



**UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL**  
**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL**

**Maria Raquel Pilar Steyer**

**Militância e políticas de educação em saúde: uma análise a partir da CIES (Comissão de Integração Ensino-Serviço) na Região 28 de Saúde – RS.**

**Santa Cruz do Sul,  
2016.**

**Maria Raquel Pilar Steyer**

**Militância e políticas de educação em saúde: uma análise a partir da CIES (Comissão de Integração Ensino-Serviço) na Região 28 de Saúde – RS.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional – Mestrado e Doutorado, área de concentração em Desenvolvimento Regional, linha de pesquisa “Estado, instituições e Democracia”, da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Regional.

Orientador: Professor Dr. Marco André Cadoná.

Co-orientadora: Professora Dra. Leni Dias Weigelt.

**Santa Cruz do Sul,**

**2016.**

**Militância e políticas de educação em saúde: uma análise a partir da CIES (Comissão de Integração Ensino-Serviço) na Região 28 de Saúde – RS.**

Esta dissertação foi submetida ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional- Mestrado e Doutorado; Área de concentração em Desenvolvimento Regional: Linha de Pesquisa: Estado, Instituições e Democracia Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Regional.

---

Prof. Dr. Marco André Cadoná (orientador) – PPGDR/UNISC

---

Prof. Dra. Leni Dias Weigelt (co-orientadora) - UNISC

---

Prof. Dra. Sílvia Virgínia Coutinho Areosa – PPGDR/UNISC

---

Prof. Dr. Carlos José Naujorks – Departamento de Psicologia/UFSC

*Dedico esta dissertação a todos aqueles que apoiaram e contribuíram de alguma forma para a sua realização. Em especial, para meu pai que, em vida, me incentivou e acreditou que isto seria possível e (in memoriam) iluminou o esforço dedicado na realização do Mestrado.*

## AGRADECIMENTOS

Creio que só foi possível chegar o momento final desta dissertação tendo o apoio de muitos amigos durante todo o seu processo. Nesse sentido, quero agradecer especialmente:

À bondade divina que, de forma insistente, me ensina que “tudo posso, pois Ele me fortalece”.

À minha mãe, que nas atitudes mais simples me ensinou o verdadeiro valor da vida, das pessoas e do trabalho. E principalmente, me ensinou a construir e reconstruir.

À minha fonte de energia e esperança em um mundo melhor, minha querida filha Victoria Thalya, que me incentivou durante todo o tempo. És maravilhosa, eu a amo e agradeço a Deus por tê-la em minha vida.

Ao meu orientador, Marco André Cadoná, que com sua sabedoria me instigou a vencer desafios e a construir sonhos. Obrigado pelos ensinamentos, pela tolerância, pelo comprometimento e dedicação. Agradecer é pouco. Deixo registrado a sua importância no processo de construção desta dissertação.

À minha co-orientadora, professora Leni Dias Weigelt, primeira pessoa a compartilhar desse meu desejo, pela confiança pelo incentivo e pelo conhecimento compartilhado durante a minha formação. Sou profundamente grata!

Aos professores que aceitaram participar da banca de defesa, Prof. Sílvia Areosa e Prof. Carlos José Naujorks por mostrarem disposição com contribuições construtivas e enriquecedoras. Foi grande a satisfação em tê-los como avaliadores, pesquisadores que são referências para este trabalho.

À coordenação, professores e trabalhadoras do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional, da Universidade de Santa Cruz do Sul.

Aos colegas de mestrado agradeço a vocês por toda confiança, tolerância, respeito, força, companheirismo e alegrias. Obrigada por vocês terem feito parte da

minha vida nesta caminhada, pelos momentos de troca de experiências e aprendizado proporcionado principalmente pelo carinho, amizade e espírito de união.

Às amigas Sucila Leipnitz, Cláudia Fanfa e Marilda Severo, pelas inúmeras contribuições em toda a minha trajetória profissional. Por diferentes caminhos, sempre foram para mim referências como profissionais e como militantes na defesa do 100% SUS.

Ao “povo da CIES”, colegas que militam pela implementação da política de educação em saúde na Região 28 de Saúde-RS, que buscam e compartilham conhecimentos e lutam para fazer essa realidade acontecer e que dedicaram parte de seu tempo às entrevistas. Mas deram muito mais que um pouco de tempo, relataram suas vidas e deixaram que eu utilizasse seus depoimentos da maneira que eu desejasse. Por vocês esse trabalho foi possível. Muito obrigada.

À Maria Luísa Macedo a quem devo um agradecimento muito especial pois devido a sua longa experiência como militante na saúde e na CIES me acolheu todas as vezes que a procurei e me ajudou a destrinchar as documentações, legislações e portarias relativas à Política de Educação Permanente em Saúde e da CIES.

Aos colegas, amigos e companheiros de trabalho e todos que estiveram comigo nesses tempos inesquecíveis de estudo e que souberam entender meus afastamentos e que me incentivaram na conquista desse trabalho: muitíssimo obrigada!

Aos sujeitos da pesquisa, pela disponibilidade e seriedade ao participar do estudo. Aprendi muito com todos vocês! Muito Obrigada!

Finalmente, agradeço muito a todos os profissionais da saúde que acreditam no Sistema Único de Saúde, que procuram aprender, refletir e reinventar as suas práticas na construção dessa rede em prol dos usuários.

*“Esta é mais uma etapa que se cumpre. E outra que se inicia nessa roda viva que é a nossa vida”.*

*Ninguém pode estar no mundo, com o mundo e com os outros de forma neutra [...]. A acomodação em mim é apenas caminho para a inserção, que implica decisão, escolha, intervenção na realidade.*

(Paulo Freire).



## **LISTA DE ABREVIATURAS**

ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

APAE – Associação de Pais e Amigos do Excepcional.

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde.

CEPRU – Centro de Educação Profissional/UNISC.

CEREST – Centro de Referência de Saúde do Trabalhador .

CGT – Confederação Geral dos Trabalhadores.

CIB – Comissão Intergestores Bipartite.

CIES – Comissão de Integração Ensino-Serviço.

CIR – Comissão Intergestores Regionais.

CIT – Comissão Intergestores Tripartite.

CNS – Conselho Nacional de Saúde .

COGERE – Colegiado de Gestão Regional.

CONTAG – Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura.

CRS – Coordenadoria Regional de Saúde.

CUT – Central Única dos Trabalhadores .

ESP – Escola de Saúde Pública.

FEBEM – Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor.

GEPS – Grupo de Estudo e Educação em Saúde.

GETESC – Grupo Estudantil de Trabalho e Educação em Saúde Coletiva.

GM – Gabinete Ministerial.

GT – Grupo de Trabalho.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias.

LOA – Lei Orçamentária Anual.

MS – Ministério da Saúde.

NOAS – Normas Operacionais de Assistência à Saúde.

NOB – Normas Operacionais Básicas.

NUMESC – Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva.

NURESC – Núcleo Regional de Educação em Saúde Coletiva.

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde.

PEPS – Polos de Educação Permanente em Saúde.

PET – Programa de Educação pelo Trabalho.

PIB – Produto Interno Bruto.

PPA – Plano Plurianual de Saúde .

PROESF – Projeto de Expansão da Saúde da Família.

PRÓ-PET – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde.

PSF – Programa de Saúde da Família.

RIS – Residência Integrada em Saúde.

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

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

SUS – Sistema Único de Saúde.

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura.

UNISC – Universidade de Santa Cruz do Sul.

VAB – Valor Acrescentado Bruto.

VERSUS – Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde.

## **LISTA DE MAPAS**

MAPA 01 – Vale do Rio Pardo – Rio Grande do Sul.

## **LISTA DE QUADROS**

QUADRO 01 – Comparação entre concepções de saúde-doença do modelo biomédico e do modelo defendido na reforma sanitária.

QUADRO 02 – Produto Interno Bruto (PIB), Produto Interno Bruto Per Capita (PIB percapita), Valor Adicionado Indústria (VAB Indústria), Valor Adicionado Serviços (VAB Serviços), Valor Adicionado Agropecuária (VAB Agropecuária) e Valor Adicionado Serviços Públicos (VAB Serviços Públicos) dos municípios da Região 28 de Saúde (dados referentes ao ano de 2013).

QUADRO 03 – Empregos formais, por setor econômico, nos municípios da Região 28 de Saúde.

QUADRO 04 – População Residente na Região 28 de Saúde, por local de moradia (Censo Demográfico de 2010)

QUADRO 05 – Área e Densidade Demográfica da Região 28 de Saúde

QUADRO 06 – Serviços de saúde selecionados, por existência nos municípios da Região 28 de Saúde.

QUADRO 07 – Projetos executados com recursos financeiros entre 2007 – 2014 no âmbito da educação permanente na região 28 de Saúde. Vale do Rio Pardo – Rio Grande do Sul.

QUADRO 08 – Entrevistados, de acordo com algumas características socioeconômicas.

## **LISTA DE GRÁFICOS**

GRÁFICO 01 – População Residente Urbana e Rural da Região de Saúde 28-RS.

GRÁFICO 02 – População Residente conforme Gênero.

GRÁFICO 03 – População Residente por grupos de Idade.

GRÁFICO 04 – População Residente por cor da pele.

## RESUMO

Esta dissertação permitiu uma análise sobre a construção da política pública regional de educação permanente aos profissionais da área de saúde, sobretudo aos que atuam na Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) na Região 28 de Saúde-RS e da constituição histórica da militância nesse processo. Da mesma forma, foram analisados os conflitos e embates presentes nas concepções das políticas públicas de educação em saúde, com especial atenção ao espaço político que os participantes da referida comissão ocupam não somente na discussão sobre educação em saúde na região, mas, sobretudo, na articulação política junto aos municípios e também na Região, visando concretizar ações educativas dirigidas aos profissionais de saúde. Sob o ponto de vista da educação em saúde, o SUS implantou no âmbito da Política Nacional de Educação Permanente, diretrizes operacionais para a constituição e funcionamento das Comissões de Integração Ensino-Serviço como órgão condutor para a qualificação profissional. Portanto, na Região 28 de Saúde, a CIES vem desenvolvendo estratégias, visando a construção de uma política de educação permanente de saúde e, para a própria configuração sociopolítica, definida por uma militância que se desenvolve com os movimentos e ações da CIES possibilitando o desenvolvimento formativo dos trabalhadores de saúde como fator fundamental e indispensável à qualidade da atenção à saúde. Quanto aos procedimentos metodológicos, estes foram implicados em duas frentes de levantamento de dados numa abordagem qualitativa, compreendidos em dados secundários que abrangeram um estudo sobre as legislações relacionadas à política de educação permanente em saúde e a estruturação da CIES, e também de dados primários, que além do levantamento e análise documental, da CIES da Região 28 de Saúde, foi realizado entrevistas (semiestruturadas) com gestores, profissionais de saúde e participantes da referida ‘comissão’, cujo período analisado, ocuparam algum espaço político relacionado à política de educação permanente em saúde na Região considerando o período de 2007 a 2014, como recorte temporal definido pelo surgimento da CIES até o ano de realização dessa pesquisa. Entre seus vários aspectos, esta análise teve uma importância pelo conhecimento de outros espaços intergovernamentais, políticos e técnicos em que ocorrem o planejamento, a negociação e a implementação das políticas públicas e, portanto da própria CIES, pois mesmo sendo ela constituída por funções consultivas na construção da política pública de educação permanente em saúde, sua importância neste sentido se coloca no campo da mobilização, da discussão, da provocação para a formulação de políticas, do acompanhamento e da própria fiscalização da política regional de educação permanente em saúde, integrando representações tanto do governo quanto de diferentes segmentos da sociedade civil organizada. Segmentos esses que tiveram participação na discussão e implementação dos Núcleos Municipais de Educação em Saúde Coletiva – NUMESC, tornando-os um espaço de diálogo, reflexão e ação fundamental. Haja vista, a responsabilidade que os sujeitos militantes possuem na consolidação de propostas de Educação Permanente em Saúde a partir da preocupação não somente no que diz respeito ao cumprimento das determinações legais, relacionadas às indicações da própria legislação no desenho institucional desta política, mas, principalmente, no sentido de “manter acesa” a discussão sobre uma política regional de educação permanente em saúde na Região 28 de Saúde, objeto deste estudo.

**PALAVRA – CHAVE:** Política Pública, Educação Permanente em Saúde, Militância,

## ABSTRACT

This work has allowed an analysis of the construction of regional public policy of continuing education to health professionals, especially those who work in the Commission on Integration Teaching-Service (CIES) in Region 28 Health-RS and the historical constitution of militancy that process. Similarly, conflicts and present conflicts in the concepts of public health education policies were analyzed, with particular attention to the political space that the committee's participants occupy not only in health education discussion in the region, but especially in political coordination with the municipalities and also in the region, aimed at achieving educational activities directed to health professionals. From the point of view of health education, the NHS implemented under the National Policy of Permanent Education, operational guidelines for the establishment and operation of Integration Committees Teaching-Service as a conductor body for professional qualification. Therefore, in the Region 28 Health, CIES has been developing strategies for the construction of a permanent education of health policy and to their own socio-political configuration, defined by a militancy that develops with the movements and CIES shares enabling the development training of health workers as a key factor and essential to the quality of health care. As for the methodological procedures, these have been implicated in two data collection fronts a qualitative approach, understood in secondary data that covered a study of the laws related to the continuing education of health policies and structure of CIES, and also primary data, that in addition to survey and document analysis, the CIES the Region 28 health, was conducted interviews (semi-structured) with managers, health professionals and participants referred to 'commission', which analyzed period, occupied some political space related to the ongoing education policy in health in considering the period 2007 to 2014 as a time frame defined by the emergence of CIES by the year this survey. Among its several aspects, this analysis had an importance for knowledge of other intergovernmental spaces, politicians and technicians that take place in the planning, negotiation and implementation of public policies and therefore the very CIES because even though it consists of advisory functions in construction of public policy of permanent health education, its importance in this direction arises in the field of mobilization of the discussion, the challenge for policy formulation, monitoring and own supervision of the regional policy of permanent health education, integrating representations both the government and the different segments of civil society. Segments those who have participated in the discussion and implementation of the Municipal Education Centers in Public Health - NUMESC, making them a space for dialogue, reflection and critical action. Considering the responsibility that subjects militants have in the consolidation of proposals for Permanent Health Education from the concern not only with regard to compliance with legal provisions relating to the legislation itself indications in the institutional design of this policy, but mainly in order to "keep alive" the discussion of a regional policy of permanent health education in the Region 28 health, object of this study.

**Keywords:** Continuing Health Education, advocacy, public policy.

## SUMÁRIO

<b>1. Introdução.....</b>	<b>18</b>
<b>2. O lugar da militância na construção de políticas públicas em saúde.....</b>	<b>38</b>
2.1. A política pública como construção sociopolítica.....	39
2.2. A região como território de militância: uma análise da importância da militância na construção de políticas públicas de saúde.....	48
<b>3. As Políticas de Educação em Saúde no Brasil.....</b>	<b>61</b>
3.1. A educação em saúde no âmbito do SUS (Sistema Único de Saúde).....	62
3.2. A institucionalização da política de educação em saúde a partir dos anos 1990...	68
<b>4. As Políticas de Educação em saúde na Região 28 de Saúde - RS.....</b>	<b>82</b>
4.1. A Região 28 de Saúde: contextualizando a regionalização da saúde no Vale do Rio Pardo.....	82
4.2. A política de Educação Permanente em Saúde na Região 28 de Saúde: uma análise a partir das ações realizadas pela CIES no período entre 2007 e 2014.....	95
4.3. Percepções de gestores municipais e de trabalhadores da saúde sobre Educação Permanente em Saúde.....	109
4.4. A CIES na Região 28 de Saúde.....	128
4.4.1. Os participantes da CIES no período entre 2007 e 2014.....	129
4.4.2. A importância da CIES na visão dos gestores municipais e dos trabalhadores da saúde.....	131
4.4.3. A militância na CIES: analisando trajetórias de militância.....	140
4.4.4. A CIES e a construção da política pública de educação permanente em saúde na Região 28 de Saúde.....	158
4.4.4.1. A militância na CIES e a identificação dos problemas na Política de	



Educação Permanente em Saúde.....	159
4.4.4.2. A militância na CIES e a formação da agenda na Política de Educação Permanente em Saúde.....	163
4.4.4.3. A militância na CIES e a formulação de alternativas na Política de Educação Permanente em Saúde.....	165
4.4.4.4. A militância na CIES e a tomada de decisões na Política de Educação Permanente em Saúde.....	168
4.4.4.5. A militância na CIES e a implementação na Política de Educação Permanente em Saúde.....	170
4.4.4.6. A militância na CIES e a avaliação na Política de Educação Permanente em Saúde.....	174
<b>Considerações Finais.....</b>	<b>179</b>
<b>Referências.....</b>	<b>183</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>190</b>

# 1. INTRODUÇÃO

A presente dissertação aborda um estudo sobre a importância da militância na construção da política regional de educação permanente de trabalhadores que atuam na saúde pública no Brasil. Trás como referência empírica a atuação da “Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES)” na Região 28 de Saúde – RS<sup>1</sup> no período entre 2007 e 2014. Da mesma forma que analisa os conflitos presentes na definição das políticas públicas de educação em saúde, com atenção especial ao espaço político que ocupam os participantes da referida Comissão, não somente na discussão sobre educação em saúde na região, mas, fundamentalmente, na articulação política junto aos municípios e Região, visando concretizar ações educativas dirigidas aos profissionais de saúde.

Desde já, é importante lembrar que o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado num contexto de lutas em que diferentes setores da sociedade brasileira travaram contra o regime autoritário (1964 – 1985) e em favor de um processo de democratização. Naquele contexto, a perspectiva de superar as contradições históricas presente na saúde do País impulsionou um amplo movimento social que se tornou protagonista de uma nova política nacional de saúde democrática e fundada no pressuposto de que “a saúde é um direito de todos e um dever de Estado” (COHN, 1997).

O SUS, ao ser criado pela Constituição de 1988, garantiu constitucionalmente à população brasileira o direito à saúde, de forma gratuita e universal, financiada com recursos provenientes da União, dos Estados e dos Municípios (conforme artigo 195, da Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988). A partir de então, uma nova concepção de saúde passou a orientar a atuação do Estado brasileiro no campo da saúde, baseada nos princípios da “universalidade, da integralidade, da equidade, da descentralização e da participação social” (BRASIL, 1988).

Desde a sua criação, o SUS colocou diferentes desafios relacionados ao trabalho e aos trabalhadores em saúde. Nessa direção, preocupações com um trabalhador de saúde comprometido, engajado, com habilidades para o trabalho em equipe, com uma visão ampliada do conceito de saúde, participativo em seu processo de trabalho, estiveram presente nas concepções e nas propostas dos sujeitos sociais e políticos que

---

<sup>1</sup> A caracterização da Região 28 de Saúde é objeto de análise no capítulo 4 desta dissertação. Por ora, cabe registrar que a referida Região de Saúde é constituída por treze municípios, quais sejam: Santa Cruz do Sul, Gramado Xavier, Herveiras, Sinimbu, Mato Leitão, Candelária, Vale do Sol, Vera Cruz, Venâncio Aires, Passo do Sobrado, Vale Verde, Rio Pardo e Pantano Grande. (RIO GRANDE DO SUL, 2012).

protagonizaram o movimento pela Reforma Sanitária que resultaria na criação do SUS (PAIM, 2008). A perspectiva de uma gestão participativa, de um trabalho em equipe, de uma concepção de saúde não voltada à doença, mas à promoção da saúde, colocou, assim, a necessidade de uma qualificação profissional dos trabalhadores em saúde comprometida com os pressupostos e com os objetivos do novo Sistema de Saúde.

