisas, ou seja, voltem a estudar para desenvolver suas atribuições técnicas específicas e para as políticas de orientação, formação de opinião e conduta, a fim de para combater a disseminação do vírus.

Dispositivos estabelecendo normas foram publicados (portarias, decretos, resoluções, editais), orientação quanto a medidas de isolamento, teletrabalho ou de distribuição de imunizantes; disponibilidade de leitos clínicos de retaguarda e UTI; prevenção e vigilância

epidemiológica, plano de contingência estadual para infecção humana pelo novo coronavírus (já em sua 10ª versão); regulamentação de aplicação de recursos financeiros oferecidos pela União.

No âmbito da educação permanente, houve ainda iniciativas administrativas e políticas, com destaque para as publicadas em Diário Oficial do Estado, e com o envolvimento da ESPMT-SES/MT (em geral, na coordenação), tais como:

- Edital e realização de processo seletivo unificado para oferta de vagas de residência médica, em 2021 e, agora em janeiro de 2022.
- Banco externo de especialistas, mestres, doutores da ESPMT/SES-MT, para o desenvolvimento de atividades de magistério, supervisão, tutoria, monitoria, conteudista, coordenação de cursos entre outras atividades afins, nos processos educativos no âmbito da ESPMT/SES-MT de interesse do SUS.
- Edital de seleção para constituir banco de colaboradores externos para o desenvolvimento de atividades relacionadas aos processos educativos, agosto/2021;
- Aprovação da proposta do curso profissional técnico em órtese e prótese (agosto/2021);
- Aprovação da reprogramação de recursos para os cursos de formação profissional (jul. /2021);
- Recredenciamento da ESPMT/SES/MT para oferta de curso de pós-graduação Lato Sensu pelo Conselho Estadual de Educação (jul. /2021);
- Seleção externa de tuto, docente e consultor para cursos de qualificação para profissionais da APS para o dimensionamento da força de trabalho- Quali Dimensionamento/APS-MT – modalidade EAD e presencial;
- Qualificação dos técnicos dos ERS para desenvolvimento das ações de monitoramento e avaliação da APS, em cooperação com áreas de atenção à saúde;
- Cooperação técnica com instituições de ensino, na oferta de estágio obrigatório: desenvolver práticas curriculares conjuntas (enfermagem-medicina-psicologia entre outros), além de prestar e oferecer assessoria, consultoria, cursos de formação e qualificação, cooperação técnico-científica para elaboração de programas e políticas de atenção à saúde (novembro/2021).

Ultimamente, com o recrudescimento de contaminação de Covid-19 devido à nova variante (*ômicron*), o Estado implantou o regime de revezamento presencial com teletrabalho (20/01/2022), medida de segurança para os trabalhadores manterem suas atividades sem que haja solução de continuidade das ações em curso.

Quanto ao fortalecimento de práticas educativas, houve o redirecionamento para ESP-SES/MT, como centro formador, passando a ser referência na condução Política EPS, assumindo para si a gestão da CIES estadual, reestruturando-a com equipe que passou a dimensionar suas tarefas, a começar com reativação de algumas regionais. Por sinal, medida inclusa no artigo 18 da Portaria nº 638/2021 (anexo III) estabelece:

[A escola] desenvolverá atribuições de gestora da Política de Educação Permanente em Saúde, em conjunto com as CIES (Estadual e as regionais), na elaboração das diretrizes técnicas e operacionais para os Núcleos de EPS com vistas a fortalecer e promover, de modo transversal e integrado à Política de Educação Permanente em Saúde no Estado.

Com a edição da Portaria nº 638/2021 (23/8/2021) em Diário Oficial do Estado, nota-se que outro aspecto que a pandemia acelerou foi a constituição de Núcleos de EPS (NEPS) nas unidades de saúde. Algumas já estavam constituídas e assim passaram a ser referência para impulsionar novos núcleos. Além disso, houve a instituição de NEPS, que devem ser implantados em todas as superintendências e diretorias do órgão estadual, hospitais regionais e unidades especializadas.

Essa normativa é mais uma estratégia de fortalecer o SUS, para o desenvolvimento de processos de trabalhos e dos servidores da SES por meio da EPS. Nessa portaria constam as diretrizes para implantar o NEPS, princípios, objetivos, estruturação e as competências: como planejar, executar, monitorar e avaliar os processos educativos, baseados com os objetivos indicados na PNEPS. Ainda coube à ESP/SES-MT desenvolver atribuições de gestora da Política de Educação Permanente em Saúde, em conjunto com as CIES. O escopo é fortalecer e promover de modo transversal e integrado a essa política em Mato Grosso (MATO GROSSO, 2021a).

Ainda que não se saiba como se desenvolveu o processo de elaboração dessa portaria, o *modus operandi* adotado seguiu as diretrizes apontadas pela PNEPS. Foi precedido de debates, segundo os princípios da PNEPS, entre as comissões e as lideranças das unidades-alvo para implantar os núcleos? Não encontramos registro do processo de elaboração dessa portaria.

Todavia, a partir dela, há ofertas de atualização, qualificação, especialização e mestrado aos trabalhadores da SES, logo, cumprindo a sua missão de centro educacional do SUS. E, principalmente, com a vigência dessa portaria, ela assume mais uma função desafiadora que é a responsabilidade da gestão da PEPS e suas atribuições na Comissão de Integração, Ensino Serviço (CIES Estadual), tarefa essa indicada na PNEPS como uma competência da CIB.

Ao abordar a realidade de São Paulo, estudo de Silva (2013) aponta que o protagonismo da política e sua implementação não foram dos Colegiados de Gestão e tampouco das Cies(s), como preconizado na PNEPS. Esse papel foi assumido pelos Centros de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS (CDQS) e os NEPS, instâncias próprias do Estado, como a Escola no caso de Mato Grosso. Portanto, uma nova formatação, distinta às indicações postas na PNEPS, e como tal, passa a produzir uma nova contextualização da política.

Na verdade, a iniciativa da ESP-SES/MT em assumir a gestão da Política de EPS se trata de uma medida já adotada por outras secretarias. Estudo realizado por Lemos et al. (2020) registra que desde 2009 a Escola de Saúde Pública (ESAP) assume o planejamento e a estruturação dos processos de EPS. O Estado de Goiás, desde 2009, acumula experiência e por certo dispõe de melhor estrutura para condução dos processos de EPS. E Mato Grosso, a partir de 2021, formalizou em ato público e passou a estruturar a Escola para assumir a atribuição de condutora da política.

Estudo de França (2017) apontou das 27 SESs do país, 20 dispõem de setor específico de EPS em sua estrutura organizacional, e a de Mato Grosso figura entre as sete que ainda não têm. Todavia, de acordo com a autora, tal ausência não inviabiliza a existência de ações de EPS, visto que as mesmas são realizadas por áreas técnicas, com envolvimento de diversos setores, em cenários diferentes. Em Mato Grosso a ESPMT/SES-MT, é um desses cenários.

Apesar da alteração de a referência e gestão deixar de ser a CIB/CIES-Estadual, passando para a ESP (não levando em conta orientações da PNEPS), observa-se a grande relevância do interesse da ESP, que tem assumido o protagonismo para incluir a EPS na pauta dos gestores e dos debates para condução da política de saúde no Estado.

Portanto, a institucionalização dos NEPS como orientação política institucional é mais uma via para fortalecer o trabalho já realizado e, por consequência, aprimorar ainda mais a assistência prestada aos usuários dos serviços em saúde.

Apesar de os princípios que estruturam a PNEPS terem sido desenhados desde a Reforma Sanitária Brasileira, na década de 1980, a percepção conceitual de EPS é frágil, se observadas as respostas dos gestores quanto a demandas de situações de saúde que se arrastam há muito tempo. Esse é o caso, por exemplo, da hanseníase, destacada pela maioria dos gestores, com o Estado de Mato Grosso se mantendo como região endêmica⁹⁰ há mais de duas décadas. Essa realidade se mostra no Plano Estratégico de Enfrentamento da Hanseníase (2018-2020). E ainda sendo diagnosticada em seu estágio tardio, resultando em incapacidades funcionais e deformidades físicas, perpetuando o ciclo, pois Mato Grosso detém as maiores taxas de detecção da doença no país e, por esse motivo, é reconhecido como hiperendêmico.

Entre as estratégias possíveis para a redução da carga da hanseníase no Estado tem-se o diagnóstico precoce da doença. Para tanto, tem havido grande esforço, especialmente na

⁹⁰ Análise do MS mostrou que Mato Grosso, juntamente com Tocantins, Rondônia, Pará e Maranhão, pertence a uma área de alto risco de transmissão persistente de hanseníase (VER. BRAS. EPIDEMIOL. Out. /Dez. 2017; 20(4): 702-713). Análise da situação epidemiológica da hanseníase em uma área endêmica no Brasil: distribuição espacial dos períodos 2001- 2003 e 2010-2012. Lúcia Rolim Santana de Freitas, Elisabeth Carmen Duarte, Leila Posenato Garcia.

atenção primária, com um trabalho de qualificação das equipes. E, mesmo com a execução desse plano, o esforço de promover capacitação de EPS para trabalhadores ainda é uma das grandes preocupações dos gestores. Esse plano elaborado pela SES, em conjunto com o COSEMS, é legitimado como um plano de Estado por meio do cumprimento de uma extensa agenda de capacitações voltadas ao diagnóstico e enfrentamento da doença em vários pontos estratégicos do Estado.

4.3.3 A avaliação sobre EPS

Os gestores expressam-se a partir da dificuldade ou impossibilidade de executar o planejamento. Este obedece a um processo dinâmico e constante que envolve desde a construção da agenda até implementação e avaliação (BAPTISTA e VIANA, 2009). E é nessa etapa, a de execução, que se observa a frustração de alguns gestores, tanto pela não execução do planejado quanto pela conduta profissional de se basear no planejamento como elemento norteador.

[...] A Assessoria de Planejamento não funcionava na secretaria. Era tímida. Hoje eu trouxe a Assessoria de Planejamento pro primeiro plano. Não faço nenhuma medida sem antes passar na discussão do planejamento e conselho – gestor D;

[...] Evidenciar a necessidade de planejar é importante na execução da política, tanto pelas atribuições que estão esquematizadas como o desenhado nas diretrizes da PNEPS. Entretanto, há necessidade de *investir mais para fortalecer* – gestor A.

O desafio, portanto, é planejar e implementar a política em âmbito regional, por meio de gestão participativa e colegiada, com descentralização e negociação democrática sustentadas nas necessidades locais (FRANÇA et al., 2017, p. 73).

Na definição da EPS e sua avaliação, destaca-se a disparidade entre o dito e o feito, o compreendido e o assimilado como resposta em ato no cotidiano do trabalho: “Existe um discurso muito forte com relação à Educação Permanente e uma fragilidade quando a gente avalia as ações e, sobretudo, o impacto dessas capacitações no cotidiano. Incorporar processos educativos na Saúde é ainda um desafio” (gestor B).

Essa compreensão assume proporções maiores na medida em que, na percepção do gestor, promover mudanças na saúde implica em comprometimento coletivo:

[...] pra se ter a educação permanente é preciso ter uma equipe gestora adepta a esse modelo. Porque ele é participativo, te permite construir, reconstruir, fazer coletivamente. E a cultura institucional (e ela está se fortalecendo mais ainda nesta gestão) é no sentido de fechar e não de abrir. Então, acho difícil. E sei de um trabalho no CRIDAC, no Hemocentro, de boas experiências em município. De processos educativos a partir da equipe local (muito mais um esforço técnico do que institucional). Pra mim, a política tem que ser nova, o Plano Estadual hoje precisa ter esse desenho. Hoje (entre 2019 e 2020), vejo que esse debate é incipiente (gestor C).

Em relação ao comprometimento no âmbito estratégico, tático e operacional para se implementar a EPS como estratégia para promover mudança da realidade de saúde, evidenciou-se a valoração e o esforço na sua implementação: “A educação permanente permeia todas as outras áreas. Então, ela é tão importante. E a gente sabe que nem sempre ela é vista como como tarefa nº 1. Mas eu estou muito mesmo empenhada pra que a gente possa trazer bons frutos” (gestor F).

Na avaliação dos gestores, para se implementar a EPS como política deve haver ambiente de aprendizagem, aprimorar os processos de trabalho (gestor G). Ao contrário, em Mato Grosso se constata que a privatização prejudicou a PNEPS.

[...] Na verdade, de uns 15 anos para cá o governo terceirizou a responsabilidade para Organizações Sociais de Saúde. Se tivesse servido para importação de tecnologia e competência, modernizar a saúde, ótimo, mas não aconteceu. O controle e a avaliação foram totalmente destruídos. E aí, pra quem terceirizava, não havia nenhum interesse de oferecer educação permanente aos seus servidores. Os servidores de carreira praticamente foram aliados do processo, colocados à disposição, encostados nos Escritórios Regionais. Então foi um atraso de vida substancial nos movimentos. E isso não se corrige do dia para a noite (gestor E).

Quanto à avaliação em âmbito municipal, os gestores veem a EPS como:

[...] muito ativa, mas nós precisamos ter um sistema de gerenciamento dela. Não há dentro da Secretaria de Saúde uma sala de planejamento, pessoas que fazem os registros, para efetivamente elaborar, acompanhar, aplicar, fazer os contatos [...] porque sem organização e planejamento a gente não consegue. Mas a gente conseguiu muita coisa, só que precisa organizar mais o setor na Secretaria de Saúde (gestor J).

Observou-se, pelas respostas dos gestores que o *modus operandi* adotado para elaboração do plano seguiu as diretrizes apontadas pela PNEPS. Tem-se reconhecido a importância da EPS como uma política permite estabelecer ambiente de aprendizagem, estudar e aprimorar os processos de trabalho e, por esta trazer informações que não se identificam em outras peças, como relatórios, entre outros documentos (a proposta do plano é avaliada como um retrato da realidade de saúde). Entretanto, em Mato Grosso caminhou-se na direção

contrária, com a privatização ocorrida, situação essa que acabou por distanciar o acesso a essa aprendizagem e, logo, de implementar a PNEPS, o que expressa ser uma política fora da agenda de prioridades dos governantes, portanto, não é ferramenta pautada na tomada de decisão.

A percepção da EPS entre gestores é diversa, a depender da vinculação destes com o SUS, acumulada pelo tempo de experiência e formação na área. Todavia, convergem quanto à importância dessa política para a melhoria nos serviços de saúde.

Notou-se também que mesmo tendo a EPS status de política, com seu plano desenhado, os gestores atribuem sua inclusão na agenda do processo de tomada de decisão muito mais pelo empenho dos trabalhadores envolvidos e comprometidos com suas políticas do que pela participação direta dos gestores. A limitada evidência da EPS no cenário do SUS pode ser atribuída ao fato de não haver orçamento específico e as ações de EPS ficarem sufocadas e concorrer com outras demandas emergenciais, o que foi visualizado, em especial, nos últimos dois anos de pandemia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como já referido, o objeto deste estudo é implementação da PEPS no período de 2017 a 2019, que vem sendo desenvolvida pela SES-MT. E teve como objetivo principal analisar o processo de implementação da EPS, a partir da formulação e execução do Plano Estadual de EPS sob o olhar dos gestores, de modo a mais bem compreender o processo de formulação e execução do Plano Estadual de EPS de Mato Grosso. Procurou saber como gestores tomam suas decisões e com base em quais evidências, para a execução da política de EPS, além de identificar as iniciativas para consolidar a formulação da política de EPS.

Identificou-se que as ideias e propostas acerca da EPS partem de iniciativas institucionais (caso de organismos nacionais e internacionais como os ministérios da Saúde e da Educação, e o Banco Mundial); e, também, por reflexões baseadas em concepções de educadores a partir dos anos 1960 e continuam atuais.

Nesse contexto, as propostas de promoção à saúde exigiam reformulações no setor de formação, trazendo outros conceitos para o processo de formação profissional. A proposta da EPS se apresentou como possibilidade de o país poder superar entraves históricos no campo da saúde. Assim, em 1984, instituiu-se o Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos na região das Américas; também foram desenvolvidos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) e Atenção Primária em Saúde tendo como característica a descentralização dos serviços. Foram iniciativas visando dar cumprimento à meta da OMS *Saúde para Todos nos anos 2000* (SPT/2000).

A reorientação teve por base a apropriação da educação permanente, distinguindo-a de ensino em serviço e educação continuada, tomando a EPS como forma de tornar a gestão de pessoas capaz de preencher as lacunas dos serviços.

Nesta perspectiva, o termo EP passa a integrar a agenda de diretrizes da OPAS/OMS, numa dimensão política, crítica e reflexiva. Todavia, mesmo mudando conceitualmente, a educação parece não se apresentar como estratégia emancipatória.

No Brasil, a partir de 2004 a EPS assume *status* de política com a Portaria/GM nº 198, conforme preconizado na Constituição Federal de 1988, que normatiza em seu artigo 200 a responsabilidade do Estado em ordenar a formação de seus trabalhadores. E segue se aprimorando com a edição da Portaria/GM nº 1996/2007, de acompanhamento da organização e reestruturação do SUS e lhe conferindo relevância à medida que a formação e o desenvolvimento profissional dos trabalhadores do sistema se aprimoram.

Transcorridos dez anos, em 2017, a EPS é impulsionada com a Portaria GM nº 3.197, que alavanca o debate ao entrar na agenda dos gestores com destinação de recursos financeiros para os estados brasileiros. Em Mato Grosso, dos 149 municípios, aderiram 123 com incentivos financeiros, resultando em um fomento da ordem de R\$ 1.457.000,00, com a participação no Programa para o Fortalecimento das Práticas de EPS no SUS, cuja finalidade imediata foi a elaboração do Plano Estadual de EPS para o SUS-MT e a execução das ações nele desenhadas em cooperação com os ERS, ESP/SES-MT entre outros órgãos e entidades a serem articuladas e viabilizadas pelas secretarias de Saúde.

A pesquisa documental apresentada nesta tese busca identificar a disposição da equipe técnica da SES-MT em alocar recursos disponibilizados com a adesão à Portaria GM nº 3194/2017, levando-se em conta a necessidade de estruturar sua política de desenvolvimento profissional em consonância com a política de saúde do Brasil. Observou-se grande número de CIES inativas e demandas em relação a cursos paralisados e recursos não aplicados devido a exigências administrativas e burocráticas do governo do Estado de MT, este, comprometido sobretudo na última década com processos como a contrarreforma da Previdência ou exigências do agronegócio, via políticas de renúncia fiscal, cuja consequência direta é a perda de receita das políticas de saúde e de educação.

O fomento financeiro e o processo para elaboração ampliaram expectativas mobilizando gestores e técnicos empenhados na realização das oficinas, uma vez que houve a retomada do debate da EPS como ferramenta para superar dificuldades.

Em Mato Grosso, a pesquisa demonstrou que a adesão à Portaria GM nº 3499/2017 e a realização das oficinas, com cerca de 450 participantes, foram propulsoras de motivação para o compromisso com a EPS, já que houve interlocução simbiótica entre a ESP-MT e a DEGES-MS, as SMS e SES e seus trabalhadores. Com efeito, esses têm buscado atuar a partir dos princípios da EPS, envolvidos no planejamento, programação, execução e avaliação das ações de elaboração do PEEPS.

Direcionar o Plano Estadual de EPS ao MS, especificamente ao CONASS, com a Resolução CIB-MT *ad referendum* nº 08, de 21 de janeiro de 2019, é uma das principais ferramentas que apontam as necessidades de processos educativos e em certa medida neles vislumbram a conjuntura política e econômica do sistema de saúde no estado. E isso evidencia o quanto se torna urgente a implementação da Política de EPS, além de colocá-la em evidência no cenário estadual quanto à política e ao plano de ação.

Os resultados da pesquisa foram organizados e apresentados em três eixos: 1 - o conceito de EPS dos gestores; 2 - o processo decisório de formulação do plano estadual; 3 - a

compreensão sobre o desenvolvimento da política de EPS. O primeiro abordou a compreensão que os gestores têm acerca da EPS, e que é tomada no âmbito do SUS, nos seus marcos normativos, como conceito pedagógico, para efetuar relações orgânicas entre ensino, ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde.