Essas preocupações impulsionaram, a partir do início da década de 1990, não somente um promissor debate acerca da educação em saúde, mas, também, a definição de várias estratégias de reorganização e de humanização do sistema de saúde, como, por exemplo, a Estratégia de Saúde da Família, em 1994, e a Política Nacional de Humanização, em 2003 (BATISTA; GONÇALVES, 2011, p. 886).

Sob o ponto de vista da educação em saúde, a partir desta década, pelo menos três momentos principais caracterizaram o princípio das “estratégias de formação” dos profissionais que atuam na saúde pública no País (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

O primeiro deles compreendeu uma “programação específica para as equipes do Programa Saúde da Família”, objetivada no “Projeto de Expansão da Saúde da Família (PROESF)”, que resultou na convocação, em 1996, de todos os estados da federação para que apresentassem seus projetos de “formação de recursos humanos”; e, em 1997, na criação de “Polos de Formação, Capacitação e Educação Permanente” para as equipes de Saúde da Família (BATISTA; GONÇALVES, 2011, p. 887).

O segundo momento iniciou a partir do primeiro governo Lula (2003 - 2006), quando, em 2004, através da Portaria n. 198/04, o Ministério da Saúde instituiu a “Política Nacional de Educação Permanente em Saúde” como uma estratégia do SUS, visando a “formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor”. Naquele momento, o Ministério da Saúde “tomou a Educação Permanente em Saúde como ideia central da Política de Gestão da Educação no trabalho em saúde”, afirmando uma proposta de educação em saúde capaz de enfatizar a melhoria da qualidade do cuidado, a capacidade de comunicação e “o compromisso social entre as equipes de saúde, os gestores do sistema de saúde, as instituições formadoras e o controle social” (BATISTA; GONÇALVES, 2011, p. 887).

O terceiro momento está relacionado com a divulgação, pelo Ministério da Saúde, do “Pacto pela Saúde”, em 2006, que em seu segundo artigo foram aprovadas as “Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS”, a partir das

quais os espaços regionais ganharam importância enquanto espaços de decisão sobre a educação dos profissionais de saúde (BATISTA; GONÇALVES, 2011, p. 889). Ao final do processo de discussão sobre o “Pacto pela Saúde”, em 2007, o Ministério da Saúde “republicou” a Portaria n. 198, a partir da qual três mudanças básicas foram estabelecidas: a) alteração da política de saúde, atribuindo-se maior “protagonismo” aos Colegiados de Gestão Regional; b) a descentralização dos recursos financeiros, antes sob a gestão do Ministério da Saúde; c) a “vinculação das ações de desenvolvimento dos trabalhadores do SUS aos planos de Educação Permanente em Saúde, nos âmbitos municipal, regional e estadual” (BATISTA; GONÇALVES, 2011, p. 889).

A partir desse terceiro momento, as diretrizes operacionais para a educação em saúde foram definidas no âmbito da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Através da compreensão dos conceitos de formação e de educação, aquela política buscou adequá-los às distintas lógicas e especificidades, considerando a educação permanente em saúde parte essencial de uma política de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores para a qualificação do SUS. A mesma Política propôs a adoção de diferentes metodologias e técnicas de ensino-aprendizagem, por considerar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde uma estratégia do SUS para a formação profissional e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor; e assumiu o compromisso de discutir e de avaliar os processos e os desdobramentos de sua execução para ajustes necessários, atualizando-se conforme as experiências de execução e assegurando a inserção dos municípios neste processo (BRASIL, 2006).

Dentro dessa perspectiva, o Ministério da Saúde publicou, em agosto de 2007, a Portaria n. 1.996, que dispôs “sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde” (BRASIL, 2007a). Através daquela Portaria, o Ministério da Saúde afirmou a necessidade de uma política nacional de educação permanente em saúde comprometida com “as especificidades regionais” e “a superação das desigualdades regionais”, atribuindo a condução regional das políticas de educação permanente em saúde aos “Colegiados de Gestão Regional”, “com a participação das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES)” (BRASIL, 2007a).

De acordo com a Portaria n. 1.996, aos Colegiados de Gestão Regional [compostos “pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios de uma determinada região de saúde e por representantes do (s) gestor (es) estadual (ais)”] cabe “instituir processo de planejamento regional para a Educação Permanente em Saúde que

defina as prioridades, as responsabilidades de cada ente e o apoio para o processo de planejamento local” (BRASIL, 2007a).

Embora a Portaria n. 1.996 tenha atribuído papel proeminente aos Colegiados de Gestão no planejamento e na execução de uma política regional de educação permanente em saúde, a mesma Portaria atribuiu grande importância para as CIES. Além de serem constituídas por representações dos gestores municipais, dos serviços de saúde, das instituições que atuam na área de formação e desenvolvimento de pessoal para o setor de saúde, dos trabalhadores em saúde, dos movimentos sociais e dos conselhos de saúde de uma dada região de saúde, as CIES, de acordo com a Portaria n. 1.996, têm um espaço político (regional) estratégico na formulação, na condução e no desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde.

Isso ficou evidenciado no artigo 6º da Portaria n. 1.996, que definiu as atribuições das CIES: “apoiar e cooperar tecnicamente com os Colegiados de Gestão Regional para a construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde”; “articular instituições para propor, de forma coordenada, estratégias de intervenção no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores”; “incentivar a adesão cooperativa e solidária de instituições de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde aos princípios, à condução e ao desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde, ampliando a capacidade pedagógica em toda a rede de saúde e educação”; “contribuir para o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação das ações e estratégias de Educação Permanente em Saúde implementada”; “apoiar e cooperar com os gestores na discussão sobre Educação Permanente em Saúde, na proposição de intervenções nesse campo e no planejamento e desenvolvimento de ações que contribuam para o cumprimento das responsabilidades assumidas nos respectivos Termos de Compromisso de Gestão” (BRASIL, 2007a).

É a partir dessa breve contextualização histórica da discussão de uma política de educação permanente em saúde no Brasil, com ênfase ao caráter regional que a mesma tomou a partir (principalmente) da primeira década deste século XXI, que se pretende indicar os caminhos que levaram à definição do objeto de estudo da presente dissertação, ou seja, “o espaço político da militância de participantes da CIES na construção de uma política de educação permanente em saúde na Região 28 de Saúde, no Rio Grande do Sul”.

Nessa direção, é importante destacar que já no início da discussão da proposta de dissertação se pretendia “analisar o processo político implicado na construção de uma política regional de educação permanente em saúde”. Contudo, em princípio as preocupações analíticas estavam direcionadas à constituição dos Núcleos Municipais de Educação e Saúde Coletiva, na Região 28 de Saúde do Rio Grande do Sul. Pretendia-se investigar se esses Núcleos estavam organizados em todos os municípios da região e que dificuldades os gestores municipais enfrentavam para a constituição dos mesmos.

A revisão bibliográfica inicialmente realizada e as investigações exploratórias que se seguiram (entrevistas com gestores municipais) conduziram a preocupações, cada vez mais, para uma temática de construção de uma política regional de educação em saúde. Mais do que compreender a constituição dos espaços de discussão e de execução das políticas públicas de educação em saúde no âmbito dos municípios, questões relacionadas à constituição dos espaços regionais de discussão sobre educação em saúde, às expectativas dos gestores municipais em relação aos espaços regionais de discussão de uma política de educação permanente em saúde, às concepções de educação permanente em saúde que sustentam as práticas sociais dos agentes que participam nos espaços regionais de discussão e de decisão acerca da política de educação permanente em saúde dos trabalhadores, ganharam crescente importância.

Assim, a preocupação inicial, voltada às ações de educação permanente dos trabalhadores em saúde no âmbito municipal, ganhou uma nova escala, alcançando a escala regional. E é claro que, em função do já conhecido formato institucional de discussão da política regional de educação permanente em saúde (compreendendo os “Colegiados de Gestão Regional para a construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde e as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço”), novas dúvidas quanto à construção do objeto surgiram: qual a instância regional tomar como referência empírica? O Colegiado de Gestão Regional para a Construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde, afinal instância constituída por representantes dos governos municipais (e representação do governo estadual) e com poder deliberativo? Ou a CIES, que pelas atribuições da legislação tem “funções consultivas”, ainda que constituídas por representações tanto do governo quanto de diferentes segmentos da sociedade civil organizada e com atribuições vinculadas à mobilização, à discussão, ao acompanhamento, à própria fiscalização das políticas regionais de educação permanente em saúde?

Como desde o início a intenção era compreender a construção de uma política de educação permanente em saúde, atentando-se, inclusive, para a participação não somente dos trabalhadores em saúde, mas, também, de segmentos sociais direta ou indiretamente relacionados com a problemática da educação em saúde (instituições de ensino, movimentos populares, conselhos municipais de saúde), a escolha tomada recaiu sobre a CIES. Afinal, o Colegiado de Gestão Regional para a Construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde é constituído por representantes do poder público (municipal e estadual), enquanto que a CIES agrega não somente representações do poder público (diferentes municípios de uma região de saúde), mas, também, representações de instituições de ensino, dos trabalhadores de saúde, de movimentos sociais, dos conselhos municipais de saúde. Portanto, as CIESs não somente congregam um leque mais amplo de interesses, mas, também, de diferentes saberes e práticas, tanto oriundas de espaços científicos quanto de espaços vinculados ao cotidiano de trabalho e, mesmo, do cotidiano dos movimentos sociais e das comunidades populares.

A escolha da CIES da Região 28 de Saúde como objeto de investigação empírica reforçou questões já naquelas alturas colocadas, ao mesmo tempo em que novas questões ganharam visibilidade: que concepções de educação em saúde estariam presentes entre os representantes dos diferentes segmentos da sociedade na CIES? Que compreensões esses representantes teriam acerca do trabalho e da organização do trabalho em saúde, projetando-se, a partir dessas concepções, expectativas quanto à qualificação dos trabalhadores em saúde? Como esses representantes integravam, em suas formas de conhecimento, mas, também, em suas práticas sociopolíticas, as diferentes concepções de educação em saúde que, afinal, alimentavam o debate acadêmico e político sobre a educação de trabalhadores em saúde? Que concepção de educação em saúde, diante dos embates presentes em contextos de definição de políticas de qualificação dos trabalhadores em saúde, seria hegemônica na CIES da Região 28 de Saúde do Rio Grande do Sul?

A inquietação diante das questões indicadas no parágrafo anterior, mas, também e acima de tudo, a inquietação resultante da própria preocupação quanto ao acerto (ou não) em tomar a CIES como objeto empírico de estudo, levou a novos levantamentos exploratórios. Nessa direção, contatos com participantes da CIES da Região 28 de Saúde e entrevistas exploratórias com gestores municipais (secretários municipais de saúde) indicaram que a referida Comissão apresentava diferentes dificuldades, tanto ao

que diz respeito à sua operacionalidade quanto no que diz respeito à legitimidade política na construção das políticas (municipais e regionais) de educação em saúde. Essas investigações mostraram, por exemplo, que a participação dos municípios na Comissão era irregular, algumas vezes, inclusive, sem grande comprometimento das gestões municipais com a temática da educação permanente em saúde. Mais do que isso, se observou que a dinâmica de atuação da Comissão (e, talvez, a própria existência da mesma) estava diretamente vinculada com a participação política de alguns de seus membros que, além de uma frequência mais permanente na Comissão, mostravam-se politicamente comprometidos com a temática da educação em saúde. E foi nesse momento, então, que a investigação ganhou uma nova questão, “vinculada à militância de alguns participantes da CIES na reflexão sobre a política regional de educação permanente em saúde na Região 28 de Saúde”.

As questões naquelas alturas já motivadoras da pesquisa não perderam importância na investigação. E, nessa direção, os objetivos já definidos para a investigação continuaram os mesmos: - analisar a dinâmica de participação do poder público, das instituições de ensino, dos trabalhadores em saúde e dos movimentos populares na CIES da Região 28 de Saúde; - identificar as ações de educação voltadas aos trabalhadores em saúde e desenvolvidas no âmbito da Região 28 de Saúde; - analisar as concepções de educação em saúde presentes entre os participantes da CIES da referida Região de Saúde; - analisar como os participantes da CIES da Região 28 de Saúde posicionam-se em relação às exigências em termos de qualificação profissional dos trabalhadores em saúde propugnadas pelo Sistema Único de Saúde.

Mas essas “questões” passaram a ser investigadas a partir da preocupação principal de entender o espaço político que os “militantes da CIES” (ou, como a própria investigação empírica indicou, “o povo da CIES”), ocupam na Região 28 de Saúde não somente no que diz respeito ao cumprimento das determinações legais, relacionadas às indicações da própria legislação no desenho institucional de uma política regional de educação permanente em saúde, mas, principalmente, no sentido de “manter acesa” a discussão sobre uma política regional de educação permanente em saúde na Região.

Novas questões, portanto, se somaram às questões iniciais: como essa militância se constitui historicamente na região investigada (quais são as trajetórias de atuação política que esses militantes têm no campo das políticas de educação permanente em saúde)? Como articulam sua permanência no âmbito da CIES? Quais são as concepções



de educação permanente em saúde que orientam suas práticas sociopolíticas enquanto militantes da educação em saúde? Como se relacionam com as instâncias municipais de governo, articulando ações para que as reflexões acerca da educação permanente em saúde realizadas no âmbito da CIES se tornem consequentes na própria definição das políticas municipais de educação em saúde? Qual é a importância que essa militância tem na identificação dos problemas, na formulação de agendas políticas, na formulação de alternativas, no processo de tomada de decisões, na execução das políticas e na avaliação da política de educação permanente em saúde na Região 28 de Saúde?

Ao colocar a participação da militância na discussão da política regional de educação permanente em saúde como objeto de estudo, a proposta de investigação se deparou, por um lado, com algumas facilidades, mas, por outro lado, com uma importante dificuldade relacionada à própria discussão teórica da militância política.

As facilidades estão relacionadas ao fato de que no Brasil, historicamente, a militância política ocupou um lugar central na discussão e na construção de políticas públicas de saúde. Não é demais lembrar, nesse sentido, que a própria construção do SUS, além da ampla participação popular, contou com a decisiva participação de militantes na área da saúde (diferentes profissionais de saúde, intelectuais, líderes políticos, lideranças sindicais, lideranças comunitárias etc.). Militantes que, ainda antes da construção do SUS, mobilizaram a discussão e as ações em favor de um Sistema de Saúde comprometido com ideais que doravante se concretizaram nos princípios do SUS (universalidade, integralidade, equidade, descentralização, participação social), além de defenderem uma concepção de saúde baseada no pressuposto da “promoção da saúde” e não no “cuidado das doenças”. Como afirma Carvalho (1995), ainda durante a década de 1970, em pleno regime autoritário, o Estado brasileiro se viu confrontado pelo movimento sanitário, expressão de um “conjunto organizado de pessoas e grupos partidários ou não”, articulado em torno de um projeto “cujo desenho e conteúdo foram sendo construídos ao longo do tempo a partir de um conjunto de práticas”, ao mesmo tempo teóricas (de construção de saber), ideológicas (de transformação da consciência) e políticas (de transformação das relações sociais) (CARVALHO, 1995, p. 53).

Mas, por outro lado e como indicado, uma dificuldade ganhou importância, relacionada à própria definição de “militância”. Afinal, o que significa a expressão “militância”? O que se pretende afirmar quando, mesmo no cotidiano, um indivíduo é identificado como “militante” de uma causa ou de uma ação?

Desde o momento em que foram colocadas, essas questões permitiram perceber que, mesmo no “conhecimento comum” das pessoas, a palavra militância não é estranha e, muitas vezes, remete à ideia de “engajamento político” a determinadas causas (que pode ser a questão da saúde, a questão ambiental ou outras tantas temáticas que traduzem preocupações e/ou problemas sociais). Militância é agir, de forma contínua, com vistas a uma mudança social; militante é o agente que atua ativamente em favor de uma causa, que se posiciona a partir de uma concepção de mundo, que se identifica com uma causa, inclusive através de sua própria postura pessoal.

Porém, se percebeu também que, embora as definições presentes no senso comum não fossem completamente inadequadas, elas resultavam em imprecisões. Afinal, indivíduos podem estar “engajados” na luta em favor de uma política de educação permanente em saúde sem que sejam “militantes dessa causa”. Como ainda será analisado nesta dissertação, inclusive, a participação na CIES da Região 28 de Saúde tem diferentes razões: alguns são levados a essa participação por uma indicação do executivo municipal (ou do Prefeito ou do Secretário Municipal de Saúde), sendo substituído tão logo outro nome seja designado ou, então, quando as eleições municipais promovem alternância no poder executivo do município; outros estão construindo uma identificação com a temática “educação permanente em saúde”, comprometendo-se com a discussão já há algum tempo, mas atuando também em outras causas e outros temas (enquanto profissionais da área da saúde ou, então, como representantes de movimentos populares); outros, ainda, têm na educação permanente em saúde uma causa que, além de já estar presente por um tempo maior, está vinculada ao próprio processo de socialização política que tiveram, ou seja, está vinculada ao próprio “fazer-se” desses indivíduos enquanto agentes políticos que se comprometem com a reflexão e a atuação em torno de uma causa e/ou ação (no caso, a educação permanente em saúde).

Essa constatação, então, foi remetida à bibliografia especializada que analisa não somente a importância da militância em determinadas dinâmicas políticas, mas, também, o próprio conceito de militância. Nessa bibliografia, o estudo realizado por Eliana Tavares dos Reis (2007) foi muito importante, pois o mesmo propõe uma reflexão sobre o conceito de militância a partir da distinção que a autora estabelece entre “contestação”, “engajamento” e “militantismo” (REIS, 2007, p. 9). Segundo a autora, a “contestação” é mais “conjuntural” e “situacional”, pois remete a ações de “oposição ou negação de algo definido, seja uma situação, seja uma ideia em processo de afirmação”

(REIS, 2007, p. 10). Já “engajamento” remete a “atuações mais contínuas no tempo e no espaço”, referindo-se à “disposição dos agentes para tomar posição sobre ‘temas’ e ‘problemas’ variados a partir de domínios igualmente diversos” (REIS, 2007, p. 10); o que significa que “estar engajado” implica “um sentido de intervenção e de inserção na realidade” que define as ações do agente engajado (REIS, 2007, p. 10). A noção de “militantismo”, segundo a autora, embora implique (assim como a noção de engajamento) “atuações mais contínuas no tempo e no espaço”, é mais complexa, pois, ao mesmo tempo em que abrange as outras duas noções (engajamento e contestação), se diferencia das duas primeiras na medida em que compreende uma “dedicação sistemática a uma ‘causa’ ou ‘organização’” (REIS, 2007, p. 10). Nessa direção, a noção de militantismo compreende mais do que “adesão a uma causa” (ser “militante”) ou, mesmo, ao rótulo que define a sua própria essência (“militância”), implicando processos mais amplos, que envolvem “mecanismos de socialização”, “formas de engajamento”, “sentidos atribuídos às ‘causas’”, modalidades de “investimentos oferecidos” e de “recompensas extraídas”, padrões de atuação (REIS, 2007, p. 10).

A discussão teórica em torno do conceito de militância tornou-se fundamental para a definição do que se pretendia com a sua utilização na análise da atuação sociopolítica de participantes da CIES da Região 28 de Saúde na construção (regional) de uma política pública de educação permanente. O conceito de militância não remete a ações de contestação; mas não remete, também, a participações esporádicas, descontínuas, efêmeras, contingentes dos agentes na discussão e, mesmo, na implementação da política pública de educação permanente (como, por exemplo, pode ocorrer com representantes dos governos municipais – secretários municipais de saúde – que, pelo cargo que ocupam, se colocam como “comprometidos” com a temática da educação permanente em saúde). A militância também não implica apenas um “engajamento” com determinadas causas, uma intervenção ou uma disposição para atuar em favor de uma causa (ainda que de forma contínua). A militância, mais do que uma disposição contínua, implica uma “dedicação” sociopolítica, compreendendo um “envolvimento pessoal”, uma trajetória de atuação; compreende, acima de tudo, uma socialização, ou seja, todo um leque de experiências, de posicionamentos, de saberes, de práticas, de interações, de comunicações, de atividades desenvolvidas em determinado meio, permitindo que os indivíduos se constituam enquanto sujeitos (desenvolvam

necessidades, capacidades, competência do agir, qualidades pessoais, visões de mundo) de uma determinada causa.

Entenda-se, no entanto, que a preocupação central dessa dissertação não é a militância na educação permanente em saúde. Não é um estudo que pretende compreender as motivações que levam determinados indivíduos à dedicação em favor de uma causa. Não é também um estudo sobre a rede de relações sociais e políticas que militantes estabelecem (ou buscam estabelecer) visando influenciar na definição de uma política (regional) de educação permanente em saúde. Trata-se de um estudo sobre a construção (regional) de uma política pública de educação permanente em saúde, buscando compreender, nessa construção (histórica, sociopolítica, espacial), a importância política ocupada por uma determinada militância.

E isso remete a outro conceito fundamental no processo de construção do objeto de estudo da presente dissertação: “o conceito de políticas públicas”. Um conceito que não encerra menores dificuldades daquelas encontradas na definição de militância. Não há um único conceito de políticas públicas, nem uma única perspectiva teórica a partir da qual se possa definir o que sejam as políticas públicas (SOUZA, 2006).

Celina Souza (2006), num esforço de síntese das “diversas definições e modelos sobre políticas públicas”, destaca alguns elementos definidores: “a política pública permite distinguir entre o que o governo pretende fazer e o que, de fato, faz”; “a política pública envolve vários atores e níveis de decisão” e, “embora seja materializada através dos governos”, não se restringe a “participantes formais”; “a política pública é uma ação intencional, com objetivos a serem alcançados”; “a política pública [...] é uma política de longo prazo”; “a política pública envolve processos subsequentes após sua decisão e proposição, ou seja, implica também implementação, execução e avaliação” (SOUZA, 2006, p. 36-37).

Para fins dos objetivos definidos para a presente dissertação, três questões relacionadas às políticas públicas têm maior importância: a) uma concepção processual de políticas públicas, que as entenda a partir do pressuposto de que elas são construções sociopolíticas; b) a importância dos diferentes sujeitos sociopolíticos na construção das políticas públicas; c) uma abordagem (em termos de procedimento de análise) que considere os diferentes “ciclos” presentes num processo histórico de construção das políticas públicas.

Em relação à primeira questão, embora as políticas públicas estejam entrelaçadas com a atuação do Estado, não se concebe uma perspectiva que pressuponha que cabe ao Estado (ou aos responsáveis pelas atuações estatais, sejam esses governantes eleitos ou funcionários públicos que compõem a burocracia estatal) o planejamento, a execução e a fiscalização das políticas públicas. Esse pressuposto (aceitável em regimes autoritários ou, mesmo, a partir de uma cultura autoritária) não se compatibiliza com a experiência de democratização que a sociedade brasileira constrói desde a década de 1980, comprometida com a afirmação de espaços institucionais que garantam a participação de diferentes segmentos sociais na construção das políticas públicas. Nesse sentido, entender as políticas públicas como construções sociopolíticas pressupõe a compreensão de que, especialmente em regimes democráticos, as mesmas se fazem a partir de processos políticos democráticos e comprometidos com a garantia e a institucionalização de espaços de participação sociopolítica. Mais do que isso, pressupõe até mesmo uma concepção de realidade, que afirma que as ações estão socialmente situadas, ou seja, além de estarem situadas num contexto histórico determinado, expressam processos sociais onde seus agentes não agem de forma autônoma, mas, antes, em sistemas de interações sociais, envolvendo diferentes interesses, diferentes formas de institucionalidade, diferentes formas de relacionamento social e político.

Em relação à segunda questão, relacionada à importância dos sujeitos sociopolíticos na construção de políticas públicas, sabe-se que, além da própria burocracia estatal e dos agentes governamentais, o “mercado” (empresas fornecedoras de insumos ou, então, executoras das próprias políticas públicas) e uma multiplicidade de interesses que expressam a “sociedade civil” participam no conjunto de “momentos” que compreendem um processo de construção das políticas públicas (SANTOS, 2015). A presente dissertação, pela natureza de seu objeto, atenta para essa diversidade de sujeitos sociopolíticos (inclusive para as relações que se estabelecem entre o Estado e o mercado na execução da política de educação permanente em saúde); mas enfatiza a participação de sujeitos sociopolíticos que atuam no âmbito da CIES (engajados ou militando na educação permanente em saúde), com o intuito de entender a participação desses sujeitos na construção da política pública de educação permanente.

Por fim, em relação à terceira questão, que diz respeito aos ciclos das políticas públicas, sabe-se também das controvérsias que a adoção de uma “proposta teórico-

metodológica” como essa pode provocar (BAPTISTA; REZENDE, 2011). Ao adotar esse caminho de análise não se pressupõe que a construção das políticas públicas obedeça a um curso linear (da identificação dos problemas, passando pela formulação da agenda e das alternativas, a tomada de decisões, a implementação das políticas, para chegar à avaliação), nem que o mesmo seja um processo fragmentado, com etapas isoladas e estanques (BAPTISTA; REZENDE, 2011). Assim, a adoção de tal “recurso teórico-metodológico” nesta dissertação, a partir do qual se entende que a construção das políticas públicas compreende momentos de discussão de uma agenda (identificação de problemas, discussão dos problemas, formulação de proposta), momentos de tomada de decisões, momentos de execução/implementação, momentos de avaliação, está vinculada à compreensão de que num processo de construção de políticas públicas existem diferentes momentos, “havendo a necessidade de se reconhecer as especificidades de cada um destes momentos, possibilitando maior conhecimento e intervenção sobre o processo político” (BAPTISTA; REZENDE, 2011, p. 142).

São essas questões teóricas (e que serão ainda aprofundadas no desenvolvimento dessa dissertação, em especial no seu segundo capítulo) que orientaram o caminho percorrido na construção do objeto de estudo, definindo, então, os próprios objetivos que orientaram todo o trabalho de investigação empírica e de construção da análise.

Análise que compreendeu, ao longo dos dois anos de realização do Mestrado, uma ampla revisão bibliográfica, sobre as diferentes questões a ela relacionadas, mas, também um amplo trabalho de campo, esse realizado durante o segundo ano do Mestrado e de crucial importância para o levantamento dos dados que sustentam empiricamente a análise agora apresentada. Nesse sentido, é importante esclarecer, ainda neste texto de introdução, duas questões de ordem metodológica: a abordagem metodológica adotada e os procedimentos metodológicos utilizados para o levantamento dos dados empíricos.

Em relação à “abordagem metodológica”, a dissertação desenvolvida se sustenta no “materialismo histórico”. Nesse sentido, cabe afirmar, a partir da sugestão de Triviños (1994), que as pesquisas que adotam o materialismo histórico como método de abordagem devem pressupor: a) que a realidade existe de maneira independente da consciência que se tem dela e, portanto, que ela tem objetividade; b) que além de ser objetiva, a realidade não é estática, mas, ao contrário, está em constante mudança; c) que a dinâmica da realidade é resultado de sua própria constituição marcada por

contradições; d) que os procedimentos de pesquisa adotados devem partir da contemplação viva dos fenômenos (do concreto), para, a partir daí, “penetrar” na dimensão abstrata dos mesmos, analisando-os em sua totalidade, nas suas partes constituintes, na relação entre as partes e entre essas e o todo (concreto abstrato) e, então, voltar-se ao concreto, agora não mais como uma realidade imediata, mas como uma realidade concreta pensada, compreendida em sua complexidade, nos seus aspectos essenciais e em suas possibilidades, naquilo que é singular e universal, necessário e contingente (concreto pensado) (TRIVIÑOS, 1994, p. 49-50).

Nesse processo de compreensão dos fenômenos, tomando-se o materialismo histórico como método de abordagem, algumas categorias são fundamentais: a “totalidade”, a “historicidade”, a “práxis”, a “contradição”. Assim, captar a realidade a partir de sua “totalidade” implica não a apreensão de todos os fatos, “mas um conjunto amplo de relações, particularidades e detalhes que são captados numa totalidade que é sempre uma totalidade de totalidades” (MASSON, 2012, p. 4); a “historicidade” indica que a realidade não é abstrata, mas está situada no tempo e no espaço, é constituinte e constituída por relações que são históricas; a “práxis” “representa a atividade livre, criativa, por meio da qual é possível transformar o mundo e a si mesmo” (MASSON, 2012, p. 4); e a “contradição” é expressão (e, ao mesmo tempo, promove) do movimento da realidade que permite que essa esteja em constante transformação (“o ser e o pensar modificam-se na sua trajetória histórica movidos pela contradição, pois a presença de aspectos e tendências contrários contribui para que a realidade passe de um estado qualitativo a outro”) (MASSON, 2012, p. 4-5).

Nesse sentido, procurou-se analisar a importância da militância que se objetiva entre os participantes da CIES da Região 28 de Saúde na construção de uma política regional de educação permanente em saúde a partir da própria historicidade que caracteriza não somente a constituição da CIES na referida Região de Saúde, mas, também, na própria construção de uma política nacional de educação permanente em saúde. Mais do que isso, intentou-se compreender, a partir da atuação dos militantes na CIES da Região 28 de Saúde, os interesses dos sujeitos envolvidos na construção de uma política regional de educação permanente em saúde, sem deixar de atentar para as contradições entre os diferentes projetos e as diferentes práticas sociais que se inscrevem na construção da referida política regional. Nessa direção, se fez um esforço para a compreensão das condicionalidades da atuação política dos agentes que se

comprometem com a construção de uma política regional de educação permanente em saúde, considerando as dificuldades encontradas, as tensões políticas enfrentadas (tanto no que diz respeito ao funcionamento interno da Comissão quanto na relação com os poderes públicos municipais, mas, também, com as diferentes instituições e segmentos da sociedade civil que, de alguma forma, interessam-se pela política de educação permanente em saúde), a capacidade criadora que se constitui a partir das próprias práticas sociais que se desenvolvem num contexto de criação de uma política regional de educação permanente em saúde.

Sob o ponto de vista dos procedimentos de levantamento de dados, a pesquisa realizada no âmbito da realização da presente dissertação implicou duas frentes de levantamento de dados. A primeira frente compreendeu o levantamento de “dados secundários”, mais especificamente sobre a legislação relacionada à política de educação permanente em saúde, à estrutura de serviços públicos em saúde realizados na Região 28 de Saúde, à estruturação da CIES da referida Região de Saúde. A segunda frente compreendeu o levantamento de “dados primários”, através do levantamento e da análise de documentos (atas, relatórios e planos regionais de educação permanente em saúde) da CIES da Região 28 de Saúde e da realização de entrevistas (semiestruturadas) com gestores, profissionais de saúde e participantes da referida Comissão.

Em relação aos “dados secundários”, foram analisados documentos oficiais da Escola de Saúde Pública (resoluções, portarias e decretos), por ser essa a instituição que vem assumindo o papel indutor da Política de Educação Permanente em Saúde no Estado do Rio Grande do Sul. Mas, também, da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde de Santa Cruz do Sul (resoluções, portarias, regimentos da CIR e planos anuais, regimentos, atas de reuniões, lista de presença de reuniões da CIES, além do Plano Diretor de Regionalização), afinal o espaço/tempo administrativo das políticas de saúde que se desenvolvem na Região 28 de Saúde do Rio Grande do Sul. Nas duas instituições, foi considerado o período de 2007 a 2014 para o levantamento e a seleção dos documentos, tendo em vista que a CIES da Região 28 de Saúde passou a existir em 2007 e, assim, para os fins da pesquisa, foi definido como recorte temporal esse período de surgimento da Comissão até o ano de 2014 (último ano, no momento da realização da Dissertação, contemplado pelos registros das atividades da CIES – atas de reuniões, relatórios etc.).



A importância da análise desses dados deu-se pelo processo de transição da educação em saúde na CIES da Região 28 de Saúde a partir de 2007. Suas ações até então, haviam sido desenvolvidas pelos referenciais dos antigos Polos de Educação Permanente em Saúde, articulados por equipes matriciais da macrorregião, passando por diversos entraves e desafios, incluindo modificações na área de abrangência – de três regiões sanitárias que formavam a Macrorregião dos Vales (8<sup>a</sup>, 13<sup>a</sup> e 16<sup>a</sup> Coordenadorias Regionais de Saúde) para apenas uma, a 13<sup>a</sup> Coordenadoria Regional de Saúde (cuja área de atuação é a Região 28 de Saúde e, nesse sentido, compreende os mesmos municípios dessa Região de Saúde).

A pesquisa dos dados secundários subsidiou o entendimento, então, das diretrizes de implantação da Política de Educação Permanente em Saúde na Região 28 de Saúde, as definições dos recursos financeiros, as definições da condução estadual em relação às atribuições da CIB (Comissão Intergestora Bipartite)<sup>2</sup> estadual, do Colegiado de Gestão Regional (posteriormente Comissão Intergestores Regional) e da própria CIES. Nessa mesma direção contribuíram as homologações do instrutivo de orientações para a construção do Plano Regional de Educação Permanente e Profissional em Saúde e os fluxos para encaminhamentos de projetos no Estado do Rio Grande do Sul.

Em seu conjunto, estes documentos definem marcos históricos, pois resgatam o percurso da própria estruturação da CIES na Região 28 de Saúde do Rio Grande do Sul: a definição de sua representação, tanto regional quanto para a Comissão estadual; a criação de equipes matriciais para formulação e para o monitoramento dos projetos de qualificação dos profissionais em saúde; a elaboração dos planos regionais da política de educação permanente em saúde; a formulação, a execução e a avaliação dos cursos e das oficinas de qualificação dos trabalhadores em saúde (de nível técnico e superior); a organização de eventos (como encontros, seminários, recepção de autoridades, representantes da CIES Estadual e avaliadores do Ministério da Saúde); a realização de roda de conversas com os vereadores e com os espaços comprometidos com o controle social das políticas públicas de saúde; a formulação do regimento interno da CIES; o acompanhamento de projetos executados por Instituições de Ensino (como, por

---

<sup>2</sup> São espaços intergovernamentais, políticos e técnicos em que ocorrem o planejamento, a negociação e a implementação das políticas de saúde pública. constituída (em nível estadual) paritariamente por representantes da Secretaria Estadual de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde, indicados pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems). Incluem, obrigatoriamente, o Secretário de Saúde da capital do estado.

exemplo, o VERSUS, o PRÓ-PET Saúde, a Residência Integrada em Saúde); a potencialização dos núcleos municipais de educação em saúde coletiva e o acompanhamento da Pesquisa “percepção dos trabalhadores da 13ª CRS quanto aos processos de educação permanente em saúde”, idealizada pelo GEPS/UNISC; e a alocação e divisão de recursos financeiros aos projetos.

Além desses documentos e também como fontes secundárias, foram consideradas informações levantadas junto ao IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), com o intuito de caracterizar a Região 28 de Saúde do Rio Grande do Sul.

A segunda frente de levantamento de dados compreendeu, então, os “dados primários”. Nessa direção, foram realizadas entrevistas semiestruturadas (com participantes da CIES, profissionais de saúde, gestores – municipais e regionais – na Região 28 de Saúde) e analisados documentos produzidos pela própria CIES da Região 28 de Saúde (atas de suas reuniões, relatórios anuais).

Os documentos analisados foram de grande importância para pesquisa, pois, além de instigarem questões que foram aprofundadas nas entrevistas, permitiram o acesso a informações presentes nas atas das reuniões (mensais) da CIES, cujas pautas seguiram uma linha de discussão abrangendo: oficinas conceituais com experiências regionais; análise de discussão dos projetos de Educação Permanente em Saúde; interlocução permanente com as políticas de saúde implementadas no Estado; discussões com as instituições formadoras; interlocução permanente com os projetos estruturantes do governo do Estado; estratégias de fortalecimento da participação dos movimentos sociais de Educação Permanente em Saúde; demais demandas surgidas ao longo do tempo, bem como o monitoramento das ações e avaliação. Da mesma forma o plano regional de educação permanente e profissional anual, realizados pelos representantes da CIES com a Comissão de Intergestores Regionais teve grande importância na construção da análise.

Em relação às entrevistas semiestruturadas, alguns esclarecimentos se fazem necessários, em especial no que diz respeito à importância dessa técnica na pesquisa realizada e aos sujeitos entrevistados.

Uma entrevista é uma técnica de levantamento de dados “em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação” (GIL, 1995, p. 113). Nesse sentido, toda

entrevista compreende uma interação social, na qual o próprio investigador atua ativamente. No caso específico da pesquisa implicada na construção da presente dissertação, optou-se pela realização de “entrevistas semiestruturadas”, um tipo de entrevista em que o pesquisador “parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, frutos de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante” (TRIVIÑOS, 1992, p. 146). O roteiro das entrevistas realizadas está nos apêndices, podendo ser observado, portanto, que os eixos temáticos que nortearam a realização das mesmas foram os seguintes: - políticas públicas de saúde; - a organização do trabalho em saúde; - a política de educação em saúde; - a formação profissional dos trabalhadores em saúde; - a relação da CIES com o poder público municipal; - a militância na CIES.

Foram realizadas vinte e sete entrevistas com pessoas que, no período analisado, ocuparam algum espaço político relacionado às políticas de educação em saúde na Região 28 de Saúde do Rio Grande do Sul. Foram as seguintes pessoas entrevistadas: onze gestores (secretários) de saúde, contemplando, portanto, a grande maioria dos municípios que compõem a Região 28 de Saúde (dois destes possuíam dupla função: trabalhadores da saúde que exerciam cargos de gestão em seus municípios), sete trabalhadores de saúde e participantes na CIES enquanto representantes das gestões municipais, três participantes da CIES enquanto representantes dos movimentos sociais (movimento estudantil, pastoral da saúde e pastoral da mulher); e seis trabalhadores de saúde e participantes da CIES.

A escolha por estes entrevistados foi feita levando-se em consideração alguns critérios: a) que todos os municípios da região fossem contemplados (mesmo os que não têm participação na CIES); b) que dentre estes, fosse considerada a representatividade de todos os segmentos indicados pela legislação em vigor: gestores de saúde, trabalhadores em saúde, instituições de ensino com cursos na área da saúde e movimentos sociais; e c) que as pessoas selecionadas desejassem participar das entrevistas. Nesse contexto, foram considerados alguns sujeitos estratégicos, ou seja, aqueles que, além de serem trabalhadores em saúde e participativos na CIES, já tinham uma trajetória de atuação na CIES (considerando-se, isso, portanto, como um indicador de militância na Comissão).

Cabe notar que esses sujeitos entrevistados foram contatados pela própria autora dessa dissertação, por contato telefônico e posteriormente por e-mail, quando então, foram apresentados os objetivos da pesquisa, explicado a importância da participação dos mesmos no levantamento das informações e foram garantidas as condições éticas de realização das entrevistas e da utilização das informações nelas levantadas, ou seja, com identidade confidencial (conforme “termo de consentimento”, que pode ser conferido nos apêndices e as condições de realização de pesquisas definidas pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISC, órgão para o qual o projeto da presente dissertação foi encaminhado e foi aprovado, sob o parecer número 1.155.032, de 21/07/2015).