Neste primeiro eixo, observou-se em todo o percurso – desde a fase de elaboração do plano, dos registros no relatório das oficinas, bem como dos gestores entrevistados – o reconhecimento dos processos educativos oferecidos como uma possibilidade de promover mudanças da prática cotidiana de trabalho. Logo, pode-se inferir este reconhecimento do potencial da EP para promover as mudanças nas práticas profissionais.

Entretanto, isso não homogeneiza as percepções dos gestores-participantes da pesquisa. Um primeiro grupo acentuou a importância da EPS, demonstrando compreensão da concepção coerente aos princípios do SUS e ao que institui o marco normativo, demonstrando uma vinculação mais orgânica com a política, o que, conclui-se, pode ser atribuído a trajetórias profissionais advindas da formação nas áreas de educação e saúde coletiva. Conforme esse grupo de gestores, o reconhecimento da importância da EPS como espaço estratégico requer compartilhamento do conhecimento entre os sujeitos e exige para sua implementação a cooperação com outras políticas. Ou seja, na opinião desses gestores entrevistados, a EP volta-se invariavelmente ao desenvolvimento de mecanismos que promovam mudanças nas práticas profissionais, com ênfase na interferência na realidade social. Essa compreensão é a que mais se aproxima da concepção e dos princípios delineados pela PNEPS..

Já o segundo grupo de gestores concebe a EP como ação contínua que precisa permear todas as ações de saúde com envolvimento interdisciplinar e multidisciplinar, mas reconhecendo a pouca experiência, inclusive no engajamento como gestor. Na argumentação dos gestores, a rotatividade e a pouca experiência acumulada interferiram, ficando presos ao discurso formal, sem mostrar uma noção mais enraizada na política e na sua trajetória de construção, como se observou no primeiro grupo.

O afastamento dessas duas percepções abre o terceiro grupo, que concebe a EP como ações de repasse de informações, treinamentos, humanização de atendimento ao público, ou seja, uma estratégia para desenvolvimento de competências, habilidades, destrezas e estímulo de modo a formar o trabalhador para a máquina produtiva.

Quanto à falta de familiaridade com a temática, observou-se que tais gestores provêm de outras áreas de formação; nesses, apesar de assinalarem comprometimento com as diretrizes e as dinâmicas das políticas que fundamentam o SUS, prevalecem intenções de medidas

privatizantes e uma compreensão circunscrita à ordem capitalista, empenhada em ampliar a produtividade sem ampliação de custos, com o objetivo de corrigir algum detalhe defeituoso da ordem estabelecida, desde que sejam mantidas as determinações da sociedade como um todo.

. A limitação de conhecimento deles sobre o SUS e suas especificidades sugere a existência de falhas na formação deixada pela academia sobre as políticas públicas. Dentre elas, as concepções do SUS, sugerindo que as universidades e centros de formação atendam à orientação da educação permanente, abracem o que é preconizado pelo SUS, nos termos da educação permanente, de modo a superar a máxima de que só se conhece o SUS quando se estuda para concurso, ou quem está nele engajado como trabalhador efetivo.

Mesmo havendo concepções de entendimentos distintos, estes se assemelham ao ensejo de a EPS ser assumida como estratégia para desenvolver mecanismos de educação para mudanças de práticas com trabalho em equipe. Embora alguns gestores acreditem na força de ampliar rapidamente a produtividade com ênfase no treinamento em destrezas, estas se subordinam aos ditames da racionalidade econômica dominante; e isso obviamente as distancia dos preceitos da reconhecida educação, entendida como universalidade no sentido de formar homens para atividade do trabalho, que é criação que qualifica para a vida, que faz passar pela experiência, pelo ato de produzir, de pensar e agir como prática de liberdade, de consciência crítica.

Portanto, depreende-se tanto uma apropriação que pode ser considerada uma perspectiva crítica voltada ao combate de desigualdades, porque mais próxima do conceito de EP presente no SUS, como também a compreensão de que se equipara à educação continuada, já que a disseminação da EPS como política ainda é tímida. Leva, ainda, à apreensão de que persistem tanto a aplicação dos marcos conceituais da EPS, indicados na PNEPS, como a pouca priorização dela como política. Além de insinuar, por outro lado, que a EP se limita ao discurso político com lugar marginal na agenda de prioridades da gestão, ou é até invisível.

A partir dessas observações, pode-se depreender que a percepção sobre educação permanente (dos gestores) acompanha a indicada na normativa, ganhando conotação de elementos que são parciais na sua concepção, como referem os educadores, já que não faz referência a processos emancipatórios. Logo, a EPS é assumida como estratégia de mecanismos de educação para mudanças de práticas com trabalho em equipe

A dimensão transformadora da EPS referida pelos gestores e pelos BM e MS, por certo, não é considerada, ainda que adotada como possibilidade de mudanças a partir de reflexão referenciada da realidade de saúde. E assim foi apropriada na área da saúde como premissa para atender às necessidades sociais que emergiam das constantes mudanças mundiais nas relações

de trabalho, de modo a preparar o indivíduo em sua potencialidade, buscando qualificar o atendimento do serviço.

As conclusões relativas ao segundo eixo na análise dos resultados do estudo tratam do processo decisório, da formulação do plano e da implantação da política de EPS, e que contou com a realização das oficinas, cujo resultado foi o plano estadual elaborado, tramitado na CIB, no CES e direcionado ao CONASS. Foi com foco nesse processo que nos dedicamos à análise da elaboração do plano, que teve boa participação em todos os municípios, tanto nas edições regionais como na estadual. Concluiu-se, nesse tópico, que tal movimentação acabou por evidenciar a EPS no Estado e cuja realização das oficinas durante o ano de 2018 intensificou o debate, da política ao plano estadual, desenhando ações necessárias para responder a problemas crônicos da área de saúde.

O estudo das fontes documentais possibilitou conhecer como a elaboração do plano exigiu negociações, consultas a relatórios, planilhas de indicadores, planos de trabalho anual (PTA), como subsídios para as indicações de propostas. De fato, lançou-se mão desses instrumentos como ferramentas para a tomada de decisões que pudessem materializar o processo envolvendo a EPS, já que depois de concluída a elaboração do plano era preciso executá-lo. Consideramos que a estratégia de consulta aplicada a todos esses instrumentos mostrou aspectos positivos, pois exigiu conhecimento da realidade de saúde para caracterizar a região e as linhas de atenção para o desenho do plano e o estabelecimento de diretrizes. Esse revisitar instrumentos se inteirando da realidade é um aspecto positivo observado, visto que a exigência para elaborar o plano estadual obedeceu à lógica de conhecimento da realidade local, quer seja identificando problemas, apontando objetivos de soluções, indicando ações de EPS, assim como definindo instâncias responsáveis pelo andamento de cada ação.

Os documentos analisados demonstram como trabalhadores e gestores, sob os argumentos da importância e necessidade de processos educativos, fizeram proposições que constituíram o plano estadual, apesar dos escassos e insuficientes recursos financeiros. Essa dificuldade de acesso a recursos, até hoje tão recorrente, assinala uma fragilidade que acompanha a burocracia institucional na execução, como já referido neste estudo.

A questão financeira, no sentido da sua não disponibilidade ou insuficiência, é um gargalo presente no discurso de todos os gestores. E mesmo que alguns deles tenham assinalado que há orçamento próprio na sua secretaria para atender às demandas de educação permanente, é sabido que o MS desde 2011 não disponibiliza recursos especificamente para EPS, pois o que tem sido transferido é na forma de incentivos a processos de capacitações e não para fomentar e incrementar a política de EP.

Portanto, a não disponibilidade de recursos ao fragilizar a EPS ante as incertezas de que o planejado poderá não ser executado ameaça também a condução da política de saúde que constantemente carece de processos educativos. Logo, esse dilema reduz a EPS à condição de impotência; mesmo reconhecida como uma estratégia importante e necessária, não recebe priorização frente à concorrência na disputa por recursos.

Por isso, a disponibilidade orçamentária com adesão à Portaria GM nº 3194/2017 revela um alento, ampliando as possibilidades da política de EPS que resultou na elaboração do plano, impulsionou as expectativas com a intensa participação de trabalhadores e gestores, provocando motivações para ativar CIES hoje adormecidas. Portanto, disponibilizar recursos, mesmo que insuficientes, e o fato de elaborar o plano com envolvimento dos trabalhadores, são ações que levaram a EPS a ganhar visibilidade e lugar na agenda política, decorrente de preocupações e constatações durante o processo da sua elaboração.

Além disso, a execução de ações de EPS tem se limitado ao interesse do gestor de plantão. Assim, a especificação de dotação com a finalidade de EPS não está explícita no orçamento, apenas consta genericamente no planejamento, como algo vinculado às áreas técnicas, conforme reiteraram nas suas respostas os gestores-participantes. Logo, as ações, quando realizadas, acabam se traduzindo muitas vezes em arranjos improvisados para dar supostamente cumprimento às necessidades demandadas, com a utilização dos profissionais que se desdobram em multiatribuições. Em síntese, isso revela a superexploração do trabalho diante da sobrecarga dos trabalhadores que atuam na condição de docentes, coordenadores de cursos, orientadores e facilitadores nos processos educativos das ações de EPS.

Nesse sentido, mostra-se relevante a inclusão formal da EP nas peças orçamentárias, nas diferentes esperas de governo como ação específica no Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual, em todas as esferas de governo, o que reforça a garantia de evidenciar o registro contábil dessa política pública, especialmente o que foi executado pelo Estado.

Ainda sobre o processo de elaboração do plano estadual, todo o debate acumulado nesse processo favoreceu a discussão, a definição e encaminhamentos para ativar CIES e, principalmente, retomar a proposição que desde 2017 vinha sendo acalentada, que é a instalação dos núcleos de EPS em algumas unidades, conforme já desenhado na própria Portaria nº 1996. Ademais, verificou-se que a indicação metodológica foi outro aspecto facilitador no processo de elaboração do plano, pois foram inseridas no debate as dimensões política, técnica e econômica para demarcar o espaço de definição do referencial político-pedagógico, de forma a orientar a programação das ações educativas a serem desenhadas a partir das necessidades de

saúde identificadas. Assim, a orientação de uma prática socializada no processo de planejamento, conforme consta na PNEPS, como ação pensada capaz de mobilizar, técnica e politicamente, os interesses de saúde de cada território, compôs o repertório que foi mobilizado e encontrado nos registros das fontes documentais. Em especial, nos relatórios das oficinas, que se conectam aos princípios da EPS, problematizando o processo de trabalho e da realidade de saúde que cada participante compartilhava e socializava e, posteriormente, se traduziam em proposições de ações educativas, vislumbrando a já conhecida prerrogativa da EPS de que seus processos objetivem a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.

De outro lado, o estudo favoreceu o reconhecimento de fragilidades nesse processo. Por exemplo: o tempo exíguo para sua elaboração, uma vez que foi determinado o envio ao CONASS no prazo de até janeiro de 2019, insuficiente tanto para o tamanho da tarefa quanto para a urgência de ter à disposição o planejamento de ações da EPS a fim de responder às necessidades que a realidade de saúde impõe. Mesmo porque a diversidade de situações vivenciadas em Mato Grosso deve identificar necessidades, envolver trabalhadores e equipes, analisar os indicadores e fazer as proposições de EPS. Premido, pois, em nível federal e estadual, o processo ficou pressionado tendo que dar respostas aos interesses de final de gestões em ambas as esferas de governança.

Em razão das proposições organizadas no plano por áreas, chamou atenção, por exemplo, a proposição para suprir a carência de cuidadores de pessoas idosas ou com deficiência física e mental, indicando capacitação para atendimento tanto para a equipe técnica como dos familiares e cuidadores dessa população. Destaque também foi a questão de indicações de processos de formação, qualificação e desenvolvimento profissional de gestores e sua equipe, como resposta a problemas de insuficiência ou inexistência de equipe gestora de serviços operacionais e táticos, e, ainda, para a utilização dos instrumentos de gestão com atuação, em conjunto com auditores e apropriação efetiva do sistema de fluxos, protocolos e procedimentos operacionais padrão (PQP). E, ainda, a indicação de ações de fortalecimento da gestão municipal com a capacitação de multiplicadores, na lógica da EPS, visando constituir banco de talentos em diversas áreas e especialidades para dar suporte às ações dos planos de EPS.

Sinteticamente, constatou-se que as proposições se voltam para a realização de ações educativas relacionadas a estudo e elaboração de protocolos, definição de fluxos, implementação desses protocolos, além de capacitação e atualização dos profissionais e equipes de programas estruturados e a implantar, como atendimento integral ao paciente, para melhorar

o contato interpessoal, o conforto e a qualidade de vida. As proposições ali desenhadas transitam desde o nível estratégico ao operacional.

Ainda sobre a *participação no processo de elaboração do plano*, como princípio da EPS, cabe destacar a ampla participação de técnicos de todas as Regionais de Saúde; no caso dos gestores entrevistados, mesmo sem participar presencialmente do processo de construção, mostraram conhecer as proposições e resultados, além de apontar potencialidades e fragilidades dos processos educativos e seu impacto na rede de saúde.

No que diz respeito às *principais proposições de EPS*, a situação da realidade de saúde revelou-se com potência para o comprometimento dos técnicos, motivados e empenhados em promover mudanças identificadas como necessárias. As proposições de processos educativos revelaram carências e lacunas que deveriam ser superadas, sejam elas de defasagem de informações, de habilidades técnicas, de inovação da gestão pública em consonância com as normativas que constituem o SUS, ou da dinâmica da realidade. Assim, tanto das proposições quanto dos problemas identificados, os gestores mostraram ter conhecimento. De igual modo, por meio de fontes documentais, verificou-se que os técnicos nas oficinas referiram sobre a existência de recursos financeiros orçados, contudo, insuficientes para investir, implementar e monitorar ações educativas, apesar de todos os esforços empreendidos para fomentar novos recursos junto a instâncias e colegiados de gestão e de tomada de decisão.

No terceiro e último eixo de análise dos resultados evidencia-se a compreensão dos gestores sobre o desenvolvimento da política de EPS, marcadamente, os desafios, em especial no que se refere à tomada de decisão.

Apesar de os gestores entrevistados reconhecerem que os processos educativos são propulsores de mudança necessárias na realidade de saúde em Mato Grosso, alguns reclamaram da lentidão acarretando dificuldades inerentes às condições precárias da rede de serviços, assim como pelo lugar que a EPS ocupa na ordem de prioridades da gestão estadual, nível decisório na hierarquia governamental.

Quanto a estratégias adotadas para desenvolver a EPS como política, registrou-se que mesmo quando as prioridades são definidas por consenso nos espaços colegiados de gestores, a execução de atividades se voltou a situações-limite recaindo, inclusive, responsabilização sobre a equipe executora, o que denotou demanda reprimida e carência na oferta de capacitações para o desenvolvimento profissional. Em tais circunstâncias, as prioridades são definidas com base em aspectos como urgências, disponibilidade de recursos etc. São situações que também ganham centralidade, muitas vezes, por força de articulação dos técnicos envolvidos na realidade de saúde.

Mesmo com circunstâncias que fogem ao planejado, há sempre uma tomada de decisão e a necessidade de definir condutas. A se considerar que desenvolver EPS é um passo decisivo a ser contemplado num plano (PAMEPS e PAREPS), assim como a observação dos gestores de que há ações de EPS executadas sem que estejam incluídas na estrutura de um planejamento, logo, um plano pode não ser adotado como ferramenta para consulta e tomada de decisão na condução da política de saúde. Excetuando-se as circunstâncias emergenciais, pode-se concluir também que o uso de ferramentas para tomada de decisão está envolto em controvérsias permeadas pela legalidade e prioridades determinadas ao gestor, motivadas pelo cotidiano da saúde ou pelo interesse político do governo de plantão. Razões essas que justificam a posição de alguns gestores ao falarem da iniciativa de consulta sistemática no dia a dia a instrumentos para a tomada de decisão.

De todo modo, importa realçar a necessidade de haver coerência entre a prática de consultar instrumentos e a adoção para a tomada de decisão com as diretrizes e estratégias apontadas pela PNEPS. Nesta perspectiva, pode-se romper com a lógica de compra e pagamento de produtos e educacionais de acordo com a oferta; esses podem também ser definidos a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização e da capacidade de oferta e expertise de uma instituição de ensino, mas que se considerem prioritariamente os problemas cotidianos referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho. Disso resultaria o desenho de uma gestão participativa nas ações da educação na saúde, assim como o fortalecimento das instâncias gestoras e de controle social. Logo, há necessidade de investir para que a PNEPS e o próprio plano sejam incluídos na agenda de compromissos, pois há forças significativas como o desejo de trabalhadores do SUS em transformar a prática, apesar de sua fragilidade e de serem pouco ouvidos pelos gestores. Há, portanto, um movimento necessário de distintos envolvimento: entre entes federados; entre os trabalhadores aos quais se destinam as proposições de EPS, e o conhecimento da realidade de saúde que, por si só, também tem seus espaços de representação e participação, para assim dar visibilidade às necessidades de EPS de uma dada localidade.

Quanto às fragilidades, destaca-se a deficiência da gestão no monitoramento das atividades, aliada à dimensão geográfica de Mato Grosso, um estado continental com 141 municípios onde precisam chegar as ações educativas. Um exemplo muito reiterado pelos gestores é a hanseníase, endemia que requer capacitação e atualização periódica como medida para reduzir o alto índice registrado nos boletins epidemiológicos estaduais, mas que enfrenta dificuldades para manter a regularidade na oferta.

Ainda que sem consenso de todos os gestores quanto aos princípios normativos da política de EPS, a pesquisa permitiu identificar que se reconhece o potencial da EP para promover mudanças nas práticas profissionais.

Todavia, o desenvolvimento da EPS como política está permeado de incertezas, tensões e inseguranças originárias de uma também persistente vulnerabilidade orçamentária para implementar ações educativas e de monitoramento, ainda que formalmente sejam tidas como prioridade. Nesse sentido, as estratégias adotadas ganharam lugar na maior parte da programação de ações que se limitaram a atender mais aos interesses do gestor, muitas vezes vocalizados por seus representantes ou mesmo técnicos empenhados em executar processos educativos diante da realidade social e de saúde. Logo, persistiu, inclusive, presença mínima de gestores nas reuniões dos colegiados de EPS, tal qual como na época do PEEPS-MT.

Na prática, a implementação da medida de adotar EPS concorre com outras necessidades imediatas e essa é uma das razões que se pode se atribuir para que a EPS seja uma pauta secundária ante a tantas demandas identificadas como de urgência. Por fim, há reconhecimento da força de trabalho existente na SES, evidenciado por profissionais qualificados para atuar nos processos educativos seja como docentes, coordenadores de cursos, orientadores de TCC, além da função da Escola de Saúde Pública como centro formador.

Observa-se que essa força de trabalho, que se desdobra em múltiplas tarefas (Recursos Humanos), é uma questão que tem sido alvo de crítica e reflexão, devido ao que se tem denominado de apagão de talentos, sobretudo pela aposentadoria de servidores, qualificação incipiente e inclusão de servidores políticos/temporários, os chamados cargos de Direção de Assessoramento Superior (DAS).

Além de concorrer com outras necessidades e atribuindo funções de docentes aos trabalhadores, as ações de EPS, na percepção de alguns gestores, têm sido desenvolvidas “às avessas” (*grifo nosso*), na medida em que o MS atua sem passar pela Regional, ao adotar estratégias de coordenação estadual, consultores ou mediadores para trabalhar a qualificação de boas práticas, por exemplo. São medidas adotadas na contramão ao preconizado pela PNEPS, de interação e participação, proposição, a partir da construção de consenso e em conformidade a realidade de saúde. Há, portanto, um dilema entre o que se tem desenhado de planejamento (seja ele municipal ou regional) e a atuação do MS com ações educativas, uma vez que o MS atua sem consenso com as coordenações estaduais das áreas técnicas da SES e faz interlocução direta com a SMS. Essa situação é reconhecida pelos gestores que participaram da pesquisa como um aspecto que dificulta ao desperdiçar a potencialidade tanto da ação quanto da equipe. De acordo com eles, muitas vezes os empreendimentos sofrem de falta de continuidade, pois a

participação do MS é pontual e não há sequência nas ações. Logo, percebe-se uma carência (ousaria dizer uma falta de coordenação da política pública). Já, um elemento que pode compor a consideração de que a EPS não é uma prioridade como estratégia para promover mudanças na realidade de saúde, apesar de ser mencionada como uma potente medida.