A partir desse primeiro contato, então, foram agendadas as entrevistas, que foram realizadas pela própria autora da dissertação, em locais e horários (diversos) que foram acordados com os entrevistados. A coleta de dados procedeu-se entre os meses de agosto e novembro de 2015, com entrevistas gravadas e transcritas em sua íntegra, visando a utilização integral de todas as falas possíveis dos entrevistados como material de análise.

Por fim, ainda neste texto de introdução registra-se a estrutura da presente dissertação, constituída que está em quatro capítulos, além desta introdução e das considerações finais.

Assim, o segundo capítulo (“O lugar da militância na construção de políticas públicas em saúde”) apresenta os pressupostos teóricos adotados e que orientam a análise construída, atentando para a discussão das políticas públicas enquanto construção sociopolítica, para a discussão da importância da participação sociopolítica na construção das políticas públicas e, numa perspectiva de problematização em torno da importância da militância em dinâmicas regionais de construção de políticas públicas, para a reflexão da região enquanto um território de militância.

O terceiro capítulo está dedicado à análise das “políticas de educação em saúde no Brasil”, com ênfase na discussão histórica dessas políticas desde o contexto histórico de criação do Sistema Único de Saúde (SUS), mas, também, para a dinâmica de reflexão e de construção da política pública de educação permanente em saúde a partir da década de 1990 e que, afinal, resultaram, já na primeira década do século XXI (mais precisamente, em 2007) na definição das diretrizes de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

O quarto capítulo já compreende a análise construída a partir de levantamento de dados empíricos e dedica-se ao processo histórico de construção da política de educação permanente em saúde no âmbito da Região 28 de Saúde do Rio Grande do Sul. Nessa direção, após uma caracterização da região que compreende a Região 28 de Saúde, em especial no que diz respeito à estruturação dos serviços públicos de saúde e do próprio mercado de trabalho em saúde, atenta-se para o processo histórico de criação da CIES (Comissão de Integração Ensino-Serviço), para as ações que em sua história a CIES tem desenvolvido visando a construção de uma política de educação permanente de saúde na Região 28 de Saúde e, por fim, para a própria configuração sociopolítica da CIES, numa perspectiva de definição de um perfil dos atores que participaram e que participam da CIES (ao longo da história da CIES na Região 28 de Saúde, ou seja, desde 2007, quando a mesma foi criada, até o ano de 2014).

O quarto capítulo, também, dedica-se à análise da participação dos “militantes da CIES” na Região 28 de Saúde na construção (regional) de uma política de educação permanente em saúde. Nessa direção, é analisada a própria importância histórica que a CIES alcançou na referida região tanto no que diz respeito à identificação de problemas relacionados à educação em saúde, quanto no que diz respeito à formulação de agendas políticas, na formulação de alternativas, no processo de tomada de decisões, na execução de políticas, na avaliação das políticas adotadas. Trata-se de uma análise fundamental para os fins da dissertação, pois, através da análise da militância objetivada no ativismo político de diferentes agentes que participam da CIES na Região 28 de Saúde procura-se refletir sobre o próprio alcance político que esse espaço de discussão de políticas de educação permanente em saúde tem alcançado na referida região.

E, então, nas considerações finais, além de um balanço dos resultados alcançados com o trabalho de investigação realizado, procura-se identificar as lacunas do trabalho realizado, mas, principalmente, as questões que o estudo permitiu levantar, apontando para novas perspectivas de investigação sobre as diferentes temáticas com as quais a presente dissertação se ocupa: a militância em políticas de educação em saúde, o processo de regionalização das políticas de educação em saúde, a importância das CIES em dinâmicas regionais de implementação da política de educação permanente em saúde, e a própria construção regional da política de educação permanente em saúde.

## **2. O LUGAR DA MILITÂNCIA NA CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE.**

Neste segundo capítulo se pretende apresentar alguns temas que não somente nortearam a pesquisa realizada, mas, também, definiram as linhas teóricas que sustentam a análise aqui apresentada.

Nessa direção, o capítulo inicia com uma análise das políticas públicas, destacando a importância de se tomar uma perspectiva teórica que pressuponha que as mesmas são construções sociopolíticas. Trata-se, portanto, de uma análise atenta à historicidade das políticas públicas, mas, também, ao processo conflituoso que compreende o “fazer política pública”, desde a identificação de problemas e a formulação de agendas até a tomada de decisões, a execução e a avaliação.

Por implicar saberes e fazeres históricos, processuais, conflituosos, é preciso destacar que a construção de políticas públicas compreende a participação de indivíduos, de coletividades, de instituições, sujeitos sociopolíticos que, a partir de suas necessidades, de seus interesses (econômicos, políticos, sociais, culturais), de suas visões de mundo, intervêm em diferentes espaços nos quais as políticas públicas são construídas. No caso do presente estudo, a análise dessa participação sociopolítica está focada numa determinada “escala de atuação”, a escala regional. Nesse sentido, pressupõe-se que a região é um “território de militância”, ou seja, um espaço/tempo que condiciona a própria construção de sujeitos sociopolíticos que, uma vez constituídos, procuram interferir nos processos decisórios que, afinal, definem condições de desenvolvimento numa determinada região. De forma mais específica, a 28ª Região de Saúde (institucionalizada enquanto Região onde se discutem ações de educação em saúde) é expressão da existência de um território, referência a partir da qual indivíduos, coletividades, movimentos sociais, instituições sociais, governos municipais etc. se mobilizam, agem politicamente com o intuito de que seus interesses possam ser representados na definição das políticas públicas (regionais).

## **2.1. A política pública como construção sociopolítica.**

Tomar a política pública como uma “construção sociopolítica” é pressupor, em primeiro lugar, que a própria realidade é construída a partir de ações concretas de sujeitos sociopolíticos, situadas em determinado espaço e em determinado tempo. Nessa direção, uma política pública não é o resultado apenas da ação governamental, nem expressa necessariamente uma dinâmica de consensos em torno de problemas que determinada coletividade enfrenta e de soluções necessárias e possíveis a esses problemas. Uma política pública, quando construída em regimes democráticos, expressa processos políticos também democráticos, que pressupõem a institucionalização de espaços de participação sociopolíticos capazes de garantir a representação da complexidade de interesses sociais que compõem uma mesma sociedade.

Cabe notar que, na bibliografia que analisa as políticas públicas no Brasil, diferentes perspectivas teórico-metodológicas alimentam o debate que se estabelece sobre as mesmas, em especial sobre a importância que têm desde o processo de democratização ocorrido durante a década de 1980 (SOUZA, 2003). No Brasil, a reflexão sobre as políticas públicas, suas instituições, regras, “modelos que regem sua decisão, elaboração, implementação e avaliação” (SOUZA, 2006, p. 20), ganhou maior visibilidade a partir das últimas décadas do século XX. Segundo Souza (2006), três questões principais explicam isso: a) a “adoção de políticas restritivas de gastos, que passaram a dominar as agendas governamentais a partir de então; b) as novas visões sobre o papel dos governos, com destaque para aquelas que ressaltam as “políticas restritivas de gastos”, decorrendo daí a defesa de “orçamentos equilibrados entre receita e despesa e restrições à intervenção do Estado na economia e nas políticas sociais” (SOUZA, 2006, p. 20); c) o próprio processo (recente) de democratização, que ainda não garantiu impulsionar a formação de coalizões políticas “capazes de equacionar minimamente a questão de como desenhar políticas públicas capazes de impulsionar o desenvolvimento econômico e de promover a inclusão social de grande parte de sua população” (SOUZA, 2006, p. 20-21). A essas razões e, talvez de forma contraditória com a terceira razão indicada por Celina Souza, deve-se acrescentar a própria experiência dos governos nacionais a partir dos anos 2000, que (inclusive em função de uma conjuntura internacional favorável ao crescimento da economia do País, e em

função de uma orientação político-ideológica) impulsionaram um conjunto de políticas públicas (habitacionais, de educação, relacionadas ao trabalho e emprego) com o intuito de criar mecanismos de integração dos setores da população mais empobrecidos.

A maior visibilidade das políticas públicas, inclusive enquanto objeto de estudos nas ciências sociais, impulsionou um debate proífico, com a participação de diferentes perspectivas teóricas e metodológicas, que permite que as políticas públicas sejam analisadas a partir de diferentes conceitos e de diferentes modelos de análise, tornando a própria definição de políticas públicas uma tarefa mais complexa. Souza (2006) aponta essa complexidade, ao afirmar que “não existe uma única, nem melhor, definição sobre o que seja política pública”, indicando que as políticas públicas podem ser definidas “como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas”, ou como “soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos”; ainda que, segundo a autora, “a definição mais conhecida continua sendo” aquela que sustenta que “decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz” (SOUZA, 2006, p. 24). A própria autora oferece uma definição, na qual as políticas públicas indicam, por um lado, um “campo do conhecimento” e, por outro lado, um campo de ações dos governos (o que os governos fazem e o que deixam de fazer) que influenciam a vida dos cidadãos.

Pode-se, então, resumir política pública como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente). A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real (SOUZA, 2006, p. 26).

Portanto, para fins do presente estudo, interessa tomar uma definição de políticas públicas que considere, o processo histórico de democratização que, desde a década de 1980, contribuiu para uma (contraditória) redefinição das funções do Estado no País, numa direção de sua ampliação e de sua diversificação. Nesse sentido, aquele processo contribuiu para que velhas e novas questões relacionadas ao bem-estar da população (saúde, segurança, educação, trabalho, meio ambiente, lazer, mulher, crianças, idosos, etc.) fossem tornadas questões públicas, expressando demandas e interesses de setores da sociedade, cobrando dos governos ações e decisões, seja para resolver problemas identificados, seja para afirmar direitos considerados importantes.



Ao indicar que as políticas públicas expressam demandas e interesses de diferentes setores de uma dada sociedade, cobrando dos governos ações e decisões, se pretende, evidentemente, pressupor que as políticas públicas não resultam de ações exclusivas dos governos (ou do Estado). Sabe-se do debate presente na bibliografia especializada, onde se encontram autores que defendem uma “abordagem estatista” (SECCHI, 2013) e autores que defendem “abordagens multicêntricas” (SECCHI, 2013). Enquanto os primeiros tendem a enfatizar a atuação estatal como definidora das políticas públicas (ainda que setores não estatais participem, quem estabelece e lidera o processo de construção de políticas públicas são os agentes estatais), os segundos destacam que mais importante do que a discussão sobre quem formula a política pública é entender a origem dos problemas que são enfrentados, donde resulta o caráter público ou não da política (uma política é pública se intenciona responder a um problema público) (SECCHI, 2013). É importante diferenciar, nesse sentido, políticas públicas e políticas governamentais, pois, como afirma Teixeira (2002):

Nem sempre “políticas governamentais” são públicas, embora sejam estatais. Para serem “públicas”, é preciso considerar a quem se destinam os resultados ou benefícios, e se o seu processo de elaboração é submetido ao debate público.

A presença cada vez mais ativa da sociedade civil nas questões de interesse geral, torna a publicização fundamental. As políticas públicas tratam de recursos públicos diretamente ou através de renúncia fiscal (isenções), ou de regular relações que envolvem interesses públicos. Elas se realizam num campo extremamente contraditório onde se entrecruzam interesses e visões de mundo conflitantes e onde os limites entre público e privado são de difícil demarcação. Daí a necessidade do debate público, da transparência, da sua elaboração em espaços públicos e não nos gabinetes governamentais (TEIXEIRA, 2002, p. 2).

A construção de políticas públicas implica processos sociopolíticos dinâmicos e complexos. Somente a formação de agendas, por exemplo, expressa uma dinâmica social e política que depende do grau de mobilização da sociedade civil, das concepções políticas e ideológicas que disputam as prioridades, dos níveis de institucionalização de mecanismos que viabilizam a participação social, da relação estabelecida pelos governos com a sociedade civil, da correlação de forças que se estabelece na discussão de problemas sociais, dos mecanismos de pressão etc. (TEIXEIRA, 2002).

Para diferentes teóricos das políticas públicas, a complexidade dos padrões de interações sociais envolvidos na formulação e na gestão das políticas públicas requer a

adoção de modelos do processo de decisão que levam à sua institucionalização (FLEXOR, LEITE, 2006). Para esses teóricos, tais modelos simplificam e esclarecem o entendimento sobre políticas públicas, em especial quando os mesmos permitem descobrir diferentes momentos de construção de uma política, o que garante um maior conhecimento sobre o processo político como um todo (FLEXOR, LEITE, 2006).

Dentre os modelos que são utilizados para a análise da dinâmica sociopolítica implicada na construção de políticas públicas encontra-se o instrumento analítico do *policy cycle*, ou o modelo de “ciclo de políticas”. De acordo com esse instrumento analítico, as políticas públicas expressam uma sequência de atividades, desde o nascimento de um problema às ações adotadas visando resolvê-lo e a avaliação dessas. Cada fase caracteriza-se por atividades concretas, realizadas por diferentes sujeitos sociopolíticos e pelos agentes públicos (o trabalho legislativo; o processo decisório em gabinetes ministeriais; a gestão burocrática das medidas adotadas, entre outras).

As várias fases correspondem a uma sequência de elementos do processo político-administrativo e podem ser investigadas no que diz respeito às constelações de poder, às redes políticas e sociais e às práticas político-administrativas que se [nela] encontram tipicamente (FREY, 2000, p. 226).

Na perspectiva do *policy cycle*, o primeiro passo no desenvolvimento de uma política é a “definição de problemas”, onde são manifestadas as demandas. Quando um problema é identificado e analisado, possíveis soluções são exploradas por meio de pesquisa e análise para a ação governamental. Uma demanda específica se transforma em um problema não apenas por pressão política, mas por seus indicadores que identificam as necessidades de mudanças (KINGDON, 2006).

Um problema torna-se importante quando se identifica a visibilidade das crises por dados quantitativos em grande proporcionalidade, podendo ser o ponto de partida da formulação de uma política que busque resolver tais questões. Um problema público, segundo Kingdon (2006), pode aparecer subitamente (por exemplo, uma catástrofe que afete a vida de pessoas de determinada região); sua identificação envolve a percepção de sujeitos sociopolíticos relevantes e a definição do problema “por quais são norteados o conjunto de causas, soluções, obstáculos e avaliações” (SECCHI, 2013, p.35).

A “construção da agenda” é um segundo passo na construção de políticas públicas e expressa o processo através do qual as demandas ou necessidades sociais dos diversos grupos da população entram na lista de prioridades e são transformadas em

assuntos que disputam as energias e atenção das autoridades públicas. A dinâmica da definição do problema é questão essencial para a compreensão da política pública com visibilidade ao problema e busca de soluções numa relação de público e os tomadores de decisões (BATISTA, REZENDE, 2011).

O estudo da construção da agenda é importante para uma melhor compreensão de como os sujeitos sociopolíticos e a agenda interagem. As estratégias típicas incluem problemas, políticas e participantes visíveis e invisíveis, pois se constitui num processo no qual os problemas e soluções alternativas ganham ou perdem a atenção da população e, em especial, das forças sociais e políticas que se mobilizam visando interferir em dinâmicas políticas (CAPELLA, 2005).

Alguns autores discutem fases da agenda, como Kingdon (2006) apresentando-as como processos decisórios, explicando os motivos pelos quais certos problemas entram na agenda de decisão, enquanto outros, apesar de reconhecidos, não provocam uma ação efetiva. Viana, analisa de que forma as questões são reconhecidas como problemas, registrando que nem todo tema atrai a atenção dos formuladores entrando na agenda decisória, o que significa que a construção de agendas é um processo social que envolve diferentes interpretações, numa dinâmica política de decisão na qual os sujeitos sociopolíticos agem na busca de seus interesses (VIANA, 1996).

A formação de agenda é importante para a definição de questões que são relevantes tanto para as diferentes representações da sociedade civil quanto pelos governos; mas, também, para o reconhecimento e a definição dos problemas, devendo incluir os recursos, interesses e estratégias como soluções aos distintos problemas e não somente dos proponentes de uma questão, mas também dos oponentes que procuram conter a expansão da mesma e mantê-la fora da agenda política formal (VIANA, 1996).

Secchi (2013), nesse sentido, ressalta a importância de se identificar os sujeitos sociopolíticos num processo de políticas públicas, classificando-os em dois grupos: “atores individuais”, que são pessoas que agem intencionalmente em uma arena política (como os políticos, os burocratas, os magistrados, os formadores de opinião), e os “atores coletivos”, que são os grupos e as organizações que agem intencionalmente em uma arena política (como os partidos políticos, a burocracia, os grupos de interesse, as organizações da sociedade civil, os movimentos sociais etc.). As prioridades do processo de construção da agenda são estabelecidas por esses sujeitos sociopolíticos,

que determinam e decidem sobre questões fundamentais no desenvolvimento do processo de formulação de alternativas das políticas públicas (SECCHI, 2013).

A etapa seguinte à construção da agenda é a “formulação de alternativas”, iniciando-se uma fase na construção de políticas públicas que define o objetivo das mesmas, os programas que serão desenvolvidos, as metas a serem alcançadas e os recursos a serem utilizados. Um mesmo objetivo pode ser alcançado de várias formas, por diversos caminhos, como um “instrumento supremo de poder, porque a definição de alternativas é a escolha dos conflitos, e a escolha dos conflitos aloca poder” (SECCHI, 2013, p.37). As escolhas referem-se às grandes linhas do objetivo a perseguir e dos meios a utilizar para a solução dos problemas da agenda, feitas a cada momento onde os sujeitos sociopolíticos decidem o que vão defender e que envolvem não apenas a escolha, mas a preparação das alternativas dentre as quais se escolhem.

Na fase de elaboração e de tomada de decisão, é preciso escolher a mais apropriada entre as várias alternativas de ação de programas, onde geralmente “precedem processos de conflito e de acordo envolvendo pelo menos os atores mais influentes” (FREY, 2000, p. 227) sobre uma determinada ideia em que sujeitos sociopolíticos visíveis e invisíveis operam na formação da agenda decisória. Ao se formular as alternativas para uma política pública cujas necessidades foram identificadas, alguns pontos são observados, tais como a avaliação da natureza do problema a ser enfrentado, como as políticas desenhadas poderão vir a desenvolver-se na prática, a identificação e a avaliação de riscos para o sucesso dos objetivos formulados (BATISTA, REZENDE, 2011).

Em relação ao processo político, algumas forças sociopolíticas organizadas podem interferir decisivamente na visibilidade dos problemas, fazendo com que ocorram, por exemplo, oscilações da opinião pública, mudanças dentro do próprio governo, mesmo mudanças na administração e no legislativo (PINTO, 2008). No entanto, o movimento é governado pela negociação e as coalizões são construídas através de um processo de barganha em troca do apoio político (PINTO, 2008).

A dinâmica política também cria alternativas para facilitar a colocação prioritária de um assunto na agenda governamental, aumentando sua chance de ser colocado numa agenda de decisão. A atuação de “empreendedores políticos” também é fundamental para o processo de decisão, uma vez que eles investem recursos e fazem com que o processo de formulação de políticas seja receptivo às suas ideias num projeto

em que acreditam obter retornos. Os incentivos capazes de mobilizar esses empreendedores, segundo Kingdon (2006), podem ser a promoção de interesses pessoais e de valores, o interesse em interferir na formulação da política pública, o prazer de estar no poder, participando do jogo, a percepção de interesses individuais e coletivos que estão em jogo na definição das políticas públicas (KINGDON, 2006).

Seguindo a perspectiva da *policy cycle*, a próxima fase é a da “tomada de decisão”. O desenvolvimento deste processo em uma política pública considera a transformação de um problema em solução, levando em conta as ações, intervenções e as estratégias que sustentam os estudos, conflitos, construção de coalizões, entre outros (FLEXOR, LEITE, 2006). Os analistas de políticas públicas ressaltam que após a fase de formulação estão dadas as condições para a tomada de decisão, definindo os objetivos e marco jurídico, administrativo e financeiro. É onde se desenham as metas a atingir, os recursos a serem utilizados e a intervenção (BATISTA, REZENDE, 2011).

A fase de tomada de decisão, assim, representa o momento em que os interesses dos diferentes sujeitos sociopolíticos são equacionados e as intenções (objetivos e métodos) de enfrentamento de um problema público são explicitadas. Devido ao pouco conhecimento sobre o efetivo resultado das novas medidas propostas, muitas decisões são adiadas para a fase de implementação da política. Outro problema indicado nas análises do desenvolvimento de muitas políticas é “a pouca materialidade e a falta de elementos no processo de formulação e decisão” (BATISTA, REZENDE, 2011).

O processo de tomada de decisão abarca o conjunto dos elementos que buscam nortear a construção e as posteriores fases de “implementação” e de “avaliação” das políticas públicas, pois elas estão inseridas numa cultura política e social e em condições socioeconômicas que interferem nas decisões. Embora a implementação seja uma fase executiva da política pública que é aplicada em campo, a fase da formulação das políticas não termina com a sua aprovação. A política está sendo decidida à medida que é aplicada, e está sendo aplicada à medida que vai sendo decidida (SECCHI, 2013).

A fase da “implementação de políticas” se traduz na operacionalização da política pública em planos, programas e projetos no âmbito da burocracia pública e sua execução, norteados pela elaboração do processo de decisão. Momento este em que o planejamento é transformado em ação, considerado por alguns autores como a fase de responsabilidade administrativa da política em ação direta, o controle e monitoramento das medidas definidas e envolvem recursos materiais e financeiros (SECCHI, 2013).

Esta fase sucede à tomada de decisão e antecede à fase da avaliação e nela são produzidos os resultados concretos da política pública, quando regras, rotinas e processos sociais são convertidos de intenções em ações. Consiste em selecionar uma proposta e, com apoio político, transformá-la em lei (DYE, 2010), detalhando os modelos e projetos, diretrizes e estratégias, identificando o orçamento, mobilizando os meios disponíveis, providenciando e mapeando as possíveis parcerias em diversas esferas públicas (TEIXEIRA, 2002).

A implementação de políticas públicas, segundo Frey (2000), é considerada como a fase cujos resultados e impactos correspondem à projeção na fase de formulação. Na implementação, o objetivo principal é a análise da qualidade material e técnica de projetos ou programas e a comparação com os resultados alcançados, direcionadas para as estruturas político-administrativas e a atuação dos “atores” envolvidos, isto é, a descrição do “como” e da explicação do “porquê”, descrevendo o que acontece, com quais motivos e com quais resultados (FREY, 2000, p. 87).

A “avaliação das políticas públicas” é a última fase do ciclo das políticas públicas. É tida como um instrumento voltado para subsidiar a tomada de decisão nos diversos momentos que ocorrem ao longo das fases do ciclo, porém, se restringindo a avaliação de resultados da política e não à etapa final do processo (FREY, 2000). Posteriormente à implementação de uma política, torna-se importante avaliá-la. Avaliar quais os resultados alcançados com a implementação das propostas e dos programas de governo, com o intuito de conhecer melhor o estado da política e o nível de redução do problema que a gerou e se foi bem sucedida, com correção de ações (PINTO, 2008). Sempre que um formulador de políticas (ou grupo social) escolhe uma alternativa de política pública para desenvolver, são escolhidos os objetivos para sua ação e medidas para alcançar os resultados. No entanto, esses, precisam ser examinados, confirmados e medidos para saber se aquilo que se planejou de fato ocorre ou se é necessário corrigir erros e melhorar uma prática futura. Esta é a função básica da avaliação das políticas públicas, entendida como uma parte inseparável da função gerencial das políticas públicas em qualquer nível de governo (FLEXOR, LEITE, 2006).

Evidentemente, a abordagem das políticas públicas como um “ciclo”, tal como apresentado a partir do “instrumento analítico do *policy cycle*”, está sujeita a críticas, em especial se tomada como uma “descrição” de uma dinâmica sequencial e ordenada, “pressupondo que todas as alternativas são cuidadosamente discutidas para o alcance

dos objetivos” (PINTO, 2008, p. 29). No entanto, é importante destacar que, entre suas contribuições, encontra-se o esforço em “explicar a interação entre intenções e ações, ao mesmo tempo em que busca desvendar a relação entre o ambiente social, político e econômico, de um lado, e o governo, de outro” (PINTO, 2008, p. 28).

Para os fins deste estudo, a teoria do ciclo de política pública ganha importância, em primeiro lugar, como um instrumento metodológico a partir do qual se pretende melhor identificar o espaço político que a Comissão de Integração Ensino-Serviço (e, em especial, os militantes que atuam na referida Comissão) tem na dinâmica sociopolítica de construção das políticas de educação permanente na 28ª Região de Saúde, preocupando-se, então, com a análise das possibilidades e das dificuldades de atuação (dos militantes da referida Comissão) nas diferentes fases de construção das políticas públicas de educação permanente.

Mas, por outro lado, é importante destacar que alguns autores da teoria do ciclo da política pública enfatizam duas questões fundamentais na análise da construção de políticas públicas: de onde surgem as demandas e quem participa do processo de definição da agenda (PINTO, 2008, p. 29). Nessa direção, trata-se de uma perspectiva teórica que problematiza o processo político a partir do qual determinados problemas ganham visibilidade, tornando-se relevantes e, que definem a formulação da agenda das políticas públicas. Como assinala Pinto (2008), “um assunto ou tema para atingir o status de agenda precisa ser alvo de atenções e envolve a interação de uma série de elementos complexos que influenciam a decisão, formulação e implementação das políticas públicas” (PINTO, 2008, p. 29). Trata-se de uma construção sociopolítica, decorrendo de ações e interações que diferentes sujeitos sociais e políticos, representando complexos interesses da sociedade civil e interesses governamentais, estabelecem como participantes na construção de políticas públicas.

E, nesse sentido, destaca a importância de “quem participa” na construção das políticas públicas, envolvendo tanto as ações do Estado (governos e burocracia estatal) quanto as ações de indivíduos, grupos sociais, instituições sociais, segmentos sociais, e classes sociais. Abre, assim, uma problematização acerca da participação sociopolítica na construção das políticas públicas, na medida em que a mesma pode ser restringida por um estabelecimento fechado dentro da determinação da agenda pelo governo, e por outro lado, pode ser resultado de dinâmicas políticas caracterizadas por diferentes tipos de participação que provém de fora do governo.

## **2.2. A região como território de militância: uma análise da importância da militância na construção de políticas públicas em saúde.**

No Brasil, a saúde como um direito universal e um dever de Estado somente foi institucionalizado na Constituição Federal de 1988, quando foi criado o SUS (Sistema Único de Saúde). O SUS, nesse sentido, pode ser considerado como a política pública de maior inclusão social executada no Brasil, representando, em termos constitucionais, uma afirmação política do compromisso do Estado brasileiro com a democratização da saúde no País.

É importante destacar que, com a promulgação da Constituição Federal em 1988, foi legitimado um novo formato institucional na construção de políticas públicas de saúde no Brasil, que não somente integrou as diferentes escalas de atuação estatal (nacional, estadual, regional, municipal), mas, também, garantiu maior participação da sociedade. Ao ser assegurado pela Constituição Federal, dentre os seus princípios e diretrizes, “a participação da população por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis” (Art. 204), o SUS instituiu, no âmbito das políticas públicas, a participação e o controle das ações do Estado como eixo fundamental na construção das políticas de saúde no País (BRASIL, 1988). A partir de então, o maior desafio passou a ser a regulamentação desses processos, a fim de efetivar a articulação da sociedade civil, estabelecer os mecanismos jurídicos legais necessários à descentralização das políticas públicas e garantir a efetividade da participação social.

O período que antecedeu ao processo constituinte (e, nesse sentido, à própria criação do SUS) já se constituiu enquanto um período importante para a dinâmica de participação social que a Constituição Federal de 1988 institucionalizou no campo da saúde. Naquele contexto histórico, de ruptura com o regime autoritário então vigente (período militar – 1964 – 1985) e de democratização do Estado brasileiro, diferentes movimentos sociais protagonizaram o alargamento do espaço político, organizando-se para “expressar o desejo de integrar-se a uma outra esfera de poder, aquela que pertence à ordem da cidadania e dos direitos” (PAOLI, 1995, p. 26).



Aquela dinâmica histórica de atuação social e política configurou questões de grande significado na história política do país. Por um lado, a reivindicação por maior participação e maior controle sobre as ações do Estado expressou o interesse de ruptura em relação a formas tradicionais de organização social e política do passado. Por outro lado, impulsionou a mobilização em favor da criação de novos espaços de participação, numa perspectiva de democratização e de descentralização do poder do Estado (ALBUQUERQUE, 2002). Foi naquele contexto histórico que, ainda durante a segunda metade da década de 1980, mudanças institucionais importantes ocorreram no Estado brasileiro, numa direção de maior descentralização administrativa, de maior participação da sociedade, de maior democratização do processo decisório.

A Constituição Federal, como resultado daquele processo histórico, afirmou outras configurações de gestão das políticas públicas, como a tomada de decisão descentralizada, a maior interação entre governo e sociedade civil, o reconhecimento de direitos sociais, a abertura de espaços públicos para a participação da sociedade. Desde então, as Políticas Públicas foram as mediações nas ações da administração pública, com a utilização de métodos e normas para estabelecer relações estratégicas entre administração pública e sociedade, entre Estado e atores sociais (SCOREL, 2008).

Em relação à Política Pública de Saúde, a Constituição de 1988 incorporou conceitos, princípios e diretrizes no setor que estavam vinculados ao movimento pela Reforma Sanitária iniciado ainda durante a década de 1960 (SCOREL, 2008). As questões sociais e a construção democrática da política abriram espaço para a valorização da saúde coletiva, onde a saúde passou a ser considerada como resultado da forma de produção social e não apenas como o estado de ausência da doença.

Foi naquele processo histórico que, de forma lenta e irregular, a responsabilização do poder público como condutor das ações de saúde ganhou forças, a partir de propostas baseadas no perfil epidemiológico, da regionalização e hierarquização dos serviços públicos e privados, da valorização das atividades básicas, da garantia de referência e contra referência, da descentralização do processo de planejamento e administração (SCOREL, 2008).

Após a promulgação da Constituição Federal, a descentralização se constituiu num instrumento de expansão da lógica democrática, pois possibilitou a criação de novas instâncias de negociação, determinando um novo formato organizacional. A nova organização supõe novas relações entre instituições nacionais, regionais e municipais,

públicas ou privadas, para resolver os problemas da população brasileira; num processo que, a partir de então, se instaurou em vários setores públicos no Brasil, centrado na descentralização, como uma das condições da mudança em que buscou implementar um novo modelo de política pública, em oposição ao modelo até então dominante, centralizado, burocratizado e excludente (ESCOREL, 2008).

Isso significou tornar a organização mais permeável aos interesses da população; a criação de mecanismos de comunicação e de participação que possibilitou a amplos setores da população brasileira o acesso aos centros decisórios do Estado. No novo formato institucional construído a partir da Constituição, a estrutura federativa brasileira passou a contar com a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, como entes federativos autônomos (BRASIL, 1988). Esta estruturação, que teve como inspiração o modelo norte-americano, propôs novas formas de lidar com o poder e a soberania, devido às heterogeneidades dos territórios (ABRUCIO, 2002).

Destaque-se, portanto, que a partir da década de 1990 o Brasil tem uma política de estado na área de saúde que consagrou alguns princípios fundamentais (“princípios finalísticos”), além de afirmar “princípios estratégicos” à natureza das políticas públicas de saúde no País. Como princípios fundamentais, o SUS consagrou os princípios da “universalidade”, da “equidade” e da “integralidade” da atenção à saúde (BRASIL, 1990a); como princípios “estratégicos”, o SUS afirmou os princípios da participação social, da hierarquização e da regionalização, da resolubilidade, da descentralização, da complementariedade do setor privado (BRASIL, 1990a).

Os princípios finalísticos afirmaram pressupostos básicos a partir dos quais o Estado brasileiro se comprometeu a atuar (a partir de então) na área da saúde. São os princípios que afirmam aspectos essenciais da nova política de saúde que se desenvolve no País a partir da criação do SUS, em 1990:

**UNIVERSALIDADE** – É a garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como àqueles contratados pelo poder público. Saúde é direito de cidadania e dever do Governo: municipal, estadual e federal.

**EQÜIDADE** – É assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer para todos.

**INTEGRALIDADE** - É o reconhecimento na prática dos serviços de que: cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade; as ações

de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas; as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral. Enfim: “O homem é um ser integral, bio-psico-social, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral [...]’.” (BRASIL, 1990a, p. 4-5).

Já os princípios “estratégicos” são os princípios que “regem a organização do SUS”. São eles que afirmam a exigência de que, quando um cidadão busca o atendimento, “o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência” (BRASIL, 1990a, p. 5) – (“resolubilidade”); que o setor privado atua como instância complementar na organização das políticas de saúde do País (BRASIL, 1990a, p. 5) – (“complementariedade do setor privado”); que é garantia constitucional “que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local” (BRASIL, 1990a, p. 5) – (“participação da cidadania”); que “as responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde” são dos diferentes níveis de governo, distribuindo-se as mesmas de acordo com a natureza das ações e dos serviços (BRASIL, 1990a, p. 5) – (“descentralização”); que os “serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida”, de modo que não somente a rede de serviços, “organizada de forma hierarquizada e regionalizada”, esteja mais próxima da população, mas, que essa, também em nível local e regional, possa ter maior participação na construção das políticas de saúde. (“regionalização”) (BRASIL, 1990a, p. 5).

Para os fins deste estudo, cabe destacar os princípios estratégicos da “participação da população” e da “regionalização” de forma integrada, destacando o espaço regional como um espaço que, pela própria institucionalidade das políticas públicas de saúde a partir da criação do SUS, ganhou maior importância.

A estratégia de regionalização aplicada ao atendimento à saúde, apesar de já ser usado na Europa desde a década de 1920, somente foi adotado no Brasil de forma sistemática a partir da constituição de 1988 (MENDES, 2011). A regionalização permitiu em uma escala mais adequada a descentralização do processo decisório em favor dos Estados e Municípios, compartilhando com a União a gestão do sistema de saúde. Sem contar que é nos Municípios e nos Estados que as ações acontecem,

permitindo que o investimento dos recursos seja orientado e as ações apresentem resultados mais expressivos na esfera local/regional. A constituinte já apontava um modelo de regionalização em saúde observado no artigo 198:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - Participação da comunidade. (BRASIL, 1988).

Apesar desta menção, somente a partir da década de 1990 (e, mais especialmente, a partir da década de 2000) a estratégia da regionalização teve início, com um processo mais efetivo de criação de regiões de saúde, com a apresentação em documentos oficiais, com o estabelecimento de pactos intergovernamentais para responder às demandas crescentes dos cidadãos por serviços de saúde mais resolutivos e de melhor qualidade. Nessa direção, foi instituído um conjunto de leis e de portarias determinando regras e mecanismos desse processo em todo o território nacional, merecendo destaque, entre outras e além da Constituição Federal: as Leis Orgânicas da Saúde n. 8.080 e n. 8.142, ambas de 1990; as Normas Operacionais Básicas de 1993 e de 1996; as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (01/2001 e 01/2002)<sup>3</sup>; o Pacto pela Saúde de 2006; e, mais recentemente, o Decreto 7.508, de 2011, que regulamentou a Lei n. 8.080.

A partir desse conjunto de leis, portarias e decretos, se pode afirmar que a regionalização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo estruturante do Pacto de Gestão, devendo orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e de pactuação entre os gestores. Essa direção está presente na própria definição de regionalização adotada pelo Ministério da Saúde, que assim a define:

São recortes territoriais inseridos em espaços geográficos contínuos. Identificá-los é responsabilidade dos gestores municipais e estaduais, tendo como base a existência de identidades culturais, econômicas e sociais, assim como de redes nas áreas de comunicação, infraestrutura, transportes e saúde. Nessas regiões, as ações e serviços devem ser organizados com o objetivo de atender às demandas das populações dos municípios a elas vinculados, garantindo o acesso, a equidade e a integralidade do cuidado com a saúde local (BRASIL, 2006, p.23).

---

<sup>3</sup> As Normas Operacionais Básicas e de Assistência são instrumentos formulados para disciplinar o processo de implementação do SUS, definindo estratégias que orientam a operacionalidade do sistema.

Após ter sido definido o processo de regionalização como uma estratégia de oferta dos serviços à população, o Ministério da Saúde direcionou aos Governos Estaduais a tarefa de, com a participação dos municípios e a aprovação dos Conselhos Estaduais de Saúde, desenvolverem e implantarem seus Planos Diretores de Regionalização (PDR)<sup>4</sup>, com encaminhamento ao Ministério da Saúde. Segundo a NOAS 01-2001, os planos a serem desenvolvidos deveriam garantir:

O acesso aos cidadãos, o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto de ações e serviços vinculados às responsabilidades mínimas. O acesso de todos os cidadãos aos serviços necessários à resolução de seus problemas de saúde, em qualquer nível de atenção, diretamente ou mediante o estabelecimento de compromissos entre gestores para o atendimento de referências intermunicipais (BRASIL, 2001).

O Decreto 7.508/2011 regulamentou a Lei Orgânica de Saúde, de essencial importância para a estruturação do SUS, garantindo uma sintonia nacional, uma unicidade organizativa e uma coesão entre os pensamentos dos dirigentes da saúde pública brasileira. Trata de alguns temas, em especial aqueles que dizem respeito à organização e funcionamento administrativo-sanitário do SUS, assentada na regionalização e hierarquização dos serviços. Este decreto define a região como:

[...] o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de rede de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011)..

São observadas no Decreto 7.508/2011 duas essencialidades: o agrupamento de municípios limítrofes (observados na Constituição Federal em seu artigo 25, § 3º) e o conceito de região que acrescenta outros elementos como a organização, a execução e o planejamento de funções comuns, bem como as identidades culturais e as possibilidades de comunicação entre municípios de uma mesma região.

É a partir desta contextualização da política pública de saúde no Brasil, com ênfase na regionalização, que se pretende articular a análise da importância da militância em dinâmicas regionais de construção de políticas públicas de educação em saúde.

---

<sup>4</sup> Instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e região, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção (BRASIL, 2006).

Cabe retomar, nesse sentido que, sob o ponto de vista da educação em saúde, foi a partir da divulgação, pelo Ministério da Saúde, do Pacto pela Saúde, em 2006, que a questão da regionalização ganhou maior visibilidade e importância. A partir daquele Pacto e, mais especificamente, através das “Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS”, o Ministério da Saúde “republicou” a Portaria n. 198, a partir da qual três mudanças básicas foram estabelecidas: a) alteração da política de saúde, atribuindo-se maior “protagonismo” aos Colegiados de Gestão Regional; b) a descentralização dos recursos financeiros, antes sob a gestão do Ministério da Saúde; c) a “vinculação das ações de desenvolvimento dos trabalhadores do SUS aos planos de Educação Permanente em Saúde, nos âmbitos municipal, regional ou estadual” (BATISTA; GONÇALVES, 2011, p. 889).

Também foi a partir das definições presentes no Pacto pela Saúde de 2006 que, em 2007, o Ministério da Saúde publicou a Portaria n. 1.996, através da qual afirmou a necessidade de uma política nacional de educação permanente em saúde comprometida com “as especificidades regionais” e “a superação das desigualdades regionais”, atribuindo a condução regional da política de educação permanente em saúde aos “Colegiados de Gestão Regional”, “com a participação das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES)” (BRASIL, 2007a).