A implantação da política em Mato Grosso tem acontecido de modo tardio em relação ao restante do país; o pouco que tem se concretizado resulta de esforço pessoal dos profissionais nela engajados, ao superar dificuldades como a ausência de monitoramento. Observa-se pequena atuação estratégica da Escola de Saúde Pública, que pela natureza de sua finalidade e missão é o *locus* legítimo para desenvolver a educação permanente no âmbito de Mato Grosso, mas que tem se colocado no cenário estadual, marcadamente nos últimos 10 anos, de modo inexpressivo.

Sobre essa inexpressiva atuação da ESP, o argumento tem se assentado em fatores como o grande volume de demanda por ações educativas, a burocracia institucional para atender tais necessidades, ante a oferta considerada tímida e centralizada na sede da escola, além de se materializar tardiamente, ou seja, as ações ocorrem depois de transcorrido o tempo oportuno de realizá-las. Entretanto, tem que se registrar que o contexto de pandemia da Covid-19 exigiu resposta a demandas em tempo recorde, e com inovações, resultando em experiências formativas em formato virtual, vez que a modalidade presencial ficou comprometida com as medidas de distanciamento social.

A constituição de Núcleos de EPS nas unidades de saúde, inspirada em algumas experiências consideradas exitosas no estado⁹¹, teve grande impulso nesse contexto, reafirmado pela normativa mais recente em Mato Grosso, a Portaria nº 638/2021, razão pela qual merece este destaque.

Fundamentada na prerrogativa de fortalecimento da EPS, por essa portaria, coube à ESP/SES-MT desenvolver atribuições de gestora da PEPS, em conjunto com as CIES (Estadual e as regionais). O escopo é fortalecer e promover de modo transversal e integrado a essa política em Mato Grosso.

Observa-se que essa normativa é mais uma estratégia no sentido de fortalecer o SUS para o desenvolvimento de processos de trabalhos e dos servidores da SES por meio da EPS. O fato é que a ESP, a partir dessa portaria, se apresenta à frente, com a gestão dos processos

⁹¹ Os Núcleos já implantados nas Unidades Descentralizadas como CRIDAC, CIAPS-Adauto Botelho e CERMAC, todos sediados em Cuiabá, foram inspiração e se somaram à experiência dos hospitais que já dispunham de uma estrutura mínima, com outra denominação face à prerrogativa protocolar determinada pela legislação, tanto para sua manutenção quanto para fomentar recursos.

educacionais e oferecendo aos trabalhadores da SES atualização, qualificação, especialização e mestrado, isto é, cumpre com a sua missão de centro educacional do SUS.

Isso implica dizer, principalmente, que a partir da vigência dessa portaria, a ESP assume mais uma função desafiadora que é a responsabilidade da gestão da Política da Educação Permanente e suas atribuições na Comissão de Integração, Ensino Serviço (CIES Estadual), tarefa essa indicada na PNEPS como uma competência da CIB. Essa atribuição já vinha sendo desenhada desde o período das oficinas de elaboração do plano estadual e se materializou com a Resolução da CIB/MT nº 12 de 5/3/2020, ao dispor a responsabilidade da Escola de Saúde Pública de Mato Grosso (ESPMT) na Gestão da Política da Educação Permanente em Saúde e suas atribuições na Comissão de Integração, Ensino e Serviço (CIES Estadual).

Apesar de a referência em gestão deixar de ser a CIES-Estadual, passando para a ESP (mesmo ao arrepio das orientações estabelecidas pela PNEPS), isso demonstra a grande relevância do interesse da ESP, que tem assumido o protagonismo para incluir a EPS na pauta dos gestores e dos debates para a condução da política de saúde no Estado.

Portanto, a institucionalização dos NEPS como orientação política institucional é mais uma via para fortalecer o trabalho já realizado e, por consequência, aprimorar ainda mais a assistência prestada aos usuários dos serviços de saúde.

A constituição da EPS como política coloca-se como desafio na atualidade, posto implicar em estabelecer um marco normativo com força de lei, ou seja, como política de Estado e não algo limitado a uma portaria, que a qualquer tempo pode sofrer sanções. Nesta perspectiva, questiona-se aqui o lugar de prioridade tão destacado na pesquisa, mas que na agenda dos gestores de saúde goza de pouca credibilidade, logo, tem dificuldade de cumprimento das exigências para sua execução, como ocorre com outras políticas implementadas no SUS.

Quanto à publicidade do plano, ela apresenta uma característica macro de melhorias no campo da política, à medida que denota potencialidade materializada e concebida em um plano como instrumento balizador para execução do planejamento, incrementar os processos educativos e contribuir com a mudança da realidade de saúde.

Em termos administrativos, a superação das fragilidades apresentadas na implementação da EPS implica em alterar a Portaria GM nº 1996 para o estatuto de lei, o que implicará em destinar dotação orçamentária específica para sua finalidade e inclusão nas atividades sistemáticas das secretarias. Outra medida de superação é assegurar a autonomia dos órgãos responsáveis pela execução dessa política.

Por último, cabe destacar que a implementação da política de EPS requer entendimento sobre EPS. A elaboração do plano em 2019 permitiu compreender que um projeto de formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS precisa ter como base o conhecimento da rede de serviços de saúde, sua complexidade, para que tais projetos possam impactar a realidade localregional à qual estão adscritos.

A retomada de fomento da EPS pelo MS em 2018 foi um passo importante para a implementação da PNEPS com projeção para novas ações. Mas, por ter ocorrido num final de ano, no encerramento do exercício administrativo e financeiro das secretarias e do MS e, principalmente com início da gestão dos novos governantes das três esferas de governo, empossados em 2019, observa-se a descontinuidade do processo em curso. E mesmo ante esta hipótese de descontinuidade, nos anos de 2019 e 2020 foi deflagrado pelo MS e pela UFBA o processo de debate sobre monitoramento e avaliação da PNEPS, a fim de elaborar uma sistemática de acompanhamento das ações de EPS, dos processos formativos e dos efeitos produzidos no processo de trabalho em saúde.

Destaca-se, ainda, que em novembro de 2021 os representantes dos estados brasileiros reunidos na Oficina Nacional de Monitoramento e Avaliação da PNEPS formalizaram para o MS esta temida descontinuidade e apontaram, por meio da Carta de Brasília (anexo IV), (e sua resposta por parte do MS- anexo VI), os principais aspectos que precisam ser desenvolvidos para efetivação da política. Trata-se, mesmo, de um documento que chama atenção para a inobservância do MS de sua responsabilidade pela institucionalização e desenvolvimento da PNEPS em âmbito nacional, conforme disposto na CF de 1988.

Por ser considerada uma política fundamental em saúde pública, sobretudo por compreender que o investimento nessa pauta qualifica o trabalho em saúde, na Carta são apontadas sete necessidades para efetivação da PNEPS, descritas a seguir:

- ✓ Garantir a condução democrática, descentralizada da PNEPS, efetivando suas diretrizes e seus dispositivos;
- ✓ Apoiar técnica e financeiramente os Planos Estaduais de EPS;
- ✓ Implantar processos de monitoramento e avaliação orientados pela construção coletiva e pactuada;
- ✓ Estabelecer uma rede de cobertura nacional de articuladores estaduais para as ações de EPS;
- ✓ Instituir um grupo de trabalho para acompanhamento do processo de avaliação e monitoramento das ações para efetivação da PNEPS;
- ✓ Retomar o financiamento efetivo para a EP, com repasse programado, regular e automático de recursos para a pauta da EPS;
- ✓ Promover maior transparência na escolha dos critérios adotados na aplicação dos recursos financeiros de EPS (Carta de Brasília, 2021 p. 2 (Anexo IV)).

Trata-se, portanto, de documento que registra um apelo evidente à recolocação da EPS na agenda pública e na pauta de prioridades dos governantes, chamando à responsabilidade o governo federal com o fortalecimento do SUS. Ainda que seja uma solicitação de representantes de estados (o que denota desalinhamento de interesses entre o governo federal e estaduais, ou mesmo incoerência quanto ao elenco de prioridades para a saúde), estes são trabalhadores que estão, ao longo dos últimos anos, desde o movimento de atualização e monitoramento da PNEPS, comprometidos com os processos de EPS. E sofrem com as incertezas que afligem a política.

A Carta de Brasília reafirma a necessidade de haver respaldo técnico, com financiamento compatível aos estados pelo MS, para o fortalecimento do SUS, e que sejam considerados os seus princípios organizativos e doutrinários, principalmente respeitando a magnitude da garantia do direito à saúde à população, como fundamento precípua do SUS no país – universal, integral e equânime – para que ocorra a melhoria da gestão e da atenção em saúde de forma democrática e participativa.

Está explícito que a condução do SUS, como a da política de EPS, sofre abalos que afetam linhas normativas que a sustentam, contribuindo, para isso, o seguimento do estipulado pelo PRO EPS SUS, e a direção imposta pelo atual governo federal, que assume direção divergente da anterior.

As indicações deste documento no contexto atual, elencadas como necessidades, podem ser igualmente tomadas como os desafios contemporâneos da EPS, apreendidos na pesquisa realizada e na análise desenvolvida. Garantia jurídico-legal, financiamento, estruturação e formação de equipes, pactuação são alguns dos elementos centrais os quais podem ser desdobrados em outros de ordem mais política e/ou programática.

O debate e sobre a elaboração do Plano Estadual em Mato Grosso, no período 2017-2019, esboça outro ciclo, mesmo com suas contradições, o que é parte do movimento de constituição de políticas públicas e sociais, espaço de disputa de projetos e de concepção do próprio SUS.

Assim, a apreensão da PNEPS no período referenciado na pesquisa implica em compreender as determinações mais gerais que estão na base do fenômeno, e levando-se em conta o cenário mais recente no país, com um governo que está na contramão e cujo modelo de macrogovernança é hegemonicamente privatista. Reorganização e retomada de forças contra-hegemônicas são condições indispensáveis para recolocar a educação permanente na agenda pública brasileira.

Igualmente, no processo de evolução e apropriação da EPS como política, é preciso pensar em fortalecer a ideia de que a EPS se aprende na prática, com o apoio da gestão e no enfrentamento dos problemas diários dos serviços de saúde.

Entre as possibilidades, estudos qualitativos podem ser efetivados para verificar a efetividade dos programas e projetos de EP executados pelo Estado de Mato Grosso⁹², sobretudo sobre a transparência na aplicação desses recursos. Além disso, há que se sugerir também o mapeamento de uma trilha de aprendizagem para o desenvolvimento de competências básicas comuns para formação, qualificação e desenvolvimento de competências dos profissionais (6), respondendo assim à formação da força de trabalho em tempos de ameaças de privatização do SUS, com carência de trabalhadores efetivos, precarização das relações de trabalho e com vínculos temporários.

Outra medida é investigar o processo de fortalecimento da EPS no Estado a partir de uma análise de implementação das CIES (2).

Entre as possibilidades pode-se investigar o processo de descentralização da EPS no Estado como medida que contribui para dar celeridade no processo de disseminação dos princípios e ideias da EPS e provocar a execução das ações educativas em acordo às necessidades a partir da realidade de saúde (3); realizar estudos (longitudinais) quantitativos no âmbito orçamentário e financeiro destinado (e aplicado) pelo fundo público na última década para EPS, para fazer frente à retirada de recursos de políticas públicas - um dos mecanismos para enfraquecer o SUS, sucatear e no futuro privatizá-lo (4).

E, para concluir, propõe-se que a relação com as instituições de ensino responsáveis na formação da força de trabalho no âmbito das carreiras do SUS seja mais sistemática e duradoura, de modo a conseguir superar fragmentações e pontualidades objetivando a construção mais acurada da inclusão de conteúdos transversais sobre a gestão e implementação da EP nas diferentes esferas de governo.

⁹² Analisar também a adesão de medidas de acompanhamento e monitoramento sistemático dos profissionais da rede de serviço no âmbito da EPS, incrementando as iniciativas em curso no âmbito nacional e que Mato Grosso, por meio da ESP-SES-MT, tem empreendido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABERS, Rebeca; SERAFIM, Lizandra; TATAGIBA, Luciana. Repertórios de Interação Estado-Sociedade em um Estado Heterogêneo: A Experiência na Era Lula. **DADOS – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, vol. 57, no 2, 2014, pp. 325 a 357.

ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de; RIBEIRO, Luis Henrique Leandro. Desigualdade, situação geográfica e sentidos da ação na pandemia da COVID-19 no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 2020.

ALVARENGA, Alexandre Andrade; ROCHA, Erika Maria Sampaio; FILIPPON, Jonathan; ANDRADE, Maria Angélica Carvalho. Desafios do Estado brasileiro diante da pandemia de COVID-19: o caso da paradiplomacia maranhense. **Cadernos de Saúde Pública**, 2020.

ALMEIDA, Celia. **O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar**. Texto para discussão n.599, Brasília: Ipea, 1998.

ANDERSON, Perry. **Balanco do neoliberalismo**. In SADER, Emir & GENTILI, Pablo (orgs.) Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995, p. 9-23.

AROUCA, Antônio Sérgio da Silva. **O dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. [Tese de doutoramento]. Universidade Estadual de Campinas. Biblioteca Central. 1975.

_____. Democracia é saúde. In: **Anais da 8a Conferência Nacional de Saúde**, 1986. Brasília: Centro de Documentação, Ministério da Saúde; 1987. p. 35-42, 1986

_____. Biblioteca Virtual Sergio Arouca, 1998. Disponível em: <<https://bvсарouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>>. Acesso em: 16 de ago. de 2019.

ANJOS, Vera Lúcia Honório dos. **Análise das ações desenvolvidas pelo Polo de Educação Permanente em Saúde de Mato Grosso no período de 2003 a 2007**. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Mato Grosso, Instituto de Saúde Coletiva, Pós-graduação em Saúde Coletiva, Área de concentração: Saúde e Sociedade, 2009. Disponível em: <<http://www.observarh.ufmt.br/sistema/arquivos/30081103485848.pdf>> Acesso em: 23 ago. de 2019.

ANJOS, Vera Lúcia Honório dos; GUEDES, Cristiano. Avanços e Desafios da Educação Permanente no Brasil Contemporâneo. In: **Política social e cooperação no centro-oeste brasileiro**/ Organizadores: Liliane Capilé Charbel Novais, Evilásio Salvador. - Embu das Artes, SP: Alexa Cultural, 2021.

ANTUNES, Ricardo. **Os Sentidos do Trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2.ed., 10 reimpr. rev. e ampl.- São Paulo, SP: Boitempo, 2009. - (Mundo do Trabalho) ISBN 978-85-85934-43-9 e-ISBN 978-85-7559-259-5.

ANTUNES, Ricardo. **Coronavírus**: o trabalho sob fogo cruzado. São Paulo: Boitempo: 2020.

ARANHA, Maria Lúcia de Arruda. **História da Educação**. 2 ed. Ver. E atual. – São Paulo: Editora Moderna, 1996.

ARRETCHE, Marta. **Emergência e Desenvolvimento do Welfare State: Teorias Explicativas**. Universidade do Estado de São Paulo, 1996.

BAHIA, Ligia. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. In: **Cad. Saúde Pública**, 2018; 34(7):e00067218.

BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria; VIANA, Ana Luíza D'ávila. Análise de políticas de saúde. In: **Política e sistema de saúde no Brasil**; Giovanella L.; Escorel S.; Lobato L.V.C. et al. (Organizadores) – Rio de Janeiro: 2 ed. revisada. Editora FIOCRUZ, 2012.

BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria; VIANA, Ana Luíza D'ávila. Análise de políticas de Saúde. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009. p. 65-105.

BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria; REZENDE, Mônica. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In: **Caminhos para análise das políticas de saúde**; Mattos, R. A.; Baptista T.W. F.; (Organizadores). 1.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015.

BARCELLOS, Rosilene M.S. et al. **Educação permanente em saúde: práticas desenvolvidas nos municípios do estado de Goiás**. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v.18, n.2, 2020, e0026092. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00260.

BARRETTO, R. S. **Estigma e violência na percepção dos profissionais de saúde mental de uma Unidade Psiquiátrica de Hospital Geral**. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2016.

BARRETO, Maurício Lima et al. O que é urgente e necessário para subsidiar as políticas de enfrentamento da pandemia de COVID-19 no Brasil? **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, 2020.

BARRETTO, Raquel Silva; FIGUEIREDO, Ana Elisa Bastos. Estigma e violência na percepção dos profissionais de saúde mental de uma unidade psiquiátrica em hospital geral. **Cad. Saúde colet**. 27 (02) • Apr-Jun 2019. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/XcrWvp9yfs5nHLbhqzqH8M6J/?format=html>> Acesso em: 22 de mar. de 2021

BÁRCIA, Mary Ferreira. **Educação Permanente no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1982.

BASINELLO, Greicelene Aparecida Hespanhol; BAGNATO, Maria Helena Salgado. Os primórdios do Projeto Larga Escala: tempo de lembrar. **Revista Brasileira de Enfermagem- REBE**, n. 2009.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2011.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Política social no capitalismo tardio**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2002.

BERALDI, Mariana Letícia; MENDONÇA, Fernanda de Freitas; CARVALHO, Brigida Gimenez; FÉLIX, Sarah Beatriz Coceiro Meirelles. Reflexos de um processo de qualificação da Atenção Primária à Saúde na rotina e no cuidado produzido por seus trabalhadores. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31(1), e310112, 2021.

BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de Política**. Brasília, São Paulo; UnB, Imprensa Oficial do Estado, 1995.

BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de Política**. Tradução Carmen C. Varriale, Gaetano Lo Mônaco, João Ferreira, Luís Guerreiro Pinto Cacais e Renzo DiniBrasília, Editora: Universidade de Brasília (UnB), Vol. I, 11 ed., 1998.

BOSCHETTI, Ivanete. et al. (org.). Política Social no Capitalismo. Estado, classe trabalhadora e política social no Brasil. In: **Política social no Capitalismo: tendência contemporâneas**, São Paulo: Cortez, 2008.

BEHRING, Elaine Rossetti & BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2011.

BRAUN, Virginia; CLARKE, Victoria. Using thematic analysis in psychol-ogy. **Qualitative Research in Psychology**, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006.

BRAUN, Virginia; CLARKE, Victoria. **Successful Qualitative Research: A Practical Guide for Beginners**. 1 ed., Sage, 2013.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. Reflexões sobre como fazer trabalho de campo. **Sociedade e Cultura**, v. 10, n. 1, jan/jun, 2007, p.11-27.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 1986. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf> Acesso em 19 de jul. de 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Lei orgânica da Saúde nº 8080**. Brasília DF: Ministério da Saúde, 1990.

_____. Câmara da Reforma do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**, novembro 1995. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/planodiretor/planodiretor.pdf>> Acesso em: 11 de abr. de 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório da X Conferência Nacional de Saúde**. 2 a 6 de setembro de 1996a, Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/10_CNS.pdf> Acesso em: 20 de nov, de 2019.

_____. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, **Resolução nº 196/96**. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1996b; v. 132, nº 155, p 12247, seção 1: 1

_____. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 11ª. Conferência Nacional de Saúde.** O Brasil falando como quer ser tratado; efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à sua saúde com controle social. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p.198. Disponível:

<http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_11.pdf> Acesso em 19 de jul. de 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 2430/GM/MS**, de 23 de dezembro de 2003a, *Cria o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS e dá outras providências.* Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt2430_23_12_2003.html> Acesso em: 10 de maio de 2020.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS /** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2003b.

_____. Ministério da Saúde. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análise.** [André Facão do Rêgo Barros (org.) et al.]. Brasília/DF, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de gestão e da regulação do trabalho. (DEGERTS). **Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde: agenda positiva.** Brasília/DF, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM**, 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. Diário Oficial da União. Brasília; 2004c.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS).** 3. ed. Revisão Atualizada. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p.98

_____. Ministério da Saúde. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo.** In: (Ed.). Brasília/DF, 300 p., 2006a. ISBN ISBN 85-334-1238-X.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº. 399/2006.** Divulga o pacto pela saúde – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes Operacionais do referido pacto. Diário [da] República Federativa do Brasil, nº 39 - Seção 1: 43-51. Brasília/DF, 2006b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html> Acesso em: 04 de jul. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de apoio à descentralização. Coordenação Geral de apoio à Gestão descentralizada. **Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão.** 76 p., Brasília/DF, 2006c.

_____. Senado Federal. **Constituição da República Federal do Brasil de 1998.** Com as alterações adotadas pela EC n. 01/92 a 52/2006 e EC de revisão 01 a 6/94. Brasília/DF, 2006d.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.996**, de 20 de agosto de 2007. Define novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação

Permanente em Saúde, adequando-a às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde. Seção 1, Diário Oficial da União nº 162, de 22 agosto de 2007a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 204 de 29/11/2007**. Regulamenta o financiamento a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento com o respectivo monitoramento e controle. Brasília/DF, 2007b.

_____. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro/RJ, 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/apresentacao.html>> Acesso em: 03 de ago. de 2019.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. In: Coleção para entender o SUS; CONASS, vol. 9, 1ª ed., Brasília/DF, 2011a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.9.pdf> Acesso em: 04 de ago. de 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7508** de 28 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. Diário Oficial da União, Brasília/DF, Seção 1, pg. 1 - 29/6/2011b. Disponível em <<https://www2.camara.legbr/legin/fed/decret/2011/decreto-7508-28-junho-2011-610868-norma-pe.html>> Acesso em: 04 de maio de 2021.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011), CONASS, 120 p., Brasília/DF, 2011c.

_____. Ministério da Saúde. **Comitê de Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos Resoluções do CONEP do MS, nº 466/2012 e**. Publicada no DOU nº 12, 13 de junho de 2013 –Seção 1 –Página 59.

_____. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 95**, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 15 dez. 2016a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>. Acesso em: 10 fev. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **RESOLUÇÃO Nº 510**, de 07 de abril 2016. Publicada no DOU nº 98, 24 de maio de 2016b - seção 1, páginas 44, 45, 46.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3194 de 29/11/2017**. Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS. Diário Oficial da União nº 229, de 30 de novembro de 2017a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3342** de 29/11/2017. Dispõe sobre listagem dos entes federados habilitados ao recebimento do incentivo financeiro que trata a Portaria nº 3194/GMS/MS de 27/11/2017b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Planejamento das Ações de Educação**

Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde: orientações. .30 p., Brasília/DF, 2018a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **PNEPS: o que se tem produzido para seu fortalecimento?** – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018b.

BRASIL. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades.** Brasília. v4.6.13, 2017; 2021. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mt/cuiaba/panorama>> Acesso em: 25 de abr. de 2021

Brasil: incertezas e submissão? – São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2019. 440 p. il.; 23 cm. Inclui bibliografia ISBN 978-85-5708-143-7 1. Brasil –

BRASIL. IBGE. **Pesquisa nacional de saúde 2019:** informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf>. Acesso em 10 jan. 2021.

BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo. Política de Saúde no Governo Lula. In: **Política de saúde na atual conjuntura: modelos** de gestão e agenda para a saúde. Bravo. M.I.S.; Pereira. D.S.; Menezes J.S.B., Oliveira M.M.N. (Orgs). –2. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrij-SSind, 2008.

BRAVO, Maria Inês. Política de Saúde no Brasil. In: **Serviço Social e saúde:** formação e trabalho profissional. MOTA A.E.S; GOMES, L.; BRAVO. M.I; TEIXEIRA. M.; MARSIGLIA R.M.G.; UCHÔA. R. (Orgs). São Paulo: Cortez, 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger; PINHEIRO, Wladimir Nunes. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan.-abr./2018.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger; MENEZES, Juliana Souza Bravo. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. **Revista SER SOCIAL. ESTADO, DEMOCRACIA E SAÚDE.** Brasília, v. 22, n. 46, janeiro a junho de 2020.

BRAZ, Marcelo. O golpe nas ilusões democráticas e a ascensão do conservadorismo reacionário. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 128, p. 85-103, jan./abr. 2017.

BURAWOY, Michael. **O marxismo encontra Bourdieu.** Campinas, SP: Unicamp, 2010.

CALEMAN, Gilson et al. **Gestão Federal do SUS: caderno do curso de 2014.** São Paulo: Ministério da Saúde; Instituto Sírío-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2014. 36p.

CALHAO, Ana Conceição. **A gestão de uma condição crônica de saúde no sistema de serviços de saúde de Cuiabá: um estudo de caso.** [Dissertação de Mestrado] Universidade Federal de Mato Grosso- Instituto de Saúde Coletiva- Cuiabá-MT, 2008.

CAMARGO, Raquel Arévalo de. **A educação permanente em saúde como estratégia de transformação das práticas em um centro de reabilitação.** Fundação Oswaldo Cruz.

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Políticas de formação para o SUS: reflexões fragmentadas. In: **Cadernos de RH Saúde**, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, - vol. 3. N.º. 01, Brasília: Ministério da Saúde; 2006, p.55-59.

CAMPOS, Francisco Eduardo. PIERANTONI, Célia Regina; VIANA, Ana Luíza d'Ávila; FARIA, Regina Martha Barbosa; HADDAD, Ana Estela. Os desafios atuais para a educação permanente no SUS. In **Cadernos de RH Saúde**, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, - vol. 3. n.º. 1, Brasília: Ministério da Saúde; 2006a, p.41-54.

CAMPOS, Francisco Eduardo; PIERANTONI, Célia Regina; MACHADO, Maria Helena. Conferências de Saúde, o trabalho e o trabalhador da saúde: a expectativa do debate. In **Cadernos de RH saúde**, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, - vol. 3. n.º. 1, Brasília: Ministério da Saúde; 2006b, p. 9-11.

CAMPOS, Celia Maria Sivalli; VIANA, Nildo; SOARES, Cassia Baldini. Mudanças no capitalismo contemporâneo e seu impacto sobre as políticas estatais: o SUS em debate. **Rev. Saúde Soc.** São Paulo, v.24, supl.1, p.82-91, 2015.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Políticas de formação para o SUS: reflexões fragmentadas. In: **Cadernos de RH saúde**, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, - vol. 3. N.º. 01, Brasília: Ministério da Saúde; 2006, p.52-56.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **O pesadelo macabro da Covid-19 no Brasil: entre negacionismos e desvarios.** Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2020, e00279111. DOI 10.1590/1981-7746-sol00279.

CARVALHO, Gilson. **Saúde pública no Brasil.** Estudos Avançados. 27(78), 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/02.pdf>> Acesso em: 03 de ago. de 2019.

CARVALHO, Gilson de Cássia Marques de. O momento atual do SUS: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. **Debate. Saúde e Sociedade.** vol.2 n° 1 São Paulo, 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v2n1/03.pdf>.> Acesso em: 04 de ago. de 2019.

CARVALHO, Eduardo Freese de; MACHADO, Heleny de Oliveira Pena; CESSE, Eduarda Ângela Pessoa. **Fatores limitantes e facilitadores de mudança nas organizações de saúde do SUS: dialogando com novos e velhos problemas.** In: Eduardo Freese. (Org.). Municípios: a gestão da mudança em saúde. 1ed. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2004, v. 1, p. 233-260.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER Laura C.M. **O quadrilátero da formação para a área da saúde:** ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis.* 2004; 14(1):41-65.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação,** Botucatu, vol. 9, n.º 16, p. 11610177, set 2004-fev.2005.

CEPAL. **Transformación productiva com equidade**. Santiago do Chile, 1990

CEPEDISA. Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário. **A LINHA DO TEMPO DA ESTRATÉGIA FEDERAL DE DISSEMINAÇÃO DA COVID-19**. Estudo elaborado no âmbito do projeto de pesquisa “Mapeamento e análise das normas jurídicas de resposta à Covid-19 no Brasil” do Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário (CEPEDISA) da Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP), atualizado mediante solicitação da Comissão Parlamentar de Inquérito criada pelos Requerimentos do Senado Federal 1371 e 1372, de 2021, por meio do Ofício 57/2021 - CPIPANDEMIA. São Paulo, 28 de maio de 2021.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

COSTA, Rodrigo Prado da; MISOCZKY, Maria Ceci; ABDALA, Paulo Ricardo Zilio. Do dilema preventivista ao dilema promocionista: retomando a contribuição de Sérgio Arouca. **Revista Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v 42, nº 119, p. 990-1001, out. -dez. 2018. Disponível em <<https://scielosp.org/article/sdeb/2018.v42n119/990-1001/pt/>> Acesso em: 17 de jan. de 2022.

CISLAGHI, Juliana Fiuza. **Elementos para a crítica da economia política da saúde no Brasil: parcerias público-privadas e valorização do capital**. [Tese de doutorado apresentada na Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro]. Rio de Janeiro. 2015.

CUNHA, João Paulo Pinto da; CUNHA, Rosani Evangelista da. **Sistema Único de Saúde: princípios**. In: Ministério da Saúde, Gestão Municipal de Saúde: textos básicos. Rio de Janeiro: Brasil: Ministério da Saúde, 2001; p.285-304.

CUNHA, Josied Marprates. **O desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde no Estado de Mato Grosso**. [Dissertação de mestrado]. Cuiabá: Universidade Federal de Mato Grosso; 2014.

CUNHA, Jarbas Ricardo Almeida. O (des)financiamento do direito à saúde no brasil: uma reflexão necessária. **Revista de Direitos Sociais, Seguridade e Previdência Social** | e-ISSN: 2525-9865 | Encontro Virtual | v. 7 | n. 1 | p. 59 – 77 | Jan/Jul. 2021. Disponível em <<https://indexlaw.org/index.php/revistadssps/article/view/7686>> Acesso em: 02 de fev. de 2022.

CUIABÁ, Prefeitura Municipal. Instituto de Planejamento e Desenvolvimento Urbano (IPDU). **Perfil Socioeconômico de Cuiabá – volume III**. Cuiabá-MT: Central de Texto, 2007.

CUIABÁ, Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2019** (RAG).

CURVELLO, Heloísa Vieira; ALMEIDA, Leonardo Ferreira de. **Curso de aperfeiçoamento Gestão Federal do SUS. Hospital Sírio-Libanês e Sistema Único de Saúde**. (Fortalecimento da articulação entre assessorias e coordenações do departamento de DST, AIDS e hepatites virais/Secretaria de Vigilância em saúde/Ministério da Saúde) São Paulo, 2015.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**; tradução Magda Lopes. 3 ed., Porto Alegre: ARTMED, 2010, 296 p.

_____. **Educação e poder**: introdução à pedagogia do conflito. 5 ed. São Paulo: Cortez-Autores Associados. 1984

_____. **A educação contra a educação**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

_____. **História das ideias pedagógicas no Brasil**. 2 ed. São Paulo: Editora Ática, 1994.

DA MATTA, Roberto. O ofício de etnólogo, ou como ter anthropological blues. **Boletim do Museu Nacional**. Rio de Janeiro: novas séries n°. 27, 1978.

DAVINI, Maria Cristina.; HADDAD, Jorge; ROSCHKE, Maria Alice Clasen. **Proceso de trabajo y educacion permanente de personal de salud: Reorientación y tendencias en America Latina** / Work process and continuing educatin of health personnel: Reorientation and trends in Latin America. *Educación Médica y Salud (OPS)*;24(2):136-204, abr. -jun. -. ilus. Disponível em < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=PAHO&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=7515&indexSearch=ID> > Acesso em: Acesso em: 30 de jun. de 2019.

DAVINI, Maria Cristina. **Educación permanente en salud**. Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud n.º 38. Organizacion Panamericana de la Salud, 1995.

DEMIER, Felipe. Da ditadura bonapartista à democracia blindada. In: MATTOS, Marcelo Badaró (Org.). **Estado e formas de dominação no Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Consequência, 2017. p. 67-101.

DEMIER, Felipe. **Depois do golpe**: a dialética da democracia blindada no Brasil. Mauad X, 2018.

DIAS, Henrique Sant'Anna; LIMA, Luciana Dias de; TEIXEIRA, Márcia. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 2013.

DUARTE, Newton. **Vigotsky e o “aprender a aprender”**: crítica às apropriações neoliberais e pós-modernas da teoria vigotskiana/ Newton Duarte — 2. ed. Campinas: Autores Associados, 2001. (Coleção Educação Contemporânea).

DYE, Thomas R. **Understanding public policy**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1972.

DYE, Thomas R. **Outlines & Highlights for The Irony of Democracy: An Uncommon Introduction to American Politics**. Editora: AIPI, 88 p., 2009. ISBN-10: 1616544198.

SCOREL, Sarah. Histórias das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, Lígia; SCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antônio Ivo de (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 323-363.

ENSP. ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA\Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rede Unida. **Curso de Especialização em Ativação de Processos de Mudanças na**

Formação Superior de Profissionais de Saúde. [Relatório final]. Rio de Janeiro: EAD, ENSP, Fiocruz-Rede UNIDA, SGTES\MS, 2006.

FALEIRO, Fernanda Rosiak Gonzaga; LEMOS, Cristiane Lopes Simão; CARDOSO, Clever Gomes. **Desafios Para a Formação Técnica em Saúde na Educação a Distância.** EaD em Foco, v.10 (1), 2020. doi: <https://doi.org/10.18264/eadf.v10i1.990>.

FARAH, Beatriz Francisco. **A educação permanente no processo de organização em serviços de saúde: as repercussões do curso introdutório para equipes de Saúde da Família – experiência do município de Juiz de Fora/MG.** [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da UERJ; 2006.

FARIA, Regina; VIANA, Ana Luíza D'Ávila. Experiências Inovadoras de Capacitação de Pessoal para Atenção Básica no Brasil: Balanço, Limites e Possibilidades dos Pólos; In: **Recursos Humanos em Saúde: Desenvolvimento e Mercado de Trabalho.** Organização por Barjas Negri, Regina Faria, Ana Luíza d'Ávila, Campinas- SP: Unicamp, IE, 2002; p. 127-160.

FARIA, Dirley Lellis dos Santos; NETO, João Leite Ferreira; SILVA, Kênia Lara; MODENA, Celina Maria. Educação Permanente em Saúde: narrativa dos trabalhadores de Saúde Mental de Betim/Minas Gerais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31(2), e310202, 2021.

FERNANDES, Rosa Maria Castilhos. **Educação Permanente e políticas sociais.** Campinas-SP: Papel Social, 2016, 156 p.

FERRAZ, Fabiane et al. **Gestão de recursos financeiros da educação permanente em saúde: desafio das comissões de integração ensino-serviço.** Ciências & Saúde coletiva 18(6): 1683-1693,2013.

FERREIRA, Lorena; BARBOSA, Júlia Saraiva Almeida; ESPOSTI, Carolina Dutra Degli; CRUZ, Marly Marques. **Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura.** Saúde Debate | Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 223-239, jan-mar 2019.

FERREIRA, Nídia Fátima. **A política de educação permanente em saúde para Conselheiros e Agentes Sociais no Estado de Mato Grosso (2004-2006): um estudo sobre seu processo decisório.** [dissertação de mestrado]. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2009. Disponível em <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2428>> Acesso em: 02 de fev. de 2022.

FERREIRA, Michelyne Antônia Leôncio; MOURA, Alda Alice Gomes. **Evolução da política de recursos humanos a partir da análise das Conferências Nacionais de Saúde (CNS).** [especialização em Gestão e Política de Recursos Humanos para o SUS]. Fundação Oswaldo Cruz (CNS). Recife, 2006.

FIGUEIREDO, Eluana Borges Leitão et al. **Dez anos da Educação Permanente como Política de Formação em Saúde no Brasil: um estudo das teses e dissertações.** Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 15 n.1, p.147-162, jan\abr.2017.

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

_____. Bases sociais para a reforma sanitária no Brasil. Divulg. **Saúde Debate**, n. 4, p. 8-10, 1991.

_____. **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

_____. **A Questão Democrática na Saúde**. In: Saúde e democracia: a luta do CEBES. FLEURY. S.; (org) São Paulo: Lemos Editorial, 1997a.

_____. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciências & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 14 (3):743-752, 2009.

_____. **Democracia e inovação na gestão local da saúde**. - Rio de Janeiro: CEBES/ Editora FIOCRUZ, 2014.

_____. **Capitalismo, democracia, cidadania, contradições e insurgências**. SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 42, N. ESPECIAL 3, P. 108-124, NOVEMBRO 2018.

FRANÇA, Tânia (Coord.). **Análise da Política de Educação Permanente do SUS (PEPS) implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES)**. Relatório final volume II. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro: Instituto de Medicina/UERJ. 2016.

Disponível em <

http://www.obsnetims.org.br/uploaded/3_2_2016__0_Vol%20II_Relatorio_EPSUS_Cnpq_2015.pdf> Acesso em: 30 de jun. de 2019.

FRANÇA, Tânia; MEDEIROS, Katia Rejane. BELISARIO, Soraia Almeida; GARCIA, Ana Cláudia. PINTO, Isabela Cardoso de Matos; CASTRO, Janete Lima; PIERANTONI, Célia Regina. **Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(6):1817-1828, 2017.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

_____. **Política e educação**. 7.ed. São Paulo: Cortez Editora, 2003 (coleção Questões da Nossa Época).

_____. **Pedagogia do oprimido**. 50. Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 18ª ed. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1988
FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES. Ponte para o futuro. Brasília/DF, 2015. Disponível em: <<https://www.fundacaoulysses.org.br/wp-content/uploads/2016/11/UMA-PONTE-PARA-O-FUTURO.pdf>> Acesso em: 23 de maio de 2020.

_____. Gaudêncio. A interdisciplinaridade como necessidade e como problema nas ciências sociais. **Revista do Centro de Educação e Letras**. UNIOESTE Campus, Foz do Iguaçu, v.10 - nº1 - p.41-62, 1º sem., 2008.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 50. Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

FRIGOTTO, Gaudêncio. **A interdisciplinaridade como necessidade e como problema nas ciências sociais.** In: JANTSCH, A. P.; BIANCHETTI, L. (orgs) Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

FRIGOTTO, Gaudêncio. Delírios da razão: crise do capital e metamorfose conceitual no campo educacional. In: GENTILI, Pablo (org). **A pedagogia da exclusão.** Rio de Janeiro: Vozes, pp. 77-108, 1997.

FRIGOTTO, Gaudêncio. A polissemia da categoria trabalho e a batalha das ideias nas sociedades de classe. **Revista Brasileira de Educação** v. 14n. 40jan./abr. 2009

FRIGOTTO, Gaudêncio. 1997. Delírios da razão: crise do capital e metamorfose conceitual no campo educacional. In: GENTILI, Pablo (org). **A pedagogia da exclusão.** Rio de Janeiro: Vozes, pp. 77-108

FRIGOTTO, Gaudêncio. **Educação e Trabalho:** bases para debater a Educação Profissional Emancipadora. PERSPECTIVA, Florianópolis, v.19, n.1, p.71-87, jan./jun. 2001.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois et al. Transformações e assimetrias tecnológicas globais: estratégia de desenvolvimento e desafios estruturais para o Sistema Único de Saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 23(7):2119-2132, 2018.

GADOTTI, Moacir. **A Educação contra a Educação.** 4ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981.

GADOTTI, Moacir. **A Educação contra a Educação.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

_____. **Educação e Poder:** introdução à pedagogia do conflito. 7ª Ed. São Paulo: Cortez: autores associados, 1987.

_____. **A educação contra a educação.** 3 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1984.

_____. **Convite à leitura de Paulo Freire.** São Paulo: Scipione (Série Pensamento e Ação no Magistério), 1991.

_____. **Diversidade Cultural e educação para todos.** Rio de Janeiro: Graal, 1992.

_____. **Escola Cidadã.** São Paulo: Cortez, 1994.

GAMA, Carlo Alberto; LOURENÇO, Rafaela Fernandes; COELHO, Vivian Andrade; CAMPO, Cecília Godoi; GUIMARÃES, Denise Alves. Os profissionais da Atenção Primária à Saúde diante das demandas de Saúde Mental: perspectivas e desafios. **Interface** (Botucatu). 2021; 25: e200438 <https://doi.org/10.1590/interface.200438>.

GARCIA, Leila Posenato; DUARTE, Elisete. Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da COVID-19 no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 2, 2020.

GIL, Célia Regina Rodrigues; CERVEIRA, Maria Angélica Curia; TORRES, Zelma Francisca. **Pólos de Capacitação em Saúde da Família: Alternativas de Desenvolvimento de Recursos Humanos para Atenção Básica.** In Recursos Humanos em Saúde: Desenvolvimento e Mercado de Trabalho. Organização por Barjas Negri, Regina Faria, Ana Luiza d'Ávila Viana, Campinas- SP: Unicamp, IE, 2002; p. 103-126.