Naquele contexto, então, foram instituídas as CIESs, estabelecendo-se que as mesmas seriam constituídas por representações dos gestores municipais, dos serviços de saúde, das instituições que atuam na área da formação e do desenvolvimento de pessoal para o setor de saúde, dos trabalhadores de saúde, dos movimentos sociais e dos conselhos municipais de saúde de uma dada região de saúde; ao mesmo tempo em que foi definido que as CIESs constituiriam um espaço político (regional) estratégico na formulação, na condução e no desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde.

Ao atribuir importância aos municípios, aos Colegiados de Gestão Regional e às Comissões de Integração Ensino-Serviço na construção da política pública de educação permanente em saúde, as políticas públicas de saúde executadas no Brasil a partir dos anos 2000 (em especial) criaram condições históricas importantes para que essas passassem não somente a ser discutidas nos âmbitos locais e regionais, mas, também, para que as mesmas fomentassem uma atuação política e social, de indivíduos e instituições sociopolíticas, a partir do recorte regional. Os municípios, mas também os

Colegiados de Gestão Regional e as Comissões de Integração Ensino-Serviço se constituíram em espaços/tempos de atuação política e de poder político na definição da política de educação permanente em saúde. E, nesse sentido, se constituíram em espaços/tempos a partir dos quais, potencialmente, se desenvolveram dinâmicas históricas favoráveis à militância política, recortada a partir de sujeitos e de preocupações também locais/regionais. A região não foi institucionalizada como um território de militância, mas passou a ser um importante condicionamento territorial da militância política.

Ao falar de militância no campo da saúde é importante retomar que as mobilizações políticas e sociais e, no interior dessas, a militância no campo da saúde, estiveram presentes desde o período anterior à criação do SUS, na década de 1980. Nesse sentido, pode-se falar da importância da militância no campo da saúde há muitas décadas antes de ser criado o SUS.

O Movimento da Reforma Sanitária, por exemplo, nasceu durante a conjuntura da luta contra a ditadura, não se constituindo, em apenas um movimento em favor da substituição de um modelo de atenção à saúde, mas também, por uma mudança na arena política da saúde. Em seu processo de articulação foi se conformando como uma nova força política, com propostas transformadoras que culminaram na criação do SUS (ESCOREL, 2006). Naquele contexto histórico, uma militância fortemente articulada com grupos, organizações, instituições, movimentos sociais que atuaram em diversas mobilizações e lutas políticas se constituiu num verdadeiro “intelectual orgânico” do próprio Movimento pela Reforma Sanitária, envolvendo intelectuais, lideranças políticas, lideranças populares, lideranças de movimentos sociais que, atuaram na articulação interna do movimento, e também ocuparam um espaço de protagonista na discussão e na definição de pressupostos, de princípios, de ideais a partir dos quais foi sendo formatado um novo sistema de saúde para e no País (PAIM, 2008).

Não se pode esquecer, inclusive, que o Movimento Sanitário foi uma resposta à crise da saúde, mas também foi um movimento político, ideológico e social, que trouxe consigo a bandeira da democratização da própria sociedade brasileira. Confirmou-se, desse modo, como uma proposta, um projeto e um processo que “ao incidir sobre as relações de poder, transformar-se-ia em um movimento político” (PAIM, 2008, p. 626). O movimento deu uma grande contribuição para o desenvolvimento dos princípios

democráticos, além de ter apontado os novos preceitos para o desenvolvimento em relação à saúde como um reconhecimento e obrigação do Estado.

Desde o início, o movimento pela Reforma Sanitária teve sua ação pautada pelo questionamento de iniquidades da saúde e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, no movimento popular e em experiências regionais de organização de serviços. Compartilhando o referencial médico-social na abordagem dos problemas de saúde e por meio de algumas práticas políticas, ideológicas e teóricas, buscou a transformação da política de saúde no Brasil, em favor da melhoria das condições de saúde e de atenção à saúde da população brasileira, na consecução do direito de cidadania (PAIM, 2008).

Escorel (2008) relaciona três vertentes como de grande importância na estruturação do movimento pela Reforma Sanitária. A primeira foi constituída pelo movimento estudantil e pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), que se caracterizaram por difundir a teoria da medicina social. A segunda foi integrada pelos movimentos médicos residentes e de Renovação Médica, distinguindo-se da vertente anterior por significar uma atuação política na arena concreta do mundo do trabalho. A terceira vertente foi constituída por profissionais das áreas de docência e de pesquisa, a academia, onde foi construído o referencial teórico do movimento e se formaram os agentes reprodutores e os novos construtores desse marco dando suporte teórico às propostas transformadoras. (ESCOREL, 2008). Nesses e desses diferentes espaços de reflexão, de mobilização, de lutas, surgiram e se constituíram muitas lideranças que, a partir da própria inserção no movimento sanitário, assumiram a luta pela democratização da saúde e pela própria democratização da sociedade brasileira como uma causa de vida, não somente como um espaço/tempo de articulação e de constituição de suas identidades sociais e políticas, mas, acima de tudo, como espaço/tempo de atuação ativa, com espírito de liderança, em defesa do sistema de saúde que se consolidaria com a criação do SUS (ESCOREL, 2008; PAIM, 2008).

Certamente, uma expressão muito importante daquele movimento militante em favor de um novo sistema de saúde para e no País ficou simbolizado pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, com a presença de mais de quatro mil representantes de diferentes organizações sociopolíticas, tais como, por exemplo, a Confederação Geral dos Trabalhadores (CGT), a Central Única dos Trabalhadores (CUT), a Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG), o



Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), além de associações de profissionais da saúde e de um amplo movimento popular em saúde (ARRETCHE, 2006; PAIM, 2008).

Com a criação do SUS e a partir de então, a militância na saúde somente se intensificou e ganhou novos contornos. Nesse sentido, é importante retomar que a partir do SUS as ações e serviços de saúde pública estão organizados em redes regionalizadas e hierarquizada e que, com a regionalização, as regiões se constituíram em estratégias que visam garantir o direito à saúde, a redução das desigualdades sociais e territoriais, a promoção da equidade e a integralidade da atenção, a racionalização dos gastos e a otimização dos recursos, a potencialização do processo de descentralização, a ampliação da participação social.

Ao longo desses 25 anos, os gestores do SUS buscaram alternativas para melhoria do acesso dos cidadãos às ações e serviços de saúde com equidade, adequando a disponibilidade de recursos às necessidades e demandas da população. Desde a década de 1990, com a publicação das normas operacionais do SUS, a descentralização das ações e serviços tem sido uma diretriz do sistema de saúde. A regionalização oferece os meios e os custos para a melhoria da coordenação e integração do cuidado em saúde e proporciona escala mais adequada e maior participação dos cidadãos no processo de tomada de decisão. No entanto, além desses benefícios, a regionalização, apresenta desafios em integrar e coordenar as ações e serviços, em diferentes espaços geográficos, com diferentes gestões e gerências para atender as necessidades de saúde e demandas da população na escala, qualidade e custos adequados. Para isso, é necessário um sistema de informação em tempo real para orientar a tomada de decisão e buscar alternativas para aperfeiçoar recursos e organizar a gestão compartilhada (CONASS, 2011).

Já anteriormente abordado, o Decreto 7.508/2011 orienta a constituição de redes de atenção em saúde, definindo as regiões de saúde como espaços privilegiados para integração destes serviços, tendo como ponto de partida o Plano Diretor Regional, com as suas devidas composições e adequações às dinâmicas dos territórios, favorecendo a ação cooperativa intergestora. Além disso, define o papel das Comissões Intergestores Regionais como instâncias articuladoras dos gestores municipais, que devem propor a distribuição dos serviços e dos trabalhadores da saúde, buscando garantir amplo acesso às ações de saúde em diferentes níveis de atenção, possibilitando a equidade e a integralidade por meio da gestão do cuidado (MENDES, 2011). Nesse sentido, as

Comissões Intergestores Regionais constituem instâncias de cogestão, pois criam um espaço regional de negociação entre os municípios e o estado (MENDES, 2011).

Uma rede regionalizada é entendida como um processo de participação social e política e de negociação entre sujeitos com diferentes graus de autonomia, de interesses, favorecendo relações de cooperação entre os governos, agentes e organizações que estabelecem redes entre sujeitos e instituições (MENDES, 2011). Ao entender a rede regionalizada como um processo de participação social e política, podemos também entender que esse espaço de autonomia é reservado entre tantos outros, direcionado aos espaços coletivos de engajamento, de protagonismo militante na invenção dos modos de cuidar e gerir os processos de trabalho no campo da saúde.

Entende-se, nesse sentido, que a rede regionalizada de saúde se constitui um campo fértil para a problematização da atuação não somente dos trabalhadores, mas, também, de diferentes organizações, instituições sociais, movimentos sociais, como transformadores da prática de saúde, constituindo-se, assim, um território de experiências que deixam em aberto novos caminhos para o fortalecimento da militância como prática de gestão democrática no SUS. A regionalização presente nas políticas públicas de saúde, assim, permite que se identifiquem novas formas de engajamento e mobilização, que se definem a partir de necessidades e de interesses de sujeitos que se constituem na própria prática de atuação regional.

Já indicado anteriormente, se pretende fazer aqui um estudo sobre a participação e a importância da militância na construção de políticas públicas (e regionais) de educação permanente em saúde. Nesse sentido, a questão teórica de fundo deste estudo se define a partir da noção de “construção de políticas públicas”, enfocadas a partir de um recorte teórico que enfatiza a importância da participação da militância.

Embora esse enfoque relativize a importância de uma reflexão mais aprofundada sobre a militância e sobre militantes, não dispensa, porém, que se dê um pouco de atenção para o que se pretende analisar ao indicar a militância como uma dimensão importante na construção de políticas públicas.

Becker (2009) utiliza a palavra militância como coerência de comportamento, ligada essa coerência a determinadas práticas, valores e crenças que identificam os sujeitos que militam. Esta defesa de valores, com os quais o “militante” se identifica,

seria o elemento de coerência do comportamento pela consciência de sua ação gerada por um interesse necessário (BECKER, 2009).

Militar, nesse sentido, exige uma articulação entre os comportamentos, os valores, as atitudes, fazendo-se necessário conhecer diferentes aspectos da vida dos sujeitos para a reconstrução das experiências, narração dos fatos ao longo do tempo, espaços e pessoas significativas em sua vida que possam explicar os motivos da militância e perceber as articulações estabelecidas entre essa e os demais momentos da vida profissional (BECKER, 2009).

Ao estabelecer as redes de interações, contatos, espaços e grupos com os quais se identifica, os indivíduos constroem relações recíprocas que tornam possíveis os seus engajamentos políticos e sociais. Essa relação produz compensações materiais ou prestígio pessoais, ganhos simbólicos e afetivos identificados com determinados grupos com os quais o militante interage, o conjunto de regras, normas, valores internalizados através de pertencimentos sociais e decisão de se engajar (BECKER, 2009).

São vários os fatores que tornam determinadas formas de militância e engajamento possível, como pertencimentos sociais, capitais culturais, valores e crenças (OLIVEIRA, 2005). Portanto, tornar-se um militante é um processo muito complexo, em que combinam diferentes histórias das origens sociais, das socializações específicas dos que militam e dos seus lugares na sociedade (OLIVEIRA, 2005). Estas experiências se dão pelos diversos tipos de inserções sociais, profissionais, familiares e acadêmicos, influenciando de diversas formas no início e permanência na militância.

Para os fins deste estudo, como indicado ainda no texto de introdução a partir das definições construídas por Eliana Tavares dos Reis (2007), interessa, em primeiro lugar, distinguir entre “quem milita” e quem está engajado ou, mesmo, tem apenas uma atuação conjuntural na Comissão de Integração Ensino-Serviço da 28ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul para, a partir dessa definição, compreender qual é o espaço político que os militantes na referida Comissão têm na construção da política de educação permanente em saúde na também referida Região de Saúde.

Nesse sentido, reafirmando o que já foi exposto a partir da contribuição teórica de Eliana dos Reis (2007), ao se referir aos “militantes da CIES” se está fazendo referência, fundamentalmente, aos que, para além de um engajamento (que pode decorrer de uma participação temporária na Comissão, inclusive pela indicação do

poder público municipal), têm uma atuação mais contínua (no tempo e no espaço) na Comissão, mas, também, mantêm uma “dedicação sistemática” à “causa” educação permanente em saúde. Como afirma Eliana Reis, a militância:

[...] extrapola o sentido mais comum como de qualificação da adesão a uma “causa” (militante) ou de atribuição de um rótulo que define e encerra a sua própria essência (“militância”). [...] tanto as “habilidades” militantes quanto a dedicação à “militância” implicam em processos muito mais amplos. Os mesmos envolvem variáveis como mecanismos de socialização, formas de engajamento, sentidos atribuídos às “causas”, modalidades de investimentos oferecidos e de recompensas extraídas dos mesmos [...] (REIS, 2007, p. 11).

Assim, ser militante não implica somente a adesão a determinada causa, nem a atuação regular em determinados espaços sociopolíticos a partir dos quais um determinado poder político é mobilizado para a defesa de interesses coletivamente partilhados. A militância implica mais do que isso, remetendo a um modo de vida e à construção de identidade sociopolítica em torno e a partir de uma causa. Ser militante “não se dá de um só golpe”, não se explica por um motivo racionalizado (ganhos econômicos e/ou políticos do indivíduo que milita), mas, antes, resulta de diferentes condições e condicionamentos como, por exemplo: “a socialização familiar, a busca de uma identidade social, a expectativa de gratificações materiais e simbólicas, a realização de escolhas ideológicas e políticas” (REY; SUBILEAU, 1991, p. 25. APUD: REIS, 2007, p. 55).

No caso da presente dissertação, há de se considerar que a militância que se pretende estudar tem uma materialidade no território (regional). A região e, mais especificamente, a Região 28 de Saúde do Rio Grande do Sul, define não somente espaços de socialização política para os que atuam no campo da saúde como militantes, mas, também, condicionam recortes sociais, políticos, programáticos, ideológicos para as práticas sociais e políticas dos militantes em saúde na Região. O que significa dizer que a atuação dos militantes em educação permanente em saúde, por exemplo, na Região 28 de Saúde ocorre (se materializa) através das trajetórias nos bairros, nos municípios, nas instituições (escolas, universidades, hospitais, estratégia saúde da família etc.), nas repartições públicas municipais, nas instituições específicas que se dedicam ao debate e à construção de políticas públicas de educação permanente em saúde, nas redes sociais que se constituem a partir da participação nesses diferentes espaços. Mas, ao mesmo tempo, se materializa nos desafios, nos conflitos, nas possibilidades de consensos, nas expectativas e nas perspectivas de construção de uma política (regional) de educação permanente em saúde.

### **3. AS POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL.**

Este capítulo está dedicado à análise das “políticas de educação em saúde no Brasil”, com ênfase na discussão histórica dessas políticas desde o contexto histórico de criação do Sistema Único de Saúde (SUS), mas, também, para a dinâmica de reflexão e de construção das políticas públicas de educação em saúde a partir da década de 1990 e que, afinal, resultaram, já na primeira década do século XXI (mais precisamente, em 2007) na definição das diretrizes de implementação da Política Nacional de Educação Permanente.

No decorrer da análise afirmam-se os avanços que foram alcançados no que diz respeito à formação dos trabalhadores em saúde, desde os anos 1990, mas, ao mesmo tempo, atenta-se para as dificuldades que uma política de formação dos trabalhadores em saúde ainda enfrenta, em especial quando se pensa na relação propugnada pelo SUS de uma formação profissional articulada com o cuidado integral. Daí que decorre, ainda, a expectativa de consolidação e de avanço de uma educação permanente para os trabalhadores em saúde, capaz de “(re) significar seus perfis de atuação” e, assim, fortalecer a atenção à saúde no SUS, de acordo e a partir dos princípios que o mesmo defende.

### **3.1. A Educação em Saúde no âmbito do SUS.**

A Educação em Saúde não é um tema novo e tem sido abordado com teorias, conceitos e propósitos que se modificam conforme as próprias mudanças que ocorrem no campo da saúde, mas, também, a partir das próprias transformações históricas das sociedades.

No caso da sociedade brasileira, em especial a partir da década de 1980 (portanto, num contexto de redemocratização e de construção do SUS), ganhou importância as visões que afirmam a saúde como resultante das condições de vida da população, influenciadas, por fatores socioeconômicos, tendo as práticas em saúde suas atenções voltadas à promoção da saúde e não somente para ações curativas. Com isso, a educação em saúde adquiriu novos significados, mais comprometidos com a promoção de mudanças na formação dos profissionais de saúde, de modo a contribuir na melhoria das condições de vida e saúde da população, mas, também, para impulsionar uma reflexão crítica das relações entre saúde – doença – sociedade, numa perspectiva comprometida com a ampliação do debate sobre as causas do binômio saúde – doença.

Já no período anterior à promulgação da Constituição de 1988 e da criação do SUS, o Movimento pela Reforma Sanitária discutia a estruturação da educação para os trabalhadores em saúde, a partir de princípios que ficaram consolidados com a criação do SUS. Nessa direção, inclusive, registre-se a importância que tiveram as Conferências Nacionais de Saúde, constituindo-se em espaços sociopolíticos de defesa dos pressupostos que animaram o Movimento pela Reforma Sanitária, pelo menos desde a década de 1960 (CONASS, 2011).

Durante a década de 1970, por exemplo, a educação em saúde era uma preocupação de instituições internacionais, como é o caso da UNESCO (Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura) que, naquela década, através de sua Comissão Internacional sobre Educação do século XXI, propôs um debate sobre educação e saúde a partir do pressuposto de que a “formação de pessoas precisa ocorrer ao longo de toda a vida, pois o conhecimento está em constante evolução, e o fundamental é aprender a ser” (FAURE, 1981, p. 225). Na concepção apresentada pela UNESCO, o processo de aprendizagem era visto como resultado de um processo que se fundava na diversidade de experiências dos indivíduos e grupos humanos, envolvendo

aprendizagem e expressão, comunicação, capacidade de questionamento. (FAURE, 1981).

Talvez sob a influência do debate provocado pela UNESCO, em 1975 a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) organizou um grupo de discussão para o desenvolvimento de um “Plano de Educação Continuada para as Equipes de Saúde”, com o intuito de facilitar a condução dos processos educativos com a produção de algumas ações e materiais de divulgação que incentivavam as discussões nacionais sobre a temática (BUSS, 2000). As ações daquela Organização Internacional foi um marco importante de um processo envolvendo reflexão, diálogo, negociações e construções de alternativas para enfrentar os problemas relacionados à educação e saúde no Brasil; pois, naquele mesmo período, o Ministério da Saúde, juntamente com associações profissionais e instituições de segurança social comprometeram-se com a educação no trabalho, surgindo daí novos técnicos e profissionais da saúde, no sentido de serem sujeitos dos processos formativos (BUSS, 2000).

Também na década de 1970 ocorreu um importante encontro que resultou no Relatório de Alma Ata (1978), a partir do qual a educação apareceu ligada aos cuidados primários à saúde no tocante a problemas prevalentes e a métodos para a sua prevenção e controle. A proposta educativa estava apoiada no trabalho em equipe interdisciplinar, em nível local, e envolvia, além dos setores educação e saúde, todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário (agricultura, pecuária, produção de alimentos, indústria, habitação, obras públicas, comunicações, entre outros). Daquela encontro concluiu-se que a educação em saúde deveria estar pautada pela reafirmação da saúde como direito humano fundamental, pelo fato das desigualdades serem inaceitáveis e pela responsabilidade dos governos com a saúde dos cidadãos, bem pelo direito da população de participar das decisões no campo da saúde (BUSS, 2000).