GIGANTE, Renata Lúcia; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Política de Formação e Educação Permanente em Saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. **Trabalho Educação Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14 n.3, p.747-763, set\dez, 2016.

GONZÁLEZ, Alberto Durán; ALMEIDA, Marcio José de. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. **Revista Physis** 2010; 20(2):551-570.

GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes. **A Investigação sobre Recursos Humanos em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde/Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, 1993. (Relatório de seminário).

GONÇALVES, Wagner. **Parecer sobre Terceirização e Parcerias na Saúde Pública.** Rio Grande do Sul: Ministério Público. 1998.

GONÇALVES, Cláudia Brandão; PINTO, Isabela Cardoso de Matos; FRANÇA, Tania; TEIXEIRA; Carmen Fontes. A retomada do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 1, p. 12-23, ago. 2019.

GUARIM, Rozana. **Educação permanente em saúde no cotidiano da enfermagem: um movimento que se faz mudança.** [Dissertação de mestrado] – Universidade Federal de Mato Grosso, Instituto de Educação, Programa de Pós-graduação em Educação, Cuiabá, 2015.

GUEDES, Cristiano; GUIMARAES, Silvia. 2020. Research ethics and Indigenous Peoples: Repercussions of returning Yanomami blood samples. *Developing World Bioethics*, 2020.

GUIMARÃES, Luisa. **Política de Saúde em Mato Grosso: dois mandatos para construção da regionalização.** In: Müller Neto JS, organizador. A regionalização da saúde em Mato Grosso: em busca da integralidade da atenção. Cuiabá: SES; 2002; p. 139-252.

GRANEMANN, Sara. Crise econômica e a Covid-19: rebatimentos na vida (e morte) da classe trabalhadora brasileira. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, 2021, e00305137. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00305

HADDAD, Jorge. **Educación permanente de personal de salud / Jorge Haddad Q., María Alice Clasen Roschke, María Cristina Davini, editores.** -- Washington, D.C.: OPS, 1994. 247p. (Serie desarrollo de recursos humanos en salud; 100).

HARVEY, David. **O novo imperialismo.** 2 ed. São Paulo: Loyola, 2005.

KALLEBERG, Arne Lindeman. Crescimento do Trabalho Precário: um Desafio Global. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 24, n. 69, 2009, p. 21-30.

KINGDON, John W. **Agenda, Alternatives and Public Policies.** Boston: Little Brown, 1984.

KUENZER, Acácia Zeneida; GRABOWSKI, Gabriel. Educação Profissional: desafios para a construção de um projeto para os que vivem do trabalho. **PERSPECTIVA**, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 297-318, jan/jun. 2006. Disponível em < <http://www.perspectiva.ufsc.br>> Acesso em: 23 de maio de 2020.

KNAUTH, Daniela Riva; LEAL, Andréa Fachel. A expansão das Ciências Sociais na Saúde Coletiva: usos e abusos da pesquisa qualitativa. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 18, n. 50, p. 457-467, 2014.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LASSWELL, Harold. **The policy orientation**, pp. 3-15 in D. Lerner and H.D. Lasswell (eds.), *The Policy Sciences*. Stanford, CA: Stanford University Press, 1951.

LEITE. Catharina Matos; PINTO. Isabela Cardoso de Matos; FAGUNDES, Terezinha de Lisieux Quesado. Educação Permanente em saúde: reprodução ou contra hegemonia? **Revista Trabalho, Educação, Saúde**, Rio de Janeiro, 2020. 18(s1):e0025082.

LEMOS, Cristiane Lopes Simão. **A concepção de educação da política nacional de educação permanente em saúde** [tese]. Goiânia: Universidade Federal de Goiás- Faculdade de Educação; 2010. Disponível em > Acesso em: 08 de jul. de 2019.

LEMOS, Cristiane et al. A Educação Permanente em Saúde e os desafios das Comissões de Integração em ensino Serviço. **Revista Terceiro Incluído**, 10(1), 21–33, 2020.

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. **Rev Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: 2001; 6(2): 269-91.

LIBÂNEO, José Carlos. Tendências pedagógicas na prática escolar. **Revista da Associação Nacional de Educação**. 1983. ANDE, 3:11-19.

LITTIKE, Denilda et al. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de Gestão?** - Comunicação de Pesquisa. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 114, p. 365-380, abr./jun. 2013.

LIMA, Telma Cristiane Sasso de; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). **Rev. Katál**. Florianópolis v. 10 n. esp. p. 37-45, 2007.

LIMA, Luciana Leite; D'ASCENZI, Luciano. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. In **Revista de Sociologia e Políticas** V. 21 n° 48: 101-110, Curitiba-PR., 2013.

LIMA, Sayonara Arruda Vieira Lima; ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti; Wenceslau, Leandro David. Educação Permanente em saúde segundo os profissionais da Gestão de Recife, Pernambuco. **Revista Trabalho Educação Saúde**, Rio de Janeiro, v.12 n.2, p.425-441, maio/ago.2014.

LIMA, Luciana Portes de Souza; RIBEIRO, Mara Regina Rosa. A competência para Educação Permanente em Saúde: percepções de coordenadores de graduações da saúde. **PHYSIS Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 26 [2]: 483-501, 2016.

LOPES, Sara Regina Souto; PIOVESAN, Érica Torres e Almeida; MELO, Luciana de Oliveira; PEREIRA, Márcio Florentino. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Rev. Ciências Saúde**, v. 18, n. 2, p. 9, 2007. Disponível em: < http://www.fepecs.edu.br/revista/Vol18_2art06.pdf >. Acesso em: 19 de jul. de 2019.

LUCAS, Tânia Valéria. **Análise de educação permanente na educação profissional em saúde no estado de Goiás**. [Dissertação de Mestrado]. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro/RJ, 2019.

MACHADO, Maria Helena. **Trabalhadores de Saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária: teoria para à prática**. In: Cadernos de RH saúde, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, - vol. 3. N.º. 01, Brasília: Ministério da Saúde; 2006; p. 13-28.

_____. **Os profissionais de Saúde em Tempo de COVID19: a realidade Brasileira**. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/documento/os-profissionais-de-saude-em-tempos-de-covid19-realidade-brasileira>> Acesso em: 24 de mar. de 2020.

MATOS, Maurílio Castro. O neofascismo da política de saúde de bolsonaro em tempos perigosos da pandemia da covid-19. **Revista Humanidades & Inovação: Política de Saúde e Lutas Sociais em tempos de Pandemia da Covid-19**. V.8 n.35,2021. Disponível em: <[https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/5340#:~:text=Tal%20acirramento%20tem%20liga%C3%A7%C3%A3o%20com,\)%20enfrentamento%20da%20Covid%2D19.](https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/5340#:~:text=Tal%20acirramento%20tem%20liga%C3%A7%C3%A3o%20com,)%20enfrentamento%20da%20Covid%2D19.)> Acesso em: 23 de maio de 2021.

_____. O NEOFASCISMO DA POLÍTICA DE SAÚDE DE BOLSONARO EM TEMPOS PERIGOSOS DA PANDEMIA DA COVID-19. **Revista Humanidades e Inovação** v.8, n.35, 2021.

MACHADO, BAPTISTA, LIMA, Luciana Dias de (org) Cristiani Vieira; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria; LIMA, Luciana Dias de (Org.). **Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012.

MAGUIRE, Moira; DELAHUNT, Brid. Fazendo uma análise temática: Um guia prático e passo-a-passo para aprender e ensinar os eruditos. **AISHE-J: The All Ireland Journal of Teaching and Learning in Higher Education**, v. 9, n. 3, 2017. Disponível em: <<http://ojs.aishe.org/index.php/aishe-j/article/view/335>> Acesso em: 31 de mar. de 2021.

MARIN, Alda Junqueira. Educação continuada: introdução a uma análise de termos e concepções. **Cadernos CEDES 36 – EDUCAÇÃO CONTINUADA**, Campinas, n. 36, 1995.

MARTINELLI, Nereide Lúcia. **A regionalização da saúde no Estado de Mato Grosso: o processo de implementação e a relação público-privada na região de saúde do Médio Norte Mato-grossense**. [Tese de doutorado]. São Paulo, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Medicina Preventiva, 2004.

MATO GROSSO. Governo do Estado. **Lei nº. 161 de 29.03.2004** de criação da Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso, e Lei 8269/2004 que explicita sua missão. Cuiabá, 2004. Disponível em: <<http://www.al.mt.gov.br/2007/Estrutura/Leiscomplementares-ano>> Acesso em: 10 jan. 2008.

MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. **Resolução da CIB-MT, nº 001 de 04/03/2010**. Plano de Ação em EPS e Educação Profissional (mimeo). 2010. Cuiabá-MT.

MATO GROSSO. Governo do Estado. **Lei nº 10.331** de 14/09/2015, dispõe sobre as Diretrizes para elaboração da Lei Orçamentária Anual de 2016 (LDO). DOE-MT. 2015a.

MATO GROSSO. Governo do Estado. **Lei nº 10.340, de 19/11/2015, dispõe sobre o Plano Plurianual para o quadriênio 2016-2019**. DOE-MT, 2015b

MATO GROSSO. Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá-MT. **Portaria Nº 049/2017/SMS**. Institui diretrizes e normas que regulamenta as relações entre Secretaria e Instituições de Ensino para viabilizar cenários de práticas de ensino. Diário Oficial de Contas; Ano 6 Nº 1175, de 14 de agosto de 2017, 2017a. Cuiabá-MT.

MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. **Plano Estadual de Saúde - PES. MT 2016-2019**. Relatório. Mato Grosso SES-MT: Cuiabá. Núcleo de Gestão Estratégica para Resultados; NGER/SES-MT, 2017b.

MATO GROSSO. Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá-MT. **Portaria Nº 23/2018/SMS**, institui a implantação do Núcleo de Educação Permanente em Saúde SMS/Cuiabá. Diário Oficial de Contas; Ano 7 Nº 1292 de 31 de janeiro de 2018a.

MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. **Boletim da Atenção Básica (mimeo)** Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso: Cuiabá, 2018b.

MATO GROSSO. Secretaria do Estado de Saúde de Mato Grosso. Escola de Saúde Pública. **Nota Técnica 001/2018: Orientações para adesão ao Programa para o fortalecimento das práticas de EPS na rede de atenção à saúde no Estado de Mato Grosso - PRO-EPS-SUS-MT** (mimeo). Outubro/2018c. Cuiabá-MT.

MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. **Resolução CIB / SES Nº 57 de 26/07/2018**. 2018d. Cuiabá-MT.

MATO GROSSO, Secretaria de Estado de Saúde. **Relatório de elaboração do Plano Regional de Educação Permanente em Saúde PAREPS da Região da Baixada Cuiabana** (mimeo) 2019a. Cuiabá-MT.

MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Escola de Saúde Pública. **Relatórios das Oficinas PRO EPS SUS** (Memo nº 18/2019/COEPE/ESP/SES-MT, 11/2/2019), (mimeo). 2019b. Cuiabá-MT.

MATO GROSSO. Secretaria do Estado de Saúde. Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso. **Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde de Mato Grosso - PEEPS/MT**. Cuiabá/MT, 2019c. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/planos-estaduais-educacao-permanente/PEEPS-MT.pdf>> Acesso em: 02 de fev. de 2022.

MATO GROSSO. Governo do Estado. **Decreto de estrutura nº 444 de 06 de abril de 2020-SENDO/SEPLAG**. Cuiabá/MT, 2020.

MATO GROSSO. Secretaria do Estado de Saúde. **Portaria nº 638/2021/GBSES** - Institui as diretrizes para implantação dos Núcleos de Educação Permanente em Saúde (NEPS) em Unidades da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. 23/08/2021. D.O.E p. 29, Cuiabá/MT, 2021a.

MATO GROSSO. Governo do Estado. **Decreto nº 947 de 20 de maio de 2021** - Institui o Programa especial e estratégico de instrumentalização da saúde – P.E.E.I.S. D.O.E. p.81 de 21/05/2021, Cuiabá/MT, 20.

MATUS, Carlos. Teoria da ação e teoria do planejamento. Matus C, organizador. **Política, planejamento e governo**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, p. 81-98, 1996.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte**. nº 1 edições. São Paulo, 2018.

MENDONÇA, Alessandra Félix. **O financiamento do Sistema Único de Saúde nas regiões de saúde do estado de Mato Grosso** [dissertação]. Universidade Federal de Mato Grosso. Instituto de Saúde Coletiva, 2012. 116 p.

MENEZES, Ana Paula do Rego; MORETTI, Bruno; REIS, Ademar Arthur Chioro dos. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade *versus* universalidade. **Rev. Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 5, p. 58-70, dez. 2019.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves; COSTA, Luciana Assis; MACHADO, José Ângelo Machado. Pacto pela saúde: aproximações e colisões na arena federativa. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 23(1):29-40, 2018.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. Implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. **Saúde e Sociedade**. v.15, n.2, p.72-87, maio-ago 2006.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A construção social da Vigilância à Saúde do Distrito Sanitário**. Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, Brasília, n. 10, p. 7-19, 1993.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002; p.92.

MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo. Capital, Estado, crise e a saúde pública brasileira: golpe e desfinanciamento Capital. **Revista SER Social**: Revista do Programa de Pós-Graduação em Política Social / Universidade de Brasília. Departamento de Serviço Social. SER Social. V. 22, n. 46, 1. sem./2020.

MENDONÇA, Ana Carolina Oliveira et al. Políticas de saúde do governo lula: avaliação dos primeiros meses de gestão. **Saúde Debate**, v. 29, n. 70, p. 109-124, 2005.

MENDONÇA, Fernanda de Freitas; NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida. Necessidades e dificuldades de tutores e facilitadores para implementar a política de educação permanente em saúde em um município de grande porte no estado do Paraná, Brasil. **Interface – comunicação saúde educação** v.15, n.38, p.871082, jul/set.2011.

MÉSZÁROS, István. **A educação para além do capital**. 2. Ed. São Paulo: Boitempo, 2008.

MICCAS, Fernanda Luppino; BATISTA, Sylvia Helena Souza da Silva. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Rev Saúde Pública**. 2014;48(1):170-185.

MINAYO, Maria Cecília Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001-2007.

MINAYO, Maria Cecília Souza. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9 ed. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: 2006.

_____. Amostragem e Saturação em Pesquisa Qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 5, n. 7, 2017.

MINAYO, Maria Cecília Souza; COSTA, António Pedro. **Técnicas que fazem o uso da palavra, do olhar e da empatia: Pesquisa Qualitativa em Ação**. In: Técnicas que fazem o uso da palavra, do olhar e da empatia: Pesquisa Qualitativa em Ação. 2019. p. 63-63.

MIRANDA, Marília Gouvea de. O novo paradigma do conhecimento e políticas educacionais na América Latina. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo: Cortez/FCC, v.100, p. 37-48, 1997.

MORAIS, Heloisa Maria Mendonça de et al. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 2018.

MOTA, Ana Elizabete (organizadora). **A nova fábrica de consensos: ensaios sobre a reestruturação empresarial, o trabalho e as demandas ao Serviço Social**. Editora Cortez, 1998. São Paulo.

MOTTA, José Inácio Jardim; BUSS, Paulo; NUNES, Tânia Celeste Matos. Novos Desafios Educacionais para a Formação de Recursos Humanos em Saúde. **Rev. Olho Mágico**, volume 8, nº 3, set/dez, 2001.

MOTTA, Ronaldo Seroa da; OUVRENEY, Isaque Regis. Infraestrutura e Sustentabilidade ambiental. In: CASTELAR, A. e FRISTACK, C. (eds) **Gargalos e soluções na infraestrutura de transportes**, Rio de Janeiro: FGV, 2014.

MONTAÑO, Carlos; DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Estado, Classe e Movimento social**. 3. edição – São Paulo: Cortez, 2011. (Biblioteca básica de serviço social v.5).

NICOLETTO, Sônia Cristina Stefano et al. Desafios na implantação, desenvolvimento e sustentabilidade da Política de Educação Permanente em Saúde no Paraná, Brasil. **Rev. Saúde Soc**. São Paulo, v.22, n.4, p.1094-1105, 2013

Oficina Sanitaria Panamericana. **Oficina Regional de la Organziacion Mundial de la Salud**. Washington, 1995.

OLIVEIRA, Mara de; BERGUE, Sandro Trescastro (organizadores). **Políticas públicas: definições, interlocuções e experiências** – Dados eletrônicos. Caxias do Sul, RS Educus, 2012.

OLIVEIRA, Ana Carolina; GUEDES, Cristiano. **Serviço Social e desafios da ética em pesquisa: um estudo bibliográfico**. R. Katál., Florianópolis, v. 16, n. esp., p. 119-129, 2013.

OSORIO, Jaime. **O Estado no centro da mundialização**. São Paulo: Outras Expressões, 2014.

OIT. ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Trabalho decente nas Américas: uma agenda hemisférica, 2006-2015**. Disponível em <https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---ilo-brasilvia/documents/publication/wcms_226226.pdf> Acesso em: 10 de maio de 2020.

OUIVERNEY, Assis Mafort; RIBEIRO, José Mendes; MOREIRA, Marcelo Rasga. O COAP e a Regionalização do SUS: os diversos padrões de implementação nos estados brasileiros. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 22(4):1193-1207, 2017.

OUIVERNEY, Assis Mafort. **A construção da municipalização da saúde: estratégias normativas**. Fleury S. Democracia e inovação na gestão local da saúde. Rio de Janeiro: Cebes, p. 81-120, 2014.

OPAS. Organización Panamericana de La Salud. Educación permanente de personal de salud em la región de las américas. **Fascículo I: Propuesta de reorientación**. Fundamentos. Serie de desarrollo de recursos humanos, n.º.78,1988.

OPAS. Organización Panamericana de La Salud. **Educación Médica y Salud. Trabajo y educación en los servicios de salud: la experiencia latino-americana**. Oficina Sanitaria Panamericanas, Oficina Regional de la Organización Mundial de La Salud. Vol.27, n.º 4. Octubre/diciembre, 1993.

PAIM. Jairnilson Silva. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**, São Paulo: MEDSI, p. 455-466, 1994.

_____. Bases Conceituais da Reforma Sanitária Brasileira. In: FLEURY, S. (org). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

_____. Burocracia e aparato social: implicaciones para la planificación y implementación de políticas de salud. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.) **Estado y Políticas Sociales en America Latina**. Mexico-DF: UAM, 1995.

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

_____. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, 11. 81, p. 27-37, jan.labr. 2009.

_____. Pós-fácio: análise política em saúde: um pensamento estratégico para a ação estratégica. In: FEDERICO, L. **Análise política em saúde: a contribuição do pensamento estratégico**. Salvador: EDUFBA, 2015. p. 279-286

_____. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Revista Ciência e Saúde Coletiva** vol.23 no.6 Rio de Janeiro June 2018a. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>> Acesso em: 30 de jun. 2019.

_____. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Revista Ciência e Saúde Coletiva** vol.23 no.6 Rio de Janeiro June 2018b. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>> Acesso em: 30 de jun. 2019.

_____. Uma leitura sobre os 30 anos do SUS. **Conferência Mundial de Saúde.** Palestra. <http://outraspalavras.net/outrassaude>. 22 de março 2018.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção.; TEIXEIRA, Luiz Antônio. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde:** notas sobre contextos e autores. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.653-673.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção. Izabel dos Santos e a formação dos trabalhadores da saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 20(6):1785-1793, 2015.

PASCHOAL, Amarilis Schiavon. **O discurso do enfermeiro sobre educação permanente no grupo focal.** (Dissertação de mestrado) Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2004. Disponível em <<https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/33955>> Acesso em: 25 de jan. de 2022.

PAULANI, Leda Maria. O projeto neoliberal para a sociedade brasileira, sua dinâmica e seus impasses. In: LIMA, J.C.F., and NEVES, L.M.W., org. **Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006, pp. 67-107. ISBN: 978-85-7541-612-9.

PERES, Cristiane; SILVA, Roseli Ferreira; BARBA, Patrícia Carla de Souza Della. Desafios e potencialidade do processo de Educação Permanente em Saúde. **Revista Trab. Educ. Saúde.** Rio de Janeiro, v. 14 n. 3, p. 783-801, set.\dez. 2016. Disponível em: <https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=7484655> Acesso em: 02 de set. de 2019.

PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 5, p. 1527-1534, 2003.

PEREIRA, Camila Potyara. **Proteção social no capitalismo:** crítica a teorias e ideologias conflitantes. São Paulo: Cortez, 2016.

PEREIRA, Lizziane d'Ávila. **A educação permanente no cotidiano dos trabalhadores da saúde (manuscrito): um olhar para o Hospital Risoleta Tolentino Neves.** [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2018.

PEREIRA, Lucélia Luiz; SANTOS, Leonor Maria Pacheco. Programa Mais Médicos e Atenção à Saúde em uma comunidade quilombola no Pará. **Argum.**, Vitória, v. 10, n.2, p. 203-219, maio./ago. 2018.

PEREIRA, Genesis de Oliveira. **Fundo Público e crise do capital: expropriação e flexibilização dos direitos dos servidores públicos.** [Tese de Doutorado] – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

PEREIRA, João Márcio Mendes. A atuação do Banco Mundial ameniza ou piora o impacto da pandemia global? **Cad. Saúde Pública.** ESPAÇO TEMÁTICO: COVID-19 – CONTRIBUIÇÕES DA SAÚDE COLETIVA, 2020.

PIETRO, Maria Sylvia Zanella Di. **Parcerias na Administração Pública.** 2 ed. São Paulo: Atlas, 2002

PINELL, Patrice. **Análise sociológica das Políticas de Saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2010.

PIERANTONI, Célia Regina. VARELLA, Thereza Christina; Tania, FRANÇA. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria à prática. Trabalho publicado In: Falcão, André et al (Org). **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises**, 2004 - p. 51-80.

PINHO, Valdemar Pereira. **Sistema de Informações para a Gestão Local de Saúde**. Saúde e Sociedade 4(1/2): 4/50, 1995. PINTO, Isabela Cardoso M. **Ascensão e queda de uma questão na agenda governamental: o caso das organizações sociais da saúde na Bahia**. Tese (Doutorado em Administração) - Escola de Administração da UFBA, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, 2004.

PONTES, Reinaldo Nobre. **Mediação: categoria fundamental para o trabalho do assistente social**. In: Capacitação em Serviço Social e Políticas Sociais: Módulo 4: O Trabalho do assistente social e as políticas sociais – CEAD, Brasília, 2000.

PRESSMAN, Jeffrey; WILDAVSKY, Aaron. **Implementation**. Berkeley: University of California Press, 1979.

RAICHELIS, Raquel. **Atribuições e competências profissionais revisitadas: a nova morfologia do trabalho no serviço social**. In: Atribuições privativas do/a assistente social em questão - VOLUME 2. Organização - Comissão de Orientação e Fiscalização Profissional (Cofi/CFESS): solange Moreira (coordenadora), daniela Möller, Jane nagaoka, Magali régis, Mariana Furtado, neimy batista, tânia diniz. conselho Federal de serviço social – CFESS: **Gestão É de batalhas que se vive a vida (2017-2020)**.

RAICHELIS, Raquel; ARREGUI, Carola. O trabalho no fio da navalha: nova morfologia no Serviço Social em tempos de devastação e pandemia. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 140, p. 134-152, jan./abr. 2021.

RAMOS, Marise. **Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, UFRJ, 2010.

RAMOS, Weslaine Thalita Silva; QUIULO, Larissa Dantas; ANDRADE, Luciana Dantas Farias. A educação permanente no âmbito da atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Health Review Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 35-45, jul./set. 2018. ISSN 2595-6825.

REIS, Camila Ramos; PAIM, Jairnilson Silva. A saúde nos períodos dos governos Dilma Rousseff (2011-2016). **Revista Divulgação em saúde para debate**. RIO DE JANEIRO, N. 58, P. 101-114, JUL 2018.

REZENDE, Conceição. O modelo de gestão do SUS e as ameaças do projeto neoliberal. In: BRAVO, Maria I. S. et al. (Org.). **Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008. p. 25-35.

REZIO, Larissa de Almeida; CONCIANI, Marta Ester; QUEIROZ, Marilene Alves. O processo de facilitação de Educação Permanente em Saúde para formação em saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Interface** (Botucatu). 2020; 24: e200113 <https://doi.org/10.1590/interface.200113>.

RICAS, Janete. **A deficiência e a necessidade: um estudo sobre a formação continuada de pediatras em Minas Gerais**. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1994.

RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon. **O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS**. UNICAMP. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP 2000. Disponível em <http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/313348/1/Rizzotto_MariaLuciaFrizon_D.pdf> Acesso em: 15 de jun. de 2020.

ROJAS, Fagner Luiz Lemes; KEHRIG, Ruth Terezinha; BIATO, Emilia Carvalho Leitão; SANTOS Neuci Cunha dos. Educação permanente em saúde: o repensar sobre a construção das práticas de saúde. **Journal Health NPEPS**. 2019 jul-dez; 4(2):310-330. ISSN 2526-1010.

ROSA, João Guimarães. **Grandes Sertões e Veredas**. Editora: Companhia das Letras, 560 p., 2019.

ROSCHKE, María Alice Clasen; CASAS, María Eugenia Donneys. **Contribución a la formulaci'on de un marco conceptual de educación continua en salud** / María Alice Clasen Roschke y María Eugenia Casas D. *Educación Médica y Salud*, 1987; 21(1): 1-10. Disponível em: < <https://apps.who.int/iris/handle/10665/49757>> Acesso em: 28 de jan. de 2022.

RUA, Maria das Graças; ROMANINI, Roberta. **Para aprender políticas públicas** – Volume 1: conceitos e teorias, 2014.

RUA, Maria das Graças. **Políticas públicas**. 3. Ed. rev. Atua – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC: (Brasília): CAPES; UAB, 2014. 130p.: il. p 34

SALVADOR, Evilásio. Fundo Público e o Financiamento das Políticas Sociais no Brasil. In: **SERV. SOC. REV.**, LONDRINA, V. 14, N.2, P. 5 04-22, JAN./JUN. 2012.

_____. Crise do capital e as implicações para a política de seguridade social. In: **Conselho Federal de Serviço Social**. (Org.). 70 Anos Serviço Social na Previdência. Brasília: CFESS, 2015, v., p. 11-32.

_____. Ajuste Econômico, renúncias fiscais e seguridade social. **Revista Política Social e Desenvolvimento**, 2015.

SANTOS, Maria Helena de Castro. **Governabilidade, governança e democracia: criação de governativa e relações executivo-legislativo no Brasil pós-constituente**. Dados, v. 40, p. 335-376, 1997.

SANTOS, Izabel. Izabel dos Santos fazendo história na história da enfermagem brasileira. **Revista da Escola de Enfermagem, USP**; 41(Esp):853-8. 2007. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/kRkXkRqhDhfPNkdZSdxXtzM/?lang=pt>> Acesso em: 03 de jun. de 2020.

SANTOS, Wallace; et al. Avaliação do Programa Mais Médicos: relato de experiência. **Revista Saúde Debate**. – Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 256-268, 2019.

SAVIANI, Demerval. **Escola e Democracia**. São Paulo: Cortez/ Autores Associados, 1987.

_____. **Escola e democracia: teorias da educação, curvatura da vara, onze teses sobre a educação e política**. 32. ed. Campinas: Autores Associados, 1999. (Polêmicas do nosso tempo, v. 5).

_____. **História das ideias pedagógicas no Brasil**. Campinas: Autores associados, 2007.

SAVIANI, Dermeval; DUARTE, Newton. A formação humana na perspectiva histórico-ontológica. **Revista Brasileira de Educação**, v. 15, n. 45, p. 422-433, 2010.

SIGNOR, Eduarda et.al. Educação Permanente em Saúde: desafios para a gestão em Saúde Pública. **Revista Enfermagem UFSM**, v.5. n. 1, p. 01 - 11, jan/mar, 2015.

SILVA, Juremir Machado da. **O que pesquisar quer dizer: como fazer textos acadêmicos sem medo da ABNT e da CAPES**. Porto Alegre: Sulina, 2010

SILVA, Lucinéia Soares. **"Mato Grosso: celeiro do mundo": um estudo sobre as relações de poder e as implicações nas políticas públicas**. [Tese de Doutorado]. **Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de São Carlos**. São Paulo. Abril de 2020.

SILVA, Rinaldo Henrique Aguiar da; SCAPIN, Luciana Teixeira. **Utilização da avaliação formativa para a implementação da problematização como método ativo de ensino-aprendizagem**. Est. Aval. Educ. São Paulo, v. 22, n 50, p. 537-552, set/dez, 2011.

SILVA, Marcia Schott Souza e. **Educação permanente em saúde: implementação da política no estado de São Paulo**. 2013. 302p. Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação, Campinas, SP. Disponível em: <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/253964>.

SILVA, Luiz Anildo Anacleto da; SCHMIDT, Sandra Marcia Soares; NOAL, Helena Carolilna; SIGNOR, Eduarda; GOMES, Iris Elizabete Messa. Avaliação da Educação Permanente no processo de trabalho em saúde. **Revista Trab. Educ. Saúde**. Rio de Janeiro, v.14 n.3, p. 765-781, set.dez.2016.

SILVA, Luiz Anildo Anacleto da; SODER, Rafael Marcelo; PETRY, Letícia; OLIVEIRA; Isabel Cristine. Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.** (Online) 38 (1), 2017.

SILVA, Maria Ozanira da Silva; SOUSA, Salvina de Maria Pastor Santos; LIMA, Valéria Ferreira Santos de Almeida. Auxílio emergencial e trabalho do Serviço Social no contexto da Covid-19. **EM PAUTA**, Rio de Janeiro _ 2o Semestre de 2021 - n. 48, v. 19, p. 107 - 123 **Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro** 107-123.

SILVA, Welison Matheus Fontes da; RUIZ, Jefferson Lee de Souza. A centralidade do SUS na pandemia do coronavírus e as disputas com o projeto neoliberal. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30(3), e300302, 2020.

SILVA, Cláudia Brandão Gonçalves e SCHERER, Magda Duarte dos Anjos. A implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde na visão de atores que a constroem. **Interface (Botucatu)**, 2020, vol.24. ISSN 1414-3283.

SOARES, Laura Tavares Ribeiro. Política de ajuste e reforma na seguridade social na América Latina. In: ANDREAZZI, Fátima Silianski e TURA, Luís Fernando Rangel (orgs). **Financiamento e gestão no setor saúde: novos modelos**. Rio de Janeiro: Ed. Escola Anna Nery, 1999.

SOTTANI, Natalia Bazoti Brito; DIAS, Bruno; MARIANO, Sandra; MORAES, Joisy. Ciclo de Políticas Públicas como método de análise de políticas educacionais: uma pesquisa bibliométrica acerca do tema. **Congresso de Administração Sociedade e Inovação (CASI)**, Petrópolis/RJ, 2017.

SOUZA, Françoise Geise. **Implementação da modalidade gratificação por meio de bolsa para pagamento de hora\aula na Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso**. In: CASTRO J. L., DANTAS. C. L.L; LIMA. D. F. (orgs.). Sementes germinadas na Região Centro-Oeste: resumo dos trabalhos apresentados no curso de especialização a distância em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. UFRN (biblioteca Central Zila Mamede) Natal-RN: Uma, 2017.

SOUSA, Francisca Maira Silva; SEVERO, Ana Kalliny de Sousa; SILVA-FÉLIX, Antônio Vladimir; AMORIM, Ana Karenina de Melo Arraes. **Educação interprofissional e educação permanente em saúde como estratégia para a construção de cuidado integral na Rede de Atenção Psicossocial**. *Physis*, 2020, vol.30, no.1. ISSN 0103-7331

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. Política social e democracia: reflexões sobre o legado da seguridade social. **Caderno de Saúde Pública**: Rio de Janeiro, out\dez, 1985. 1(4):400-417. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/d6ftpNpW59VSv5dYRJ4cwKS/abstract/?lang=pt>> Acesso em: 16 de ago. de 2019.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. **O futuro da prevenção**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001. 114 p.

TEIXEIRA, Carmem Fontes; PAIM, Jairnilson Silva. **Políticas de formação de recursos humanos em saúde: conjuntura atual e perspectivas**. *Divulgação em saúde para debate* 1996; (12):19-23;

TEIXEIRA; Carmen Fontes de Souza et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva** 25(9), 2020. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/csc/a/6J6vP5KJZyy7Nn45m3Vfypx/?lang=pt>> Acesso em 03 de fev. de 2022.

TESTA, Mario. **Saber en Salud: la construcción del conocimiento**. University of New Mexico, 2008.

TOBAR, Frederick; YALOUR, Margot Romano. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas. NEPP – Núcleo de Estudos de Políticas Públicas. **Formação de profissionais para a saúde da família: avaliação dos pólos de capacitação, formação e educação permanente de pessoal para o PSF – Etapa 2 e 3**. Campinas: UNICAMP; 2001. (Projeto MS 395/00), versão preliminar de agosto de 2001 e de maio de 2002.

USP – Universidade de São Paulo. **Recursos humanos na atenção básica, estratégias de qualificação e pólos de educação permanente no Estado de São Paulo**. São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea: Consórcio Medicina USP, - Cadernos de Atenção Básica: estudos avaliativos; (4). São Paulo; 2008. 208 p.

VIEIRA, Monica; DURÃO, Anna Violeta Ribeiro; BARRETO, Carlos Maurício Guimarães.; CARVALHO, Valéria Fernandes. **Análise da política nacional de educação permanente em saúde: um estudo exploratório dos projetos aprovados pelo Ministério da Saúde**, Relatório Final. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

VIANA, Ana Luíza D’Avila. **Recursos humanos na atenção básica, estratégias de qualificação e polos de educação permanente no Estado de São Paulo**. São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea: Consórcio Medicina USP, - Cadernos de Atenção Básica: estudos avaliativos; (4). São Paulo; 2008. 208 p.

VIANA, Ana Luíza D’Avila; DAL POZ, Mario Roberto. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):225-264, 2005.

VIANA, Ana Luíza D’Avila.; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Análise de políticas de Saúde. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009. p. 65-105.

VIANA, Ana Luíza D’Avila (Coord.). **Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde** (relatório da pesquisa): São Paulo: USP - Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; abril, 2008. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2463.pdf>> Acesso em: 30 de jun. 2019.

VIANA, Ana Luíza D’Avila; LIMA, Luciana Dias de; FERREIRA, Maria Paula. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Revista Saúde & Sociedade Coletiva**, 2317-2326, 15 (15:) 2010.

VIEIRA, M.; DURÃO, A.V.R.; BARRETO, C.M.G.; CARVALHO, V.F. **Análise da política nacional de educação permanente em saúde: um estudo exploratório dos projetos aprovados pelo Ministério da Saúde**, Relatório Final. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

Apêndices

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE



Universidade de Brasília – UnB / Instituto de Ciências Humanas
 Departamento de Serviço Social / Programa de Pós-Graduação em Política Social
 Doutorado Interinstitucional-DINTER UnB/UFMT em Política Social

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos Trabalhadores de Saúde

Apresentação do estudo:

Senhor (a) este é um convite para participar desta pesquisa intitulada: “**Análise da política de Educação Permanente no Estado de Mato Grosso**”, no período de 2017 a 2019, cujo objetivo analisar o processo de elaboração e implementação da Política de Educação Permanente em Saúde realizada pela Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, no período de 2017 a 2019, a partir do olhar dos gestores, que é coordenada por Vera Lúcia Honório dos Anjos da Universidade de Brasília em Dinter com a Universidade Federal de Mato Grosso.

A sua participação é voluntária, o que significa que o (a) senhor (a) poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

O estudo terá como participantes gestores de saúde do âmbito estadual e municipal e não haverá diferenciação por categoria, ou seja, o instrumento e roteiro será idêntico para todos.

Objetivo do estudo:

Esta pesquisa visa o processo de elaboração e implementação do plano de Educação Permanente em Saúde desenvolvido pela Secretaria do Estado de Saúde de Mato Grosso, assim como verificar em que medida a Política de Educação Permanente em saúde pe um referencial para atuação profissional dos gestores.

Participação no estudo:

Ao aceitar o convite, inicialmente serão feitas algumas perguntas sobre seus dados pessoais e, na sequência a entrevista com algumas questões sobre a sua experiência na gestão de serviços de saúde, relacionadas à educação permanente no âmbito de sua atuação profissional.

Para realização da pesquisa, além da entrevista, outros procedimentos serão adotados como a utilização de documentos afetos à educação permanente publicados e que são de domínio público como: Plano Estadual de Saúde(PES, Plano de Trabalho Anual(PTA, relatórios-RAG, de conferências e eventos -, atas de reuniões, Planos). Estes, serão analisados de modo a encontrar respostas que alcance aos objetivos do estudo. Para tanto, o sigilo, a privacidade e a confidencialidade dos dados dos participantes da pesquisa serão preservados.

Não se espera que o (a) senhor (a) tenha problema algum devido à participação nessa da atividade da pesquisa, pode haver riscos pelas informações prestadas, e provavelmente serão

mínimos de constrangimentos, contudo o (a) entrevistaremos em um local reservado, para que isso não aconteça. Todavia, caso o (a) senhor (a) sinta-se constrangido (a), a entrevista será suspensa e poderá ser remarçada para outro dia. Nenhum dos procedimentos que usamos para realizar essa pesquisa oferece riscos à sua dignidade.

Seus direitos como participante do estudo:

O (a) senhor (a) ao participar desta pesquisa a Sr. (Sra.) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo viabilize informações importantes sobre a compreensão da política de educação permanente em saúde no território mato-grossense e possa contribuir para sua implementação e consolidação no âmbito do estado, conforme prerrogativas prevista na Política Nacional de Educação Permanente, de forma que o conhecimento construído a partir desta pesquisa possa apresentar respostas para contribuir com a política de saúde no Estado de Mato Grosso.

Todas as informações obtidas, sejam documentais e institucionais coletadas neste estudo serão estritamente confidenciais, não será identificado seu nome em nenhum momento e não será divulgado nome completo dos participantes, endereços pessoais, profissionais e outros dados que possam identificar pessoa. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os participantes.

Ressaltamos também, que os resultados do estudo, serão repassados a todos os participantes, e serão divulgados com exposição nas instâncias colegiadas, com apresentação dos dados produzidos, que serão utilizados na produção científica da tese, na publicação de artigos, apresentação em seminários e similares.

Esta pesquisa não remunera por sua participação. Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa.

Os procedimentos adotados para realização desse estudo, obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com seres humanos conforme a Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Você ficará com uma via deste termo e toda dúvida que tiver a respeito desta pesquisa poderá perguntar diretamente para Vera Lúcia Honório dos Anjos, no telefone (65) 98111-2200, no e-mail veradosanjosmt@hotmail.com, ou ainda na sala 09 da Escola de Saúde Pública da Secretaria do Estado de Saúde de Mato Grosso, localizada à Rua Adauto Botelho, nº 552 Coxipó sul, CEP- 78085-200 – Cuiabá- MT.

Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa em Saúde da Secretaria do Estado de Saúde de Mato Grosso (CEP-SES\MT), no endereço à Rua Adauto Botelho, nº 552, Bairro Cophema, fone (65) 3613-2306 - CEP-78085-200 – Cuiabá- MT. E-mail: cep@ses.mt.gov.br.

O CEP-SES\MT, tem como papel social a responsabilidade pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Este papel está bem estabelecido nas diversas diretrizes éticas internacionais (Declaração de Helsinque, Diretrizes Internacionais para as Pesquisas Biomédicas envolvendo Seres Humanos – CIOMS) e brasileiras (Res. CNS n.º 466/2012 e complementares), diretrizes estas que ressaltam a necessidade de revisão ética e científica das pesquisas envolvendo seres humanos, visando a salvaguardar a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar do participante da pesquisa. “toda pesquisa envolvendo seres humanos deverá ser submetida à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa” e cabe à instituição onde se realizam pesquisas a constituição do CEP. A missão do CEP é salvaguardar os direitos e a dignidade dos participantes da pesquisa. Além disso, o CEP contribui para a qualidade das pesquisas e para a discussão do papel

da pesquisa no desenvolvimento institucional e no desenvolvimento social da comunidade. Contribuí ainda para a valorização do pesquisador que recebe o reconhecimento de que sua proposta é eticamente adequada.

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente da pesquisa “Análise da política de Educação Permanente no Estado de Mato Grosso no período de 2017 a 2019

E através deste consentimento, autorizo a publicação da pesquisa excluindo dados pessoais, de forma escrita, podendo utilizar descrições e resultados. Concedo também o direito de retenção e uso para fins de ensino, divulgação em periódicos e/ou revistas científicas do Brasil e do exterior, mantendo a confidencialidade sobre minha identidade, podendo usar pseudônimos.

Cuiabá-MT, _____ de _____ de 2019.

De Acordo,

(nome do (a) participante em letra de forma)

(assinatura do (a) participante)

COMPROMISSO DA PESQUISADORA

Eu apresentei e discuti as questões acima apresentada com o (a) participante do estudo. É minha opinião que o (a) participante entende os riscos, benefícios e direitos relacionados a este projeto.

Vera Lúcia Honório dos Anjos
Entrevistadora

Apêndice B - ROTEIRO DE ENTREVISTA

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: ROTEIRO PARA ENTREVISTA		
CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE		
DATA: _____	HORÁRIO: _____	CÓDIGO _____
ENTREVISTADO(A): _____		
1. A qual dos seguintes grupos etários pertence?		
<input type="checkbox"/> maior de 20 anos		
<input type="checkbox"/> 25 a 29 anos		
<input type="checkbox"/> 30 a 34 anos		
<input type="checkbox"/> 35 a 39 anos		
<input type="checkbox"/> 40 a 44 anos		
<input type="checkbox"/> 45 a 49 anos		
<input type="checkbox"/> 50 a 54 anos		
<input type="checkbox"/> 55 a 59 anos		
<input type="checkbox"/> de 60 ou mais anos de idade.		
2. Sexo:		
<input type="checkbox"/> Masculino		
<input type="checkbox"/> Feminino		
3. Escolaridade:		
<input type="checkbox"/> Primário		
<input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto		
<input type="checkbox"/> Ensino médio completo		
<input type="checkbox"/> Superior incompleto		
<input type="checkbox"/> Superior completo		
<input type="checkbox"/> Especialização		
<input type="checkbox"/> Mestrado		
<input type="checkbox"/> Doutorado		
4. Profissão		
<input type="checkbox"/> Médico		
<input type="checkbox"/> Enfermeiro		
<input type="checkbox"/> Cirurgião Dentista		
<input type="checkbox"/> Assistente Social		
<input type="checkbox"/> Técnico, especificar: _____		
<input type="checkbox"/> Outro, especificar _____		
5. Segmento ou Vinculação a que pertence		
<input type="checkbox"/> Escritório Regional Saúde		
<input type="checkbox"/> Secretaria Municipal de Saúde, especificar _____		
<input type="checkbox"/> Secretaria Adjunta de Estado de Saúde		
<input type="checkbox"/> Escola de Saúde Pública		
6. Vínculo Empregatício		
<input type="checkbox"/> CLT		
<input type="checkbox"/> Efetivo – Concursado Estadual		
<input type="checkbox"/> Efetivo – Concursado Municipal		
<input type="checkbox"/> Efetivo – Concursado Federal		
<input type="checkbox"/> Cargo em Comissão		
7. Tempo no Cargo Atual		
<input type="checkbox"/> menos de 01 ano		
<input type="checkbox"/> mais que 01 anos		
<input type="checkbox"/> mais que 02 anos		
<input type="checkbox"/> mais de 03 anos _____		

DADOS SOBRE EDUCAÇÃO PERMANENTE

1 Possui experiência anterior em Gestão da Saúde?

Sim

Não

2. Tem algum curso específico na área de gestão em Saúde?

Sim, especificar _____

Não

QUESTÕES NORTEADORAS PARA ENTREVISTAS

1. Qual seu entendimento do termo 'educação permanente em saúde'?
2. A Educação Permanente está prevista no Plano Plurianual de Trabalho?
3. Consulta algum instrumento\ferramenta (PNEPS, Relatório de Conferências, Plano de EPS), antes da tomada de decisões?
4. Existe orçamento destinado ao processo de EPS? E como tem sido disponibilizado os recursos para educação permanente?
5. Como foi sua (e da sua região) participação no processo de elaboração do Plano de Educação Permanente no Estado de Mato Grosso no período de dezembro de 2017 a fevereiro de 2018?
6. Quais são as principais proposições de Educação Permanente para Estado de Mato Grosso a partir do ano de 2019?
7. O Plano Estadual de EPS elaborado não consta orçamento, ele está incluso em outro instrumento de planejamento?
8. Quais as potencialidades e dificuldades na incorporação de espaços de Educação Permanente no cotidiano do trabalho em Saúde (ou na sua região)?
9. Você identifica os processos educativos que são oferecidos como sendo educação permanente em saúde? E quais na sua percepção adotam as diretrizes da PNEPS (na sua região e no âmbito do Estado de Mato Grosso)?
10. Esses processos oferecidos, acredita que são:
 - a) capazes de mudar sua prática cotidiana de trabalho
 - b) não consideram sua realidade específica e são direcionadas pela gestão
11. Como avalia a Educação Permanente em saúde no município e\ou no estado?

Anexos

Anexo I - INSTRUMENTOS PEDAGÓGICOS: planilhas/quadro:1, 2, 3 e 4

Quadro 1: Mapeamento dos problemas do pessoal de saúde no SUS Estadual / Municipal / DF

Áreas - Problema / Linhas de ação - Níveis de atenção	Disponibilidade e distribuição de pessoal	Perfil profissional / trabalhadores de saúde	Gestão do Trabalho em saúde
Promoção e vigilância da saúde (epidemiológica, sanitária, ambiental, saúde do trabalhador)			
Atenção Básica (US-NASF-UPA, UBS)			
Atenção de urgência/emergência (SAMU; unidades de atenção ao trauma)			
Atenção especializada			
Atenção Hospitalar (gerais e especializados)			
Rede de apoio diagnóstico e terapêutico (laboratórios e exames de imagem e outros)			
Gestão político-administrativo da SES/SMS (central, regional, local)			

Quadro 2: Priorização de Problemas que demandam ações de EPS por linha de ação

Linha de Ação	Problema(s)	Relevância	Urgência	Factibilidade	Viabilidade	Total de Pontos
Promoção e vigilância da saúde (epidemiológica, sanitária, ambiental e saúde do trabalhador)						
Atenção Básica						
Atenção de urgência / emergência						
Atenção especializada						
Atenção hospitalar						
Rede de apoio diagnóstico e terapêutico						
Gestão político administrativa da SES/ SMS (central regional/local)						

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Planejamento das Ações de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde (Orientações). SEGTES-Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília, 2018

Quadro 3: Problemas, Objetivos e Metas do PEPS por Linha de Ação

Linha de Ação	Problemas	Objetivo Geral	Metas
Promoção e Vigilância da saúde (epidemiológica, sanitária, ambiental, saúde do trabalhador).			
Atenção Básica			
Atenção de urgência/ emergência			
Atenção especializada			
Atenção hospitalar			
Rede de apoio diagnóstico e terapêutico			
Gestão político- administrativa da SES/SMS (central, regional/local)			




MINISTÉRIO DA SAÚDE. Planejamento das Ações de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde (Orientações). SEGTES-Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília, 2018

Quadro 4: Exemplo do módulo operacional (a ser desdobrado por linha de ação)

Problema						
Objetivo geral						
Objetivo (s) Específico (s)						
Meta (s) Ação	Atividades	Responsável	Pessoal envolvido	Recursos Necessários		Prazo de execução
				Material	Financeiros	

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Planejamento das Ações de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde (Orientações). SEGTES-Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília, 2018

Anexo II - Decreto nº 947 de 20 de maio de 2021 – D.O.E. de 21/05/2021 nº. 28.004
páginas 81 – Institui o Programa Especial e Estratégico de Instrumentalização da Saúde
(P.E.E.I.S.)

sexta-feira, 21 de Maio de 2021		Diário Oficial		Nº 28.004	Página 81
DECRETO Nº 947 DE 20 DE MAIO DE 2021.		<p align="center">Institui o Programa Especial e Estratégico de Instrumentalização da Saúde - P.E.E.I.S para ofertar Atenção em Saúde Mental e Apoio Psicossocial aos trabalhadores da saúde que atuam na linha de frente de combate à COVID-19 (Sars-Cov-2) e/ou em áreas e serviços que atendam direta ou indiretamente usuários das unidades estaduais, municipais e consorciadas no âmbito do SUS de Mato Grosso</p>			
<p>O GOVERNADOR DO ESTADO DE MATO GROSSO, no uso das atribuições que lhe confere o inciso III do art. 66 da Constituição do Estado, e</p> <p>CONSIDERANDO a permanência da situação de pandemia no planeta, com especial destaque para o cenário brasileiro, que mantém uma alta taxa de transmissibilidade e de novos casos diários, além de elevados índices de mortes pela COVID-19 (Sars-Cov-2);</p> <p>CONSIDERANDO os impactos que a pandemia da COVID-19 traz à saúde mental dos trabalhadores, requerem dos gestores maior atenção a estes profissionais, uma vez que é recorrente o surgimento e/ou o recrudescimento de transtornos psicopatológicos já existentes, com intenso sofrimento emocional e manifestação de sintomas como: ansiedade, depressão, pânico, instabilidade do sono, do apetite e do humor, aumento do uso e abuso de drogas lícitas ou ilícitas, síndrome de <i>burnout</i>, sintomas psicossomáticos, com perda da qualidade de vida, e, conseqüente prejuízo na qualidade do trabalho;</p> <p>CONSIDERANDO a preocupação do governo do estado em prestar o melhor atendimento à toda a população em face e tempos de pandemia, destacando especial necessidade de cuidado a seus recursos mais fundamentais que são os trabalhadores da saúde;</p> <p>CONSIDERANDO a necessidade de garantir acesso de todos os trabalhadores da saúde, com vínculo de carreira e temporário, estaduais e municipais dos 141 municípios do estado de Mato Grosso, à atenção em Saúde Mental e Apoio Psicossocial,</p> <p align="center">DECRETA:</p> <p>Art. 1º Fica instituído o Programa Especial e Estratégico de Instrumentalização da Saúde - P.E.E.I.S., para ofertar Atenção em Saúde Mental e Apoio Psicossocial aos trabalhadores da saúde que atuam na linha de frente de referência da COVID-19 e de outras unidades de saúde estadual, municipal e/ou consorciadas, mediante declarada intenção da Secretaria Municipal de Saúde em aderir ao programa.</p> <p>Art. 2º O P.E.E.I.S. será instituído por meio da regionalização da intervenção e de um conjunto de ações integradas nas regiões de saúde, visando manter e expandir a oferta de cuidados em saúde mental e apoio psicossocial aos trabalhadores da saúde da Secretaria Estadual e Municipais de Saúde, no contexto da pandemia da COVID-19 (Sars-Cov-2).</p> <p>Art. 3º Para a execução do P.E.E.I.S., a Secretaria de Estado de Saúde - SES/MT organizará equipe de seu quadro de servidores qualificados tecnicamente acerca da Atenção em Saúde Mental e Apoio Psicossocial, que cumprirão carga horária específica, na modalidade de Teletrabalho, por meio da Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde, Superintendência de Atenção à Saúde - SAS e Coordenadoria de Atenção às Doenças Crônicas - COADC.</p> <p>Art. 4º Para consecução do Programa Especial e Estratégico de Instrumentalização da Saúde - P.E.E.I.S., a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso - SES/MT manterá interlocução junto:</p> <p>I - aos Escritórios Regionais de Saúde e Comissão de Integração Ensino e Serviço - CIES;</p> <p>II - às Secretarias Municipais de Saúde/SMS;</p> <p>III - ao Conselho Estadual de Saúde;</p> <p>IV - aos Conselhos Municipais de Saúde;</p> <p>V - ao Conselho de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS/MT;</p> <p>VI - às Comissões Intergestoras Regionais - CIRs;</p> <p>VII - à Comissão Intergestora Bipartite - CIB.</p>		<p>Art. 5º O P.E.E.I.S. organizará as equipes assistenciais multidisciplinares em conjunto com os 16 (dezesseis) Escritórios Regionais de Saúde - ERS, por meio das parcerias interinstitucionais estabelecidas com as Instituições de Ensino Superior - IES e com as Secretarias Municipais de Saúde.</p> <p>Art. 6º O P.E.E.I.S. ofertará às equipes assistenciais multidisciplinares das macrorregiões formação prévia e permanente pertinentes a saúde mental e atenção psicossocial em tempos de pandemia da COVID-19, com conteúdos relativos à assistência em situações de riscos e desastres humanitários e pandêmicos, técnicas de intervenção breve e legislação relacionada à prática de cuidado psicossocial.</p> <p>Parágrafo único A formação de que trata o <i>caput</i> será realizada por meio de plataformas digitais e Tecnologias de Informação e Comunicação - TICS.</p> <p>Art. 7º As equipes assistenciais do P.E.E.I.S. oferecerão atendimento individual e grupal na modalidade digital/online, por meio das Tecnologias de Informação e Comunicação-TICS, conforme preconizado pelo Conselho Federal de Psicologia - CFP na Resolução Nº 4 de 26 de Março de 2020, bem como, pelas resoluções dos demais conselhos de classe.</p> <p>Art. 8º A equipe assistencial do P.E.E.I.S. avaliará, em comum acordo com o próprio trabalhador, a necessidade de realizar encaminhamentos externos dos profissionais atendidos para a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS de sua localidade.</p> <p>Art. 9º As ações estratégicas serão desenvolvidas, pela equipe do P.E.E.I.S., com base em 04 (quatro) eixos fundamentais:</p> <p>I - imersão nas 06 (seis) macrorregiões para diagnóstico situacional e apoio técnico da Rede de Atenção à Saúde - RAS, no componente da saúde mental, e da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS de cada município que tiver realizado adesão ao P.E.E.I.S.;</p> <p>II - supervisão clínico-institucional da assistência oferecida aos trabalhadores da saúde, por meio das equipes constituídas em parcerias conforme o programa;</p> <p>III - oferta de formação prévia e também permanente das equipes assistenciais nas macrorregiões;</p> <p>IV - avaliação e monitoramento da implantação e implementação do P.E.E.I.S.</p> <p>Art. 10 Este decreto entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo a partir de 01 de março de 2021, e vigorará até o reconhecimento, pelo Ministério da Saúde, de que a pandemia da COVID-19 (Sars-Cov-2) não mais se configura como situação de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional.</p> <p>Palácio Paiaguás, em Cuiabá-MT, 20 de maio de 2021, 200º da Independência e 133ª da República.</p> <p align="center">  MAURO MENDES Governador do Estado </p> <p align="center">  MAURO CARVALHO JUNIOR Secretário-Chefe de Casa Civil </p> <p align="center">  GILBERTO GOMES DE FIGUEIREDO Secretário de Estado de Saúde </p>			
<p>DECRETO Nº 948 DE 20 DE MAIO DE 2021.</p> <p align="center">Homologa Situação de Emergência nas áreas afetadas por chuvas intensas no município de Santa Carmem-MT.</p> <p>O GOVERNADOR DO ESTADO DE MATO GROSSO, no uso das atribuições que lhe confere o artigo 66, inciso III, da Constituição Estadual, e com fundamento no artigo 22 da Lei nº 10.670, de 16 de janeiro de 2018, que instituiu a Política Estadual de Proteção e Defesa Civil - PEPDEC, e</p>					

Anexo III - Portaria nº 638/2021 (23/8/2021) constituição de Núcleos de EPS nas unidades de saúde de Mato Grosso

PORTARIA Nº 638/2021/GBSES Institui as diretrizes para implantação dos Núcleos de Educação Permanente em Saúde (NEPS) em Unidades da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE, no uso das atribuições legais que lhe confere o Artigo 71, Incisos I e II da Constituição Estadual,

CONSIDERANDO o disposto no artigo 200, III, da Constituição Federal, que versa sobre a competência do SUS, no sentido de ordenar a formação de recursos humanos para a área da saúde;

CONSIDERANDO a disposição expressa contida na Lei nº 8080/90, em seu artigo 6º, III, incluindo-se no campo de atuação do SUS a ordenação de formação de recursos humanos na área da saúde, bem como constar na mesma lei, em seu artigo 15, IX, como atribuição comum à União, Estados e Municípios, a participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;

CONSIDERANDO a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS) que enfatiza a relevância do trabalho em saúde e a necessidade de valorização dos profissionais de saúde na consolidação do SUS;

CONSIDERANDO a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída e orientada pelas Portarias nº 198 GM/MS de 14/02/2004 e nº 1996 GM/MS de 20/08/2007, nas quais se reconhece e afirma o papel das Secretarias Estaduais de Saúde como Secretarias Educadoras e a efetividade da aprendizagem em serviço como processo de qualificação profissional;

CONSIDERANDO a Portaria GM/MS de nº 3.194 de 28/11/2017, que dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS;

CONSIDERANDO a necessidade de desenvolver ações para a formação e a Educação Permanente em Saúde (EPS) de profissionais e trabalhadores do SUS e à transformação das práticas a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho;

CONSIDERANDO a importância de criar espaços institucionais nos serviços de saúde do SUS de Mato Grosso que busquem a transformação e melhoria da qualidade da atenção à saúde por meio da Educação Permanente em Saúde e;

CONSIDERANDO Resolução CIB/MT nº 12 de 05/03/2020, que dispõe sobre a responsabilidade da Escola de Saúde Pública de Mato Grosso - ESPMT na Gestão da Política da Educação Permanente em Saúde e suas atribuições na Comissão de Integração Ensino Serviço - CIES Estadual.

CONSIDERANDO a Portaria nº 264/2021/GBSES de 27/05/2021, que regulamenta o desempenho da atividade de magistério, supervisão, tutoria, monitoria, conteudista, coordenação de curso e demais processos educativos no âmbito da Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso - ESPMT.

RESOLVE:

Art. 1º Instituir as diretrizes para implantação do Núcleo de Educação Permanente em Saúde - NEPS em Unidades da SES-MT, com o objetivo de ativar processos educacionais, no micro espaço de trabalho, nos Hospitais Regionais, nas Superintendências e Diretorias da Secretaria de Estado de Saúde, reconhecendo práticas e saberes existentes no cotidiano do trabalho em saúde, incentivando assim a produção de novos sentidos no fazer saúde.

Parágrafo único. Para fins desta Portaria, excetua-se os Escritórios Regionais de Saúde, os quais estão institucionalizados em sua estrutura as Comissões de Ensino e Serviço - CIES Regionais.

Art. 2º O Núcleo de Educação Permanente em Saúde - NEPS constitui-se como o espaço de articulação para implantação e desenvolvimento das Políticas e/ou Práticas de Educação Permanente em Saúde, processos educacionais e educativos, no âmbito da gestão estadual do SUS, de forma coordenada e descentralizada, nas unidades da SES-MT.

Art. 3º São objetivos do Núcleo de Educação Permanente em Saúde - NEPS:

- I. Fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS), por meio do desenvolvimento profissional dos trabalhadores da saúde, bem como a melhoria do processo de trabalho nas unidades de atenção à saúde no âmbito da SES-MT, com base na aprendizagem significativa e valorização das especificidades dos espaços em que atuam visando à transformação da assistência prestada aos usuários dos serviços;
- II. Promover transformações nas práticas do trabalho, com base na integralidade, educação em serviço e reflexões críticas, propondo o encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho, através da intersecção entre o aprender e o ensinar na realidade dos serviços;
- III. Integrar ensino, serviço e comunidade e valorizar a regionalização da gestão do SUS, enquanto base para o desenvolvimento de iniciativas qualificadas ao enfrentamento das principais necessidades e demandas do sistema público de saúde do país;
- IV. Instituir relações orgânicas e permanentes entre as estruturas de gestão, atenção, ensino e controle social para o fortalecimento da rede de atenção à saúde;

- V. Promover espaços democráticos para diálogos onde se conecta a experiência do encontro entre os próprios trabalhadores, gestores, usuários na perspectiva da Educação Permanente em Saúde - EPS para reconhecimento das necessidades de aprendizagem em serviço que contribuam para melhoria da qualidade da atenção à saúde;
- VI. Promover o convite aos trabalhadores do SUS para a invenção de práticas de aprender, de cuidar e de fazer/viver a Educação Permanente em Saúde - EPS para que possam dar destaque à potência do trabalho vivo em ato.