Na década de 1980, novamente a Organização Pan-Americana da Saúde, a partir de um diagnóstico realizado sobre a educação em saúde em vários países, definiu um marco teórico conceitual para programas de educação permanente, valorizando sua dimensão pedagógica e estimulando o desenvolvimento de experiências nacionais. Em decorrência daquele processo, iniciou-se um plano de desenvolvimento de Recursos Humanos com o objetivo de fazer da educação dos trabalhadores de saúde um processo

permanente, no qual o trabalho se destacava como eixo do processo educativo, fonte do conhecimento e objeto de transformação (BUSS, 2000).

Naquela mesma década, a Carta de Ottawa (BUSS, 2000), resultado de outro importante encontro no campo da saúde, a Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde (organizado pela Organização Mundial de Saúde), definiu que a capacitação tinha o objetivo de alcançar a equidade em saúde e estava sendo colocada como o principal foco da promoção da saúde. As ações de promoção da saúde objetivavam enfrentar a necessidade de reduzir as diferenças no estado de saúde da população e assegurar oportunidades e recursos igualitários para capacitar todas as pessoas a realizar completamente seu potencial de saúde. Isto incluía uma base sólida, composta por ambientes favoráveis, acesso à informação, a experiência e habilidades na vida, bem como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia (BUSS, 2000). A Carta de Ottawa ainda propôs cinco eixos centrais de ação, a saber: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde (CARTA DE OTTAWA, 1986).

Essas considerações, mesmo que breves, sobre a discussão (nacional e internacional) relacionada à educação para a saúde durante a década de 1970 e início da década de 1980 são importantes para que se perceba que, durante aquela última década (quando no Brasil ocorre o processo de democratização e, com ele, a Constituição de 1988 consagra um novo sistema de saúde, através do SUS) já havia uma longa trajetória de discussões e de ações visando a articulação de práticas educativas voltadas à saúde e aos trabalhadores em saúde.

Com a criação do SUS, novos compromissos e novos desafios relacionados à educação em saúde se colocaram, pois, inerente ao movimento que resultou naquela criação estava a compreensão de amplos setores da sociedade brasileira quanto à responsabilidade pelo ordenamento de políticas de formação dos trabalhadores em saúde; numa perspectiva de formação continuada e permanente, de aprendizado pelo e no trabalho, projetando possibilidades de desconstrução/construção de novos valores, ideais e lutas para produzir mudanças de práticas, de gestão e de participação social (CONASS, 2011).



Essas preocupações estiveram presentes na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, mas, também, na I Conferência Nacional de Recursos Humanos (igualmente, realizada em 1986). O debate principal, em especial na Conferência de Recursos Humanos, envolvia a “política de recursos humanos rumo à reforma sanitária”, indicando-se compromissos que estavam presentes entre os sujeitos participantes daquela Conferência e que, inclusive, definiram os eixos temáticos em torno dos quais ela se desenvolveu: a) a valorização do profissional de saúde; b) a preparação de recursos humanos; c) as estratégias de integração interinstitucional para os órgãos de desenvolvimento de recursos humanos; d) a organização dos trabalhadores; e) a relação do trabalhador de saúde com o usuário do sistema (ALVES; PAIVA, 2010, p. 313).

Toda a reflexão realizada pelo Movimento Sanitário que antecedeu a criação do SUS repercutiu em sua própria construção e, nesse sentido, já a Constituição de 1988 atribuiu ao Estado a criação de uma política para a formação dos trabalhadores do sistema público de saúde (SARRETA, 2009, p. 172). Em seu artigo 200, a Constituição Federal de 1988 declarou que é de competência do SUS “o ordenamento da formação de recursos humanos da área da saúde” (BRASIL, 1988, p. 40), o que foi posteriormente corroborado pela Lei Orgânica da Saúde n. 8.080, de 1990, afirmando-se, portanto, a educação como um “componente estratégico da gestão no SUS para promover transformações efetivas e interferir na formação, de modo a superar o modelo atual e aproximar o ensino e os serviços, bem como estes à realidade dos usuários” (SARRETA, 2009, p. 172). Pela importância da Constituição Federal de 1988, cabe aqui o registro dos artigos relacionados à formação de recursos humanos na área da saúde.

**Art. 6º** Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS): III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde.

**Art. 13.** A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades: IV - recursos humanos.

**Art. 14.** Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior. Parágrafo único - Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde - SUS, na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

**Art. 27.** A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos: I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal; Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional (BRASIL, 1988).

Já naquele período, e também como resultado das reflexões que estavam presentes no Movimento pela Reforma Sanitária, a proposta de uma “educação permanente em saúde”, baseada no pressuposto da “aprendizagem significativa”, de uma “aprendizagem que produz sentido para o sujeito”, fazendo “interlocação com os problemas enfrentados na realidade” e capaz de levar em consideração “os conhecimentos e as experiências que as pessoas possuem”, colocava-se como uma expectativa de construção de uma “estratégia político-pedagógica” para a formação dos trabalhadores do sistema público de saúde (SARRETA, 2009, p. 173). Como afirma Sarreta (2009), referindo-se às expectativas em relação a uma proposta de educação permanente em saúde já presente no processo histórico de construção do SUS:

Os processos de formação e qualificação dos trabalhadores da saúde devem, portanto, se estruturar a partir da problematização das práticas cotidianas e dos problemas – os nós críticos – que impedem a atenção integral e a qualidade do atendimento. Esse processo permite a reflexão do mundo do trabalho e dos problemas vivenciados na área da saúde [...] (SARRETA, 2009, p. 173).

A criação do SUS, portanto, indicou a necessidade de uma nova política de formação dos trabalhadores em saúde, orientada e comprometida com os princípios propugnados pelo novo Sistema de Saúde. Para os protagonistas do Movimento Sanitário havia a compreensão de que a formação profissional pautada pelo Modelo Biomédico (voltado ao cuidado das doenças e não à promoção da saúde), até então predominante, era discrepante com as necessidades colocadas aos trabalhadores de saúde pelo SUS (ALMEIDA, FERRAZ, 2008). A partir da criação do SUS colocou-se a necessidade de uma nova concepção pedagógica, comprometida com uma educação em saúde problematizadora, preocupada com o contexto (social, político, econômico, emocional etc.) em que as condições de saúde-doença podem ocorrer (CUTOLO, 2006).

Luiz Roberto Cutolo (2006), analisando as repercussões do “modelo biomédico” e da “reforma sanitária” para a formação de médicos pediatras, apresenta um quadro comparativo entre o modelo biomédico e alguns princípios que animaram o Movimento pela Reforma Sanitária que é importante para uma melhor compreensão dos desafios que se colocavam na década de 1980 e início da década de 1990 no que diz respeito à construção de uma política de formação profissional para os trabalhadores em saúde.

QUADRO 01: Comparação entre concepções de saúde-doença do modelo biomédico e do modelo defendido na reforma sanitária.

<b>Modelos</b> <b>Características</b>	<b>Modelo biomédico</b>	<b>Reforma sanitária</b>
Concepção de saúde e doença	Biologista	Biologista, higienista, preventicista, social
Ação	Recuperar e reabilitar	Recuperação, reabilitação, proteção, promoção
Princípio	Fragmentação	Integralidade
Locus	Hospital/policlínicas	Hospital, unidade básica de saúde, unidade saúde da família, comunidades, creches, asilos, associações
População	Objeto (não participa)	Sujeito – participa
Usuário	Paciente	Paciente-cidadão
Decisões	Centralizadas	Descentralizadas – localizadas
Acesso	Restrito	Universal
Profissional	Médico	Médico e equipe – interdisciplinar
Responsabilidade	Cura do doente	Também, mas melhoria nas condições sanitárias.

Fonte: CUTOLO, 2006, p. 18.

Se a análise sugerida por esse quadro construído por Cutolo pode ser significativo para uma compreensão mais ampla do debate que estava presente na década de 1980 no movimento político e social que resultou na criação do SUS, ele é também significativo de concepções que orientavam as preocupações, os desafios e as expectativas quanto à construção de políticas de educação em saúde e, particularmente, para a formação profissional de trabalhadores em saúde de forma articulada com os princípios e a concepção (do binômio saúde-doença) inerentes no SUS.

A partir da década de 1990, assim, a discussão incipiente durante a década de 1980 se intensificou, sendo impulsionada pela própria implementação do SUS e objetivada através da construção de diferentes políticas que resultaram, já em 2007, numa Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

### **3.2. A institucionalização da política de educação em saúde a partir dos anos 1990.**

Como já foi colocado anteriormente, a construção de uma política pública de educação em saúde a partir dos anos 1990 apresenta três momentos principais: o primeiro esteve vinculado às preocupações com a formação profissional dos trabalhadores em saúde para a atuação no Programa Saúde da Família; o segundo momento se inicia com o primeiro governo de Luís Inácio Lula da Silva (2003 – 2006) e a instituição, em 2004, da “Política Nacional de Educação Permanente em Saúde”; e o terceiro momento compreende o período posterior da divulgação pelo Ministério da Saúde, em 2006, do Pacto pela Saúde (BATISTA; GONÇALVES, 2011, p. 887).

Em relação ao “primeiro momento”, é importante registrar que a implementação do Programa de Saúde da Família (PSF), no contexto de construção e consolidação do SUS, expressou o compromisso das políticas nacionais de saúde no Brasil de reorientar o modelo assistencial a partir de uma ênfase à atenção primária, objetivada, no trabalho dos agentes de saúde junto às famílias e às comunidades. O PSF preconizou a formação de “equipes de saúde da família”, com caráter multiprofissional, para trabalharem num dado território de abrangência e com uma perspectiva de transformar a unidade de saúde da família a “porta de entrada ao sistema local e o primeiro móvel de atenção”:

O modelo preconiza uma equipe de saúde da família de caráter multiprofissional (médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde) que trabalha com definição de território de abrangência [...]. Pretende-se que a unidade de saúde da família constitua a porta de entrada ao sistema local e o primeiro nível de atenção, o que supõe a integração à rede de serviços mais complexos. Recomenda-se que cada equipe fique responsável por entre 600 e 1000 famílias (2400 a 4500 habitantes). A equipe deve conhecer as famílias do seu território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de risco existentes na comunidade, elaborar um programa de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da atenção básica (SCOREL et. ali, 2007, p. 165).

Naquele contexto de implementação do SUS e, particularmente, dos Programas Saúde de Família, ainda durante a década de 1990 o Ministério da Saúde se preocupou com o desenvolvimento de políticas de formação capazes de fortalecer “a articulação ensino-serviço em torno, principalmente, das necessidades de capacitação dos profissionais de saúde inseridos nas equipes” do PSF (GIL, 2005, p. 492).

Essa preocupação se objetivou, em 1998, com a criação dos “Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família”, pensados enquanto “estratégia operacional para o desenvolvimento de habilidades dos profissionais de saúde da família na abordagem da atenção integral” e articulados para promover ações em três direções principais: “capacitação, formação e educação permanente, sempre buscando reforçar a articulação entre as instituições de ensino superior e médio e os serviços estaduais e municipais de saúde” (GIL, 2005, p. 492).

No início dos anos 2000, todos os estados brasileiros possuíam Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família, envolvendo redes de instituições de ensino e gestores do SUS no oferecimento de um conjunto de ações de curto, médio e longo prazo; e, nesse sentido, compreendendo desde ações voltadas à capacitação introdutória e a realização de cursos de atualização até a implantação de programas de educação permanente, a reformulação de cursos de graduação e oferecimento de cursos de pós-graduação (GIL, 2005).

O “segundo momento” de construção de políticas públicas de educação em saúde se iniciou, então, com o primeiro governo de Luís Inácio Lula da Silva, em 2003, e teve como marco principal a instituição da “Política Nacional de Educação Permanente em Saúde”, em 2004.

[...]. Em 2004, por meio da Portaria nº 198/04 [...] instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor, um grande e importante movimento para a educação na área da saúde aconteceu no país. O Ministério da Saúde tomou a Educação Permanente em Saúde como ideia central da Política de Gestão da Educação no trabalho em saúde, passando a desenvolver ações indutoras significativas no interior do SUS, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) no Ministério da Saúde (BATISTA, GONÇALVES, 2011, p. 887).

Cabe destacar que, com o início do governo Lula, em 2003, o Ministério da Saúde assumiu, de forma mais clara e comprometida, os pressupostos que animaram o Movimento pela Reforma Sanitária. Ocorreu então, uma estruturação na organização do Ministério da Saúde com o entendimento das Políticas de Saúde, organizadas desde a

atenção básica à alta complexidade sob o comando de uma única secretaria. Porém, foi na Política de Educação Permanente em Saúde que se configurou a modificação mais evidente. Até então, as diretrizes apontadas em todas as Conferências Nacionais de Saúde e nas Conferências Temáticas de Recursos Humanos para a Saúde não haviam entrado na agenda política como prioridade na organização dos serviços no SUS; resumiam-se a questões discutidas em espaços privilegiados, sem comprometimento com a indução de uma política de gestão para o setor (BRASIL, 2004).

A partir do governo Lula, então, foi criada uma Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), com dois departamentos que unificaram a gestão do trabalho e da educação em saúde (esta última organizada no DEGES – Departamento de Gestão em Educação e Saúde) em três dimensões: educação popular, educação técnica e educação superior, além de pensar ações estratégicas que contemplam as múltiplas faces da educação (BRASIL, 2004).

O Ministério da Saúde, ao criar a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde tomou para si a Educação Permanente em Saúde como ideia central, afirmando uma proposta de educação em saúde capaz de enfatizar a melhoria da qualidade do cuidado, a capacidade de comunicação e o compromisso social entre as equipes de saúde, os gestores do sistema de saúde, as instituições formadoras e o controle social (BATISTA, GONÇALVES, 2011, p.887). A mudança incluiu levar até os serviços e às demais instâncias comprometidas com a saúde a prática pedagógica a partir do cotidiano do trabalho; um ordenamento constitucional que ainda não havia sido previsto como política pública na saúde (LOPES et al, 2007).

A construção desta política passou por várias instâncias de negociação e de deliberação, com sua proposta pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT)<sup>5</sup> e, em novembro de 2003, no Conselho Nacional de Saúde (CNS) que, por meio da resolução nº 335, aprovou a “Política Nacional para Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente”. Naquele contexto, em dezembro de 2003 aquele documento também foi legitimado na XII Conferência Nacional de Saúde,

---

<sup>5</sup> São espaços intergovernamentais, políticos e técnicos em que ocorrem o planejamento, a negociação e a implementação das políticas de saúde pública. É constituída (em nível federal) paritariamente por representantes do Ministério da Saúde (MS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).

avançando o processo até a publicação da Portaria que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2004).

Através da Portaria 198/GM/MS/04, a Educação Permanente foi definida como um processo de aprendizagem no trabalho, tendo como referência as necessidades de saúde “loco-regionais”. Esta prática, aliada ao cotidiano da gestão setorial, e da condução gerencial dos hospitais de ensino e de outras ações e serviços de saúde, colocou o SUS como um interlocutor privilegiado das escolas na formulação e na implementação dos projetos político-pedagógicos de formação profissional (e não mero campo de estágio ou aprendizagem prática). Considerou, ainda, que a Educação Permanente em Saúde realiza a agregação entre aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva (BRASIL, 2004), partindo do pressuposto de uma aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugerindo que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais, em ação na rede de serviços.

A partir de então, as ações de formação não mais se restringem às ofertas das instituições formadoras e aos gestores do sistema de saúde, mas são debatidas e definidas nos Colegiados de Gestão, a partir da identificação das necessidades de formação e de priorização que geram demandas às instituições formadoras e demais colaboradoras do ensino. Para responder a essas expectativas, essas relações têm que ser construídas sobre novas bases: relações mais horizontais, de dupla mão, em que as demandas dos serviços sejam realmente consideradas pelas universidades, com tomadas de decisões em conjunto (BRASIL, 2004).

Essa preocupação com a integração horizontal entre instituições de ensino e serviços de saúde levou o Ministério da Saúde, no período entre 2003 e 2005, a formar os Polos de Educação Permanente em Saúde (PEPS), caracterizados como instâncias de articulação interinstitucional, ou seja, “Rodas para a Gestão da Educação Permanente em Saúde”. (BRASIL, 2004, p.10). Nessa direção, foram instalados, naquele período, diversos Polos de Educação Permanente em Saúde no território nacional (CECCIM, 2004/2005), com o intuito de reunir atores interinstitucionalmente, a fim de trabalhar a formação e o desenvolvimento de profissionais de maneira reflexiva e contextualizada, partindo das necessidades de saúde loco-regionais, tendo como foco os processos de trabalho e como sujeito, as equipes de saúde.

Os Polos de Educação Permanente são instâncias de articulação interinstitucional para o estabelecimento do diálogo e da negociação entre os atores das ações e serviços do SUS e das instituições formadoras. É o lócus para a identificação das necessidades e para a construção de estratégias e de políticas no campo da formação e desenvolvimento, na perspectiva de ampliação da qualidade da gestão, da qualidade e do aperfeiçoamento da atenção integral à saúde, do domínio popularizado do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do controle social no SUS (BRASIL, 2004, p.11).

Segundo a política proposta pelo Ministério da Saúde, a relevância de cada localidade possuir um Polo de Educação Permanente em Saúde se relaciona com a realidade local, respeitando a descentralização. Neste caso, a problematização ocorre a partir do contexto do território de abrangência de cada um dos serviços com o trabalho multiprofissional e interdisciplinar, que possibilite a adequação e o desenvolvimento de competências e habilidades por parte dos profissionais.

Com esta política e a estratégia de Pólos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde, o governo brasileiro assinalou seu interesse em valorizar o debate sobre educação permanente em saúde, apostando em novos caminhos, de rompimento com a ideia “de que o trabalhador é apenas mais um recurso de infraestrutura, reconhecendo-o como protagonista do processo de consolidação do Sistema” (BRASIL, 2005a, p.5).

Mas, é importante registrar, se, por um lado, os Pólos de Educação Permanente em Saúde constituíram um debate sobre a educação permanente, propondo a descentralização de recursos financeiros e do processo decisório para a definição de prioridades em âmbito local e regional, com a inclusão de novos atores que estavam fora do processo (instituições de ensino superior, trabalhadores de saúde e controle social), por outro lado, também, houve muitas dificuldades para sua operacionalização, entre as quais: a falta de informação e de comunicação sobre o processo entre os gestores das três esferas e o aparelho formador; as mudanças das regras e a ausência de critérios e de propostas de pactuação na avaliação e no monitoramento de projetos; a incorporação de novos agentes no processo sem definição de suas funções e relações com sistema e com os gestores e baixa institucionalidade do processo (CONASS, 2011).

De qualquer forma, ao instituir a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde o governo brasileiro institucionalizou uma proposta educativa centrada no enfrentamento dos problemas que emergem do trabalho cotidiano nos serviços de saúde, a partir de uma concepção política (e pedagógica) assentada no conceito de aprendizagem significativa no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao trabalho, e ao cotidiano das organizações. É uma concepção estratégica porque busca



incidir na qualificação dos profissionais, na transformação no modelo de atenção, na formação dos futuros profissionais e no próprio modelo de formação profissional (BRASIL, 2004). Através da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, o governo brasileiro pretendeu realizar mudanças nas práticas pedagógicas e de saúde, aprimorando a atuação dos profissionais, ressaltando a articulação entre o controle social, a gestão, a atenção à saúde e as instituições formadoras (CECCIM, 2005).