Art. 4º O Núcleo de Educação Permanente em Saúde - NEPS é parte do organograma da respectiva Unidade de Saúde da SES-MT.

Art. 5º A instituição do Núcleo de Educação Permanente em Saúde - NEPS se dará por meio de Portaria, devendo a unidade encaminhar a Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso a composição dos trabalhadores

Parágrafo primeiro. A constituição do Núcleo de Educação Permanente em Saúde - NEPS se dará por trabalhador lotado na unidade, e deverá ser composto por um Coordenador, um Secretário e por trabalhador/representante.

Parágrafo segundo. O Coordenador e Secretário do NEPS deverá preferencialmente, ser ocupante de cargo efetivo.

Art. 8º Os membros do Núcleo de Educação Permanente em Saúde - NEPS terão garantida, em sua jornada de trabalho semanal, carga horária disponível para que possam acompanhar e desenvolver as atividades do Núcleo de Educação Permanente em Saúde - NEPS.

Art. 9º A unidade da SES-MT assumirá o compromisso de garantir o funcionamento básico do NEPS e para isso, disponibilizará espaço físico e estrutura adequada.

Art. 10 O Núcleo de Educação Permanente em Saúde - NEPS desenvolverá ações de Educação Permanente em Saúde articulado com as 16 (dezesseis) Comissões de Integração Ensino e Serviço, a Comissão Estadual de Integração de Ensino e Serviço, e as coordenadorias da ESPMT.

Art. 11 O gestor da unidade indicará para representação na CIES Regional/ Estadual preferencialmente membro que compõe o Núcleo de Educação Permanente em Saúde - NEPS de sua unidade.

Art. 12 O coordenador e os demais membros do Núcleo de Educação Permanente em Saúde - NEPS manterão agenda de reuniões ordinárias e extraordinárias, que deverão ter registro em ata.

Art. 13 As ações desenvolvidas pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde - NEPS deverão ser encaminhadas por meio de relatório mensal para a ESPMT.

Art. 14 Os processos de trabalho do Núcleo de Educação Permanente em Saúde - NEPS acontecerão por meio de diálogos coletivos e participativos, atendendo às necessidades dos processos de Educação Permanente em Saúde (EPS) das unidades da SES-MT.

Art. 15 Cada Núcleo de Educação Permanente em Saúde - NEPS deve elaborar e instituir Regimento Interno próprio, validado entre os seus membros, e encaminhado a ESPMT para formalização de Portaria Interna.

Art. 16 O planejamento organizacional, orçamentário e financeiro para execução das ações do Núcleo de Educação Permanente em Saúde - NEPS deverá constar no PTA da ESPMT, de forma articulada com a CIES Estadual e as áreas técnicas da SES-MT, conforme as diretrizes da Política de Educação Permanente e do Plano de Desenvolvimento institucional da ESPMT.

Art. 17 São competências do Núcleo de Educação Permanente em Saúde - NEPS:

I. Planejar, executar, monitorar e avaliar os processos educacionais, tendo por base os objetivos propostos na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS e as diretrizes e ações do Plano de Desenvolvimento institucional da ESPMT;

II. Identificar, analisar e priorizar, por meio de diálogos coletivos e participativos, as demandas de formação e qualificação dos trabalhadores de saúde da Unidade da SES-MT;

III. Estimular a integração ensino-serviço-comunidade de acordo com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS;

IV. Fundamentar suas ações na integralidade, educação em serviço, articulação entre a prática de assistência, gestão e o ensino;

V. Desenvolver aprendizagem significativa por meio de processos educacionais na saúde de forma contextualizada que possibilitem a reflexão da prática, respeitando os diferentes saberes;

VI. Viabilizar, conjuntamente com a Gestão da Unidade, suporte técnico, educacional e logístico, para execução de ações dos processos de Educação Permanente em Saúde do Núcleo de Educação Permanente em Saúde - NEPS;

VII. Promover em conjunto com a ESPMT a intersectorialidade no planejamento e execução das atividades de formação e qualificação;

VIII. Divulgar internamente eventos educacionais municipais, estaduais, nacionais e internacionais quando for de interesse da respectiva Unidade;

IX. Participar dos eventos educacionais promovidos pela SES-MT, que possibilitem integrar e divulgar os trabalhos desenvolvidos pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde - NEPS;

X. Participar de todas as reuniões das Comissões de Integração Ensino Serviço - CIES de acordo com respectivas localidades;

XI. Participar das reuniões sobre estágios e/ou práticas curriculares e residências em saúde que acontecerão na Unidade da SES-MT à qual pertence o Núcleo de Educação Permanente em Saúde - NEPS, para inclusão do dialogo da integração ensino, serviço e comunidade;

XII. Divulgar e orientar a utilização das tecnologias educacionais voltadas para o SUS;

XIII. Divulgar as políticas de incentivo à Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde estaduais e nacionais;

XIV. Cooperar na mobilização para mudança das práticas de trabalho em saúde.

Art. 18 A Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso - ESPMT **desenvolverá atribuições de gestora da Política de Educação Permanente em Saúde em conjunto com as CIES, Estadual e Regionais, na elaboração das diretrizes técnicas e operacionais para os Núcleos de Educação Permanente em Saúde - NEPS, com vistas a fortalecer e promover, de modo transversal e integrado, a Política de Educação Permanente em Saúde no Estado de Mato Grosso.**

Art. 19 Compete a Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso-ESPMT a qualificação dos profissionais que compõem o Núcleo de Educação Permanente em Saúde - NEPS.

Art. 20 A Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso-ESPMT por meio da Secretaria de Estado de Saúde, no exercício de sua competência, poderá **constituir instâncias colegiadas, entre os envolvidos, para dirimir questões não previstas nesta Portaria.**

Art. 21 Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação. Registrada, Publicada, CUMPRASE. Cuiabá-MT, 20 de agosto de 2021.

Anexo IV - Carta da oficina de monitoramento e avaliação da PNEPS, ao Ministério da Saúde**OFICINA NACIONAL DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA
POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE – PNEPS****AO MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL****CARTA DE BRASÍLIA**

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS vem sendo implementada em todo o país ao longo dos últimos 20 anos, articulando atores da gestão, dos serviços, das instituições formadoras e do controle social, buscando a qualificação das práticas e almejando entre os efeitos, a reorganização dos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde - SUS.

Ao longo do processo de implementação da PNEPS os Estados experimentaram avanços, mas também dificuldades para a sua operacionalização. A descontinuidade no investimento na PNEPS por parte do Ministério da Saúde, que é o responsável pela elaboração de diretrizes, pela garantia e participação no financiamento e apoio técnico aos demais entes federados, contribuiu para que esta não se efetivasse plenamente em todo território nacional.

Neste contexto, destacamos que as Secretarias Estaduais de Saúde vêm atuando no sentido de implementar as diretrizes da Política de EPS, fortalecer a integração ensino-serviço e a efetivação de ações que visam o desenvolvimento das trabalhadoras e dos trabalhadores da saúde no SUS.

Assim, no período de 2018-2019, as Secretarias Estaduais de Saúde elaboraram os Planos Estaduais de Educação Permanente em Saúde para o quadriênio. Os referidos planos foram encaminhados ao Ministério da Saúde em 2019 e estão publicizados na site institucional do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS e das respectivas secretarias de saúde. Ao mesmo tempo foi deflagrado o debate sobre o monitoramento e avaliação da PNEPS, permitindo ampla discussão sobre as dimensões da política (na perspectiva da gestão, dos processos formativos e dos efeitos produzidos no processo de trabalho em saúde).

Para tanto, cabe destacar que se constitui como responsabilidade do Ministério da Saúde a institucionalização e o desenvolvimento da PNEPS no âmbito nacional de acordo com o que dispõe a Constituição Federativa do Brasil de 1988 e demais regramentos do SUS, incluídos nestes a própria PNEPS, instituída por meio da Portaria nº. 1.996/2007.

*Viviane**[Handwritten signature]**vap**Bruno**[Handwritten signature]**[Handwritten signature]**[Handwritten signature]**[Handwritten signature]**[Handwritten signature]**[Handwritten signature]**[Handwritten signature]**[Handwritten signature]**[Handwritten signature]**[Handwritten signature]**[Handwritten signature]**[Handwritten signature]**[Handwritten signature]*

No âmbito dos Estados os investimentos advindos da PNEPS, permitirão a produção de informações relevantes que poderão subsidiar o processo decisório em torno da identificação de prioridades, e melhor aproveitamento dos recursos e qualificação das ações e serviços no âmbito do SUS.

Considerando a importância da Educação Permanente para o SUS os representantes dos estados brasileiros reunidos na Oficina Nacional de Monitoramento e Avaliação da PNEPS, realizada em Brasília no dia 18 de novembro de 2021, encaminham ao Ministério da Saúde os principais aspectos que precisam ser desenvolvidos para efetivação da PNEPS:

- ✓ Garantir a condução democrática, descentralizada da PNEPS, efetivando suas diretrizes e dispositivos;
- ✓ Apoiar técnica e financeiramente os Planos Estaduais de EPS;
- ✓ Implantar processos de monitoramento e avaliação orientados pela construção coletiva e pactuada;
- ✓ Estabelecer uma rede de cobertura nacional de articuladores estaduais para as ações de EPS;
- ✓ Instituir um grupo de trabalho para acompanhamento do processo de avaliação e monitoramento das ações para efetivação da PNEPS;
- ✓ Retomar o financiamento efetivo para a educação permanente, com repasse programado, regular e automático de recursos para a pauta da EPS;
- ✓ Promover maior transparência na escolha dos critérios adotados na aplicação dos recursos financeiros de EPS.

Por fim, diante do exposto e considerando a EPS como uma política fundamental e estruturante do campo da saúde pública, sobretudo por compreender que o investimento nesta pauta qualifica o trabalho em saúde, reafirmamos o compromisso dos estados com o fortalecimento do SUS universal, integral e equânime, bem como com a melhoria da gestão e da atenção em saúde de forma democrática e participativa, na medida que tenhamos respaldo técnico, com financiamento compatível aos estados pelo Ministério da Saúde, tendo em vista a magnitude da garantia direito à saúde à população, fundamento precípua do SUS no Brasil.

Liviane

[Signature]

vaf

[Signature]

[Signature]

[Signature]

[Signature]

[Signature]

[Signature]

[Signature]

[Signature]

[Signature]

[Signature]

[Signature]

[Signature]

[Signature]

[Signature]

Assinam esta carta os representantes dos Estados presentes na Oficina Nacional de Monitoramento e Avaliação da PNEPS:

Nº.	Nome	Estado
1	Fernando de Toledo Barros Wendhausen FBW	SC
2	Luiz Claudio Dourado Leite Q	ES
3	Edgar Osório	MS
4	Jair Cunha	SES-AM
5	Fabíola Bernardini Braga	Ses/TO
6	José Luis Rivo de M. Geneine	CE
7	Marcela Milena Araújo Ramos	Rondônia
8	Cláudia Aragão Trigo de Loureiro	Sergipe
9	Silvia Aparecida Tomaz	M.T
10	Rayane Larissa S. Araújo Monteiro	RN
11	Nádia Cristina Von Fickinger	RR
12	Patúrcia de Lóssia do S. Bezerra	AL
13	Bonina de Jesus Dias do Araújo Ferreira	Piauí
14	Feliana Siqueira Santos	Pernambuco
15	Carina Pacheco Teixeira	RJ
16	Israel dos S. Costa	PB
17	Silvana Matos Amaral	RS
18	Arquie Getêlia Livelli Becker	AC
19	EDSON DONICA	PR
20	Cláudia Inês Silva	PA
21	Bruno Guimarães de F. B.	BA

22	Luca Moreira Martins	MG
23	Jorge Luis Pinheiro de Azevedo	AI
24	Vania Alessandra Feres	SP
25	Wellington Queiroz de Fretos	MA
26	Viviane do Carmine Reiselles	GO
27	Erica M de Araújo Redondo	DF

Anexo V- Resolução CIB-MT ad Referendum nº 8 de 21 de janeiro de 2019 – aprova o PEEPS-MT

SES
SECRETARIA DE
ESTADO DE SAÚDE



GOVERNO DE
**MATO
GROSSO**

455 65 3613-6412 | 3615-6313
PALÁCIO PAIAGUÁS - CENTRO POLÍTICO ADMINISTRATIVO
CUIABÁ - MATO GROSSO - CEP: 78090-970

WWW.MT.GOV.BR

Resolução CIB/MT Ad Referendum Nº. 08 de 29 de janeiro de 2019.

Dispõe sobre aprovação do Plano Estadual de Educação Permanente do Estado de Mato Grosso.

A COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DE MATO GROSSO, no uso de suas atribuições legais e considerando:

- I. A Portaria GM/MS Nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências;
- II. A Portaria GM/MS Nº 2.953, de 25 de novembro de 2009 que define recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;
- III. A Portaria GM/MS 3.194, de 28 de novembro de 2017, que dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde – PRO EPS SUS, tem como objetivo geral estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde para a transformação das práticas de saúde em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho;
- IV. A Portaria GB/SES Nº. 257, de 29 de outubro de 2018, que constitui Grupo Técnico Estadual –GTE, responsável pela condução da elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde de Mato Grosso (PEEPS/MT);
- V. A Portaria de Consolidação GM/MS Nº. 03, de 28 de setembro de 2017, Anexo I, Estabelece as Diretrizes para Organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS (Origem: PRT MS/GM 4279/2010, Anexo 1)
- VI. O resultado das Oficinas Estadual e Regionais ocorridas no período de agosto a outubro de 2018, nas regiões de saúde com participação das respectivas representações totalizando 09 (nove) oficinas, e, o Seminário de Socialização e Validação dos produtos das Oficinas Regionais do PRO EPS SUS ocorrido em 05 e 06 de dezembro de 2018, subsídios para elaboração do PEEPS/MT;
- VII. A imprescindibilidade do PEEPS-MT, como marco regulatório para a proposição e execução de processos e desenvolvimento profissional para o SUSMT.

RESOLVE:

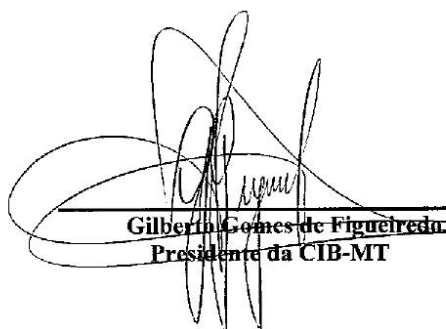
Art. 1º - Aprovar o Plano Estadual de Educação Permanente no Estado de Mato Grosso.

Art. 2º - O Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde de Mato Grosso (PEEPS-MT) contempla a articulação de quatro dimensões, quais sejam: política, técnica, econômica, e pedagógica, demarcando o referencial político- pedagógico que orienta a programação das ações educativas.

Art. 3º - O Plano segue as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde expressa nas orientações (manual) de Planejamento das Ações de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde, a partir dos seguintes eixos: a) necessidade de saúde, a partir do mapeamento dos problemas de saúde; b) linhas de ação do cuidado; c) Promoção e Vigilância da saúde; d) Atenção Básica; e) Atenção de urgência/emergência; f) Atenção especializada; g) Atenção hospitalar; h) Rede de apoio diagnóstico e terapêutico; i) Gestão político- administrativa e saúde do trabalhador;

Art. 4º - Esta resolução entra em vigor a partir da data de sua assinatura.

Cuiabá-MT, 29 de janeiro de 2019



Gilberto Gomes de Figueiredo
Presidente da CIB-MT



Silvia Regina Cremones Sirena
Vice-Presidente do COSEMS/MT

Anexo VI – Resposta à Carta de Brasília, do Ministério da Saúde

01/02/2022 15:44

SEI/MS - 0024412587 - Ofício-Circular



Ministério da Saúde
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
Departamento de Gestão da Educação na Saúde

OFÍCIO CIRCULAR Nº 6/2021/DEGES/SGTES/MS

Brasília, 17 de dezembro de 2021.

Senhores (as) Representantes dos Estados e do Distrito Federal.

Assunto: Resposta à Carta de Brasília.

Prezados (as) Senhores e Senhoras,

1. Em resposta à Carta de Brasília, assinada por representantes dos 26 Estados da federação e do Distrito Federal (DF), entregue à Coordenadora-Geral de Ações Técnicas do Departamento de Gestão da Educação na Saúde da Secretaria do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde no encerramento da oficina Nacional de Monitoramento e Avaliação da PNEPS, que ocorreu em Brasília no dia 18/11/2021, informamos que os anseios e as preocupações dos senhores (as) em relação à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) vem ao encontro das providências e iniciativas adotadas por este Departamento, desde o ano de 2017, quando houve uma retomada significativa de projetos, programas e atividades para fortalecer as práticas de Educação Permanente em Saúde e, conseqüentemente, a PNEPS.
2. Nesse período, criou-se o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente no SUS (PRO-EPS-SUS), cujo objetivo geral foi estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde para a transformação das práticas em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho.
3. Ressalta-se que, por meio da Portaria nº 3.342, de 7 de dezembro de 2017, foi repassado incentivo financeiro de custeio para execução de ações de Educação Permanente em Saúde da ordem de R\$ 64.282.000,00 (Sessenta e quatro milhões, duzentos e oitenta e dois mil reais) a 5.233 municípios que aderiram ao Programa e ao Distrito Federal (DF), bem como o valor de R\$ 5.650.000,00 (Cinco milhões, seiscentos e cinquenta mil reais) aos estados e ao DF, além de orientação técnica para elaboração dos Planos Estaduais de Educação Permanente em Saúde, obedecendo a critérios estabelecidos na Portaria 3.194 de 28 de novembro de 2017.
4. Foram viabilizados também três (3) projetos, sendo dois em parceria com o Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia, denominados de “Processo de Implementação da PNEPS” e “Orientações para o Monitoramento e Avaliação da PNEPS”, bem como um projeto de Apoio Institucional às Escolas de Saúde Pública sob a tríade ensino –pesquisa e extensão, em parceria com o Centro de Estudos e Pesquisa em Desenvolvimento Tecnológico em Saúde Coletiva (CEPESC).
5. Esses projetos contaram com a ampla participação dos representantes dos diversos segmentos que constituem os atores da PNEPS nos Estados, o que constata o caráter democrático da PNEPS. Lembramos ainda que as diretrizes da Política dispõem sobre a criação de espaços de articulação

05/2022 07:10

Email – Vera Lúcia Honório dos Anjos – Outbox

01/02/2022 15:44

SEI/MS - 0024412587 - Ofício-Circular

intra-institucional e intersetorial, com a participação efetiva de todos os atores locais nas decisões, planejamento e operacionalização da Política, além de preconizar que todas as ações sejam realizadas na lógica ascendente, garantindo a condução democrática e descentralizada.

6. Outra ação que foi desenvolvida, refere-se a análise dos Planos Estaduais de Educação Permanente em Saúde, seguida de reuniões via Web, com os gestores da PNEPS de todos os Estados e do DF para dialogar sobre a análise dos PEEPS e a execução das ações de EPS constantes dos Planos, além daquelas realizadas no contexto da pandemia.

7. No momento, as duas coordenações do DEGES estão se organizando para dar continuidade ao apoio técnico aos entes federados na implementação, desenvolvimento, monitoramento e avaliação da PNEPS, dentre outras ações. Essas duas coordenações do DEGES estão empenhadas em estabelecer referências técnicas para atender Estados e Municípios, criar grupo de apoio à implementação do monitoramento e avaliação da PNEPS, além da possibilidade de estabelecer incentivo financeiro para incrementar a implementação e operacionalização da Política e dos PEEPS.

Atenciosamente,

MUSA DENAISE DE SOUSA MORAIS DE MELO
Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Musa Denaise de Sousa Morais de Melo, Diretor(a) do Departamento de Gestão da Educação na Saúde**, em 24/12/2021, às 13:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0024412587** e o código CRC **76EDFBFD**.

Referência: Processo nº 25000.172056/2021-29

SEI nº 0024412587

Departamento de Gestão da Educação na Saúde - DEGES
SRTV 702, Via W5 Norte - Bairro Asa Norte, Brasília/DF, CEP 70723-040
Site - saude.gov.br