A proposta de Educação Permanente inerente àquela Política concentra-se em equipe multiprofissional, com ênfase nos nós críticos das práticas cotidianas, na articulação entre as instituições de ensino, os gestores, os trabalhadores e os usuários; focalizando as reflexões críticas e as mudanças estratégicas das práticas profissionais (BRASIL, 2009). A Política Nacional de Educação Permanente sugere a importância de se trabalhar com a metodologia da problematização, pautada na teoria educacional de Paulo Freire, devendo a mesma ser horizontal, compartilhada, dialogada, resgatando as vivências de todos os envolvidos neste processo (BRASIL, 2009).

O processo da Educação Permanente evidencia de forma diferente o trabalho da saúde, o qual requer que todos os profissionais “aprendam a aprender” práticas de cuidado, comprometimento da gestão com a integralidade, aprimoramento tanto individual quanto coletivo, bem como a política da saúde, a instituição, incluindo também o controle social (CECCIM, 2005). Assim, as experiências de Educação Permanente nos serviços de saúde não devem consistir simplesmente em transmitir informações ou realizar atualizações, mas em propiciar uma oportunidade para os profissionais terem o próprio trabalho como parte de um processo de ensinar e aprender, tornando-se atores, sujeitos deste processo.

Por fim, o “terceiro momento” de construção de uma política nacional de educação em saúde se iniciou em 2006, quando o Ministério da Saúde divulgou o Pacto pela Saúde, através da Portaria Ministério da Saúde nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 (BATISTA, GONÇALVES, 2011). Segundo Batista, Gonçalves (2011), a grande mudança trazida por aquela Portaria foi nos “espaços regionais de planejamento e gestão, que tomaram forma nos Colegiados de Gestão Regional (CGR), dos quais participaram todos os gestores dos territórios abrangidos pelas regiões de saúde” (BATISTA, GONÇALVES, 2011, p. 889).

É importante destacar que, desde então, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde tem como objetivo fortalecer a descentralização da gestão

setorial e incentivar a participação social nas decisões políticas, considerando as necessidades locais e regionais e impulsionando um maior envolvimento dos governos locais, regionais e estaduais na gestão e na efetivação das políticas (BRASIL, 2007a).

Com o advento deste “Pacto pela Saúde”, mudanças significativas foram produzidas na política pública de saúde, necessárias para sua consolidação após quase vinte anos de implantação do SUS. Destacam-se alguns dos aspectos introduzidos, de modo a demonstrar os novos desafios postos para a educação permanente.

O “Pacto pela Vida” destaca a adoção de compromissos sanitários e de prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais de forma solidária, respeitando compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados. O Pacto pela saúde muda radicalmente a forma de pactuação do SUS, quando rompe com os pactos realizados por meio de normas operacionais (Normas Operacionais Básicas – NOB e Norma de Assistência à Saúde – NOAS), que visavam à operacionalização do sistema. Desta forma, as Comissões Intergestores Bipartite desempenham um papel importante, pois devem revisar as necessidades e as condições de saúde da população, propondo metas que retratem a realidade de cada Estado (CONASS, 2011).

No “Pacto em Defesa do SUS”, destaca-se o projeto permanente de mobilização social para a defesa e consolidação do Sistema Único de Saúde. Esta dimensão tem por objetivo discutir a questão da saúde pública, lembrando os princípios doutrinários da Reforma Sanitária e salientando os direitos garantidos na Constituição (integralidade, equidade e universalidade no SUS). Busca consolidar “a política pública de saúde brasileira como uma política de Estado, mais do que uma política de governos” (CONASS, 2011, p.64), colocando como prioridade a execução de um projeto permanente de mobilização social com a finalidade, entre outras, de mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal (CONASS, 2011).

Por sua vez, o “Pacto de Gestão” destaca os avanços no processo de descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados e para os municípios, tendo como eixo estruturante a regionalização e a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas nas regiões sanitárias, para o financiamento, para a programação pactuada e integrada, para a regulação, o planejamento, a gestão do trabalho e educação em saúde, a participação e o controle social (CONASS, 2011).

Com a discussão gerada pelo “Pacto pela Saúde” (em seus componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão), ocorreram avanços significativos na implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que passou por transformações no ano 2007, quando foi aprovada a Portaria GM/MS nº 1.996 de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007a), que dispôs sobre as suas diretrizes e deu outras providências na republicação da Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004 (CONASS, 2011).

Com isso, essa nova Política foi fortemente ancorada na estruturação dos Colegiados de Gestão Regional (COGERE) e das Comissões de Integração Ensino – Serviço (CIES), introduzindo-se alterações com respeito ao financiamento, aos critérios de alocação e aos mecanismos de transferência de recursos para as ações de educação permanente, sendo que o repasse de recursos federais para os Estados passou a ser feito por meio de transferência fundo a fundo em todas as unidades federativas (BATISTA; GONÇALVES, 2011, p. 889).

Os Colegiados de Gestão Regional foram definidos como instâncias de pactuação permanente e de cogestão solidária e cooperativa, formada por gestores municipais de saúde do conjunto de municípios de uma determinada região de saúde e por representantes do(s) gestor(es) estadual(ais) (BRASIL, 2007a). A Portaria GM/MS n. 1996/2007 definiu também as atribuições dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde no âmbito da Educação Permanente em Saúde, entre as quais: definição das diretrizes da Política Estadual e Regional de Educação Permanente em Saúde; aprovação do Plano de Educação Permanente em Saúde Estadual e Regional, que deverão fazer parte do Plano Estadual e Regional; monitoramento e avaliação da execução do Plano de Educação Permanente em Saúde com os critérios e valores para o financiamento da Política de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2007a).

Ao propor uma educação no cotidiano dos serviços, segundo esta nova Portaria, se criou também o reconhecimento do potencial educativo da situação de trabalho. No dia a dia se buscam capacidades pelos profissionais de saúde para resolver problemas na prática e valorizar o próprio processo de trabalho em seu contexto intrínseco. Esta perspectiva não se limita a algumas categorias profissionais, mas para toda a equipe dos serviços e o resultado desse processo se articula com dispositivos de mudança nos locais de trabalho, de modo que os avanços não se reduzam a rotinas, mas se articulem com novos estilos de gestão dos recursos humanos (SARRETA, 2009).

Considerando os objetivos propostos neste trabalho, é importante, destacar dois aspectos relacionados ao terceiro momento de construção da política nacional de educação permanente em saúde no Brasil: o primeiro deles relacionado ao conceito mesmo de “regionalização” pressuposto pela políticas, em especial nos documentos do Pacto pela Saúde; o segundo deles diretamente relacionado com a importância atribuída às “Comissões de Integração Ensino-Serviço” no processo de regionalização das políticas públicas de educação em saúde.

No que diz respeito ao conceito de regionalização, tal como afirmado a partir do Pacto pela Saúde, cabe registrar, em primeiro lugar, que essa reflexão está presente nos documentos elaborados e que resultaram no Pacto pela Saúde. Mais especificamente no terceiro volume da Série “Pactos pela Saúde”, elaborado a partir das definições contidas na Portaria n.399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que abrangem as diferentes dimensões do Pacto pela Saúde 2006, estabelecendo caminhos para a implementação da regionalização na saúde brasileira” (BRASIL, 2007b).

O referido documento está estruturado de modo a contemplar a análise de diferentes questões relacionadas à regionalização das políticas de saúde. Inicia com uma análise do “contexto e história da regionalização da saúde”, aborda o processo de institucionalização da regionalização das políticas de saúde (desde a Constituição de 1988, passando pelas Normas Operacionais Básicas do SUS – nos anos 1990, até o Pacto pela Saúde 2006), contemplando, a apresentação dos “desenhos, critérios e reconhecimento das Regiões de Saúde”, a discussão sobre o “planejamento regional”, as “responsabilidades dos gestores na regionalização” e o funcionamento do “Colegiado de Gestão Regional” (BRASIL, 2007b). Analisa ainda os “pressupostos” da regionalização e os “objetivos da regionalização”. (BRASIL, 2007b, p. 19).

No que refere aos “pressupostos da regionalização”, são elencados os seguintes: a territorialização, a flexibilidade, a cooperação, a cogestão, o financiamento solidário, a subsidiariedade e a participação e controle social (BRASIL, 2007b, p. 15-18).

Com o pressuposto da “territorialização” o documento enfatiza a importância da dos espaços locais na “adequação das práticas sanitárias às reais necessidades de saúde da população”, sugerindo aos gestores de saúde o respeito às situações regionais e suas peculiaridades. Nessa direção, a territorialização é assim definida:

[...]. A territorialização consiste no reconhecimento e na apropriação, pelos gestores, dos espaços locais e das relações da população com os mesmos, expressos por meio dos dados demográficos e epidemiológicos, pelos equipamentos sociais existentes (tais como associações, igrejas, escolas, creches etc.), pelas dinâmicas das redes de transporte e de comunicação, pelos fluxos assistenciais seguidos pela população, pelos discursos das lideranças locais e por outros dados que se mostrem relevantes para a intervenção no processo saúde/doença – como o próprio contexto histórico e cultural da região. (BRASIL, 2007b, p. 15-16).

O pressuposto da “flexibilidade” destaca a importância do respeito às diversidades regionais, indicando que a heterogeneidade territorial brasileira revela-se “nas especificidades estaduais e municipais”, “nas dinâmicas regionais distintas”, “mesmo nas distribuições desiguais de serviços de saúde”. (BRASIL, 2007b, p. 16).

A partir do pressuposto da “cooperação”, o documento ressalta a importância das ações conjuntas entre as diferentes esferas de governo e entre as equipes técnicas e os gestores no processo de implementação regional do SUS (BRASIL, 2007b, p. 16).

O pressuposto da “cogestão” indica a preocupação expressa no documento que os gestores das políticas públicas de saúde façam um esforço permanente no sentido de congestionar as ações de planejamento, de articulação e de pactuação. Nessa direção, atribui importância aos Colegiados de Gestão Regional, que assim estão definidos:

[...]. Arranjo institucional que propicia um novo significado às relações entre os gestores da Saúde, permitindo que desenvolvam, de forma solidária e cooperativa, as funções relativas a planejamento, programação, orçamento, coordenação, execução e avaliação das ações, das estratégias e dos serviços regionais. (BRASIL, 2007b, p. 17).

Com o pressuposto do “financiamento solidário”, o documento indica que “para que a regionalização tenha êxito”, torna-se importante ter clareza na definição “dos recursos financeiros destinados a apoiar os processos e iniciativas que a envolvem”, além de um direcionamento dos investimentos que fortaleçam o processo de regionalização. (BRASIL, 2007b, p. 15-16).

O pressuposto da “subsidiariedade” sustenta a intenção expressa no documento referido de que “uma função não deve ser repassada à esfera subsequente sempre que puder ser exercida pela esfera local”, o que pressupõe “pactuação sobre quais sejam as responsabilidades mínimas não-compartilhadas e as responsabilidades que devam ser objetos de compartilhamento, entre as esferas de gestão. (BRASIL, 2007b, p. 17-18).

E, por fim, o pressuposto da “participação e controle social”, apresentado como “princípio doutrinário do SUS”, expressa a intenção de que a qualificação do sistema de saúde passe pela maior participação e pelo maior controle social, indicando-se a importância de que a formulação de políticas de saúde:

[...] expressem as necessidades reais da população, captadas por meio de canais de participação direta, como as conferências de saúde ou os conselhos de saúde, existentes em todas as esferas de gestão. Também nos espaços regionais os gestores de saúde devem estimular e apoiar a mobilização e a participação social. (BRASIL, 2007b, p. 18).

No que diz respeito aos objetivos da regionalização, o Pacto pela Saúde indica um conjunto de objetivos gerais, apresentados como estratégicos para qualificar o SUS e para a “efetivação de relações intergestores mais solidárias e cooperativas”. Nessa direção, são indicados os seguintes objetivos:

- Garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde, cuja complexidade e contingente populacional a ser atendido transcenda à escala local/municipal.
- Garantir a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, garantindo acesso a todos os níveis de complexidade do sistema.
- Potencializar a descentralização do sistema fortalecendo o papel dos estados e dos municípios, para que exerçam amplamente suas funções gestoras e para que as demandas e interesses locorregionais se expressem nas regiões (e não fora delas).
- Racionalizar os gastos e otimizar a aplicação dos recursos, possibilitando ganhos de escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional. . (BRASIL, 2007b, p. 19).

Por fim, em relação à importância das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) cabe o registro e análise da dinâmica regional de construção da política pública de educação permanente em saúde. As CIES foram institucionalizadas a partir da Portaria do Ministério da Saúde n. 1.996, de 20 de agosto de 2007. Uma portaria, que objetivou definir “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” (BRASIL, 2007a). Desde o início, aquela Portaria deixa claro o compromisso da Política Nacional de Educação Permanente com as “especificidades regionais” e a “superação das desigualdades regionais”, bem como com as “necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde” (BRASIL, 2007a).

No seu artigo segundo, a Portaria n. 1.996 indica que a condução regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde deverá ocorrer por meio dos Colegiados de Gestão Regional, “com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) ” (BRASIL, 2007a). À estes Colegiados de Gestão Regional é atribuída, inicialmente, a competência para elaborar os Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde na região de suas atuações e em consonância com os Planos de Saúde estadual e municipais. Os Colegiados são considerados “instâncias de pactuação permanente e cogestão solidária e cooperativa”, formados pelos gestores municipais de saúde do conjunto dos municípios de uma determinada região e por representantes dos gestores estaduais de saúde (BRASIL, 2007a). As atribuições dos Colegiados de Gestão Regional são definidas nos seguintes termos:

I - construir coletivamente e definir o Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde para a região, a partir das diretrizes nacionais, estaduais e municipais (de sua área de abrangência) para a educação na saúde, dos Termos de Compromisso de Gestão dos entes federados participantes, do pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e das necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde;

II - submeter o Plano Regional de Educação Permanente em Saúde à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para homologação;

III - pactuar a gestão dos recursos financeiros no âmbito regional, que poderá ser realizada pelo Estado, pelo Distrito Federal e por um ou mais Municípios de sua área de abrangência;

IV - incentivar e promover a participação nas Comissões de Integração Ensino-Serviço, dos gestores, dos serviços de saúde, das instituições que atuam na área de formação e desenvolvimento de pessoal para o setor saúde, dos trabalhadores da saúde, dos movimentos sociais e dos conselhos de saúde de sua área de abrangência;

V - acompanhar, monitorar e avaliar as ações e estratégias de educação em saúde implementadas na região; e

VI - avaliar periodicamente a composição, a dimensão e o trabalho das Comissões de Integração Ensino-Serviço e propor alterações, caso necessário (BRASIL, 2007a).

No que diz respeito às Comissões de Integração Ensino-Serviço, a Portaria n. 1.996 as define como “instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes”, participantes na formulação, na condução e no desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde, indicando, em seu artigo quinto, a composição das referidas Comissões: gestores de saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal e, “conforme as especificidades de cada região”, por gestores estaduais e municipais de educação e/ou seus representantes, por trabalhadores do SUS e/ou de suas entidades representativas, pelas instituições de ensino com cursos na área da saúde, por meio de

seus distintos segmentos e por movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS. Nota-se, portanto, na composição das Comissões de Integração Ensino-Serviço, uma preocupação com a ampliação da participação social na construção da Política Nacional de Educação Permanente, garantindo-se, no âmbito das Regiões de Saúde, a participação não somente dos gestores públicos (representantes dos governos ou, mesmo, da burocracia estatal), mas, fundamentalmente, de instituições de ensino (com atuação na área da saúde), dos trabalhadores em saúde e dos movimentos sociais comprometidos com a construção de políticas de saúde em suas regiões de abrangência.

A partir da definição dessa composição política, o artigo sexto da Portaria n. 1.996 define as atribuições das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço:

I - apoiar e cooperar tecnicamente com os Colegiados de Gestão Regional para a construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde da sua área de abrangência;

II - articular instituições para propor, de forma coordenada, estratégias de intervenção no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores, à luz dos conceitos e princípios da Educação Permanente em Saúde, da legislação vigente, e do Plano Regional para a Educação Permanente em Saúde, além do estabelecido nos Anexos a esta Portaria;

III - incentivar a adesão cooperativa e solidária de instituições de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde aos princípios, à condução e ao desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde, ampliando a capacidade pedagógica em toda a rede de saúde e educação;

IV - contribuir com o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação das ações e estratégias de Educação Permanente em Saúde implementadas; e

V - apoiar e cooperar com os gestores na discussão sobre Educação Permanente em Saúde, na proposição de intervenções nesse campo e no planejamento e desenvolvimento de ações que contribuam para o cumprimento das responsabilidades assumidas nos respectivos Termos de Compromisso de Gestão.

Art. 7º A abrangência do território de referência para as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço deve seguir os mesmos princípios da regionalização instituída no Pacto pela Saúde (BRASIL, 2007a).

O Ministério da Saúde através da definição das “Diretrizes Operacionais para a Constituição e Funcionamento das Comissões de Integração Ensino-Serviço” observa uma preocupação com a definição de pressupostos básicos da Política Nacional de Educação Permanente, apresentados como preâmbulos na definição da atuação das Comissões. Vale o registro, pela importância que a passagem tem:

O Ministério da Saúde (MS), por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), elaborou estas orientações e diretrizes para assegurar Educação Permanente dos trabalhadores para o Sistema Único de Saúde.



1. Do conceito de Educação Permanente em Saúde e sua relação com o trabalho e com as práticas de formação e desenvolvimento profissional.

A definição de uma política de formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde, seja no âmbito nacional, seja no estadual, seja no regional e seja mesmo no municipal, deve 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.

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde 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.

A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações.

Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.

A proposta é de ruptura com a lógica da compra e pagamento de produtos e procedimentos educacionais orientados pela oferta desses serviços; e ressalta as demandas por mudanças e melhoria institucional baseadas na análise dos processos de trabalho, em seus problemas e desafios.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde 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 à saúde supõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com a ideia de rede, de um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatoriais de especialidades e hospitais gerais e especializados em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados, reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações (BRASIL, 2007a).

São esses pressupostos que, espera-se, orientem as ações das CIES devendo atuar orientadas pelo plano de ação regional de educação em saúde e, em que pesem não terem poder deliberativo, constituem espaços de elaboração de projetos de mudanças na formação e discussão sobre estratégias de desenvolvimento dos trabalhadores para (e na) reorganização dos serviços de saúde. Institucionalizadas, portanto, como instâncias de reflexão e de apoio à elaboração dos projetos regionais de educação permanente em saúde, as CIES ganharam uma posição de espaço/tempo de importância na construção da política regional de educação permanente em saúde. O quanto atuam a partir da importância atribuída e como se relacionam com as outras instâncias responsáveis pela construção desta política é que se pretende analisar, a partir de agora, tomando como referência empírica a Comissão de Integração Ensino-Serviço da Região 28 de Saúde do Rio Grande do Sul.

## **4. AS POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA REGIÃO 28 DE SAÚDE (RS).**

Este quarto capítulo da dissertação já é resultado do levantamento de dados empíricos e dedica-se ao processo histórico da construção de políticas de educação em saúde no âmbito da Região 28 de Saúde do Rio Grande do Sul. Nessa direção, após uma caracterização da região que compreende a Região 28 de Saúde, em especial no que diz respeito à estruturação dos serviços públicos de saúde e do próprio mercado de trabalho em saúde, atentando com os participantes das Comissões de Integração Ensino-Serviço - se para o processo histórico de criação da Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES), para as ações que em sua história a CIES tem desenvolvido visando a construção de uma política de educação permanente de saúde na Região 28 de Saúde e, por fim, para a própria configuração sociopolítica da CIES, numa perspectiva de definição de uma militância que se desenvolve a partir e nas ações da CIES.

### **4.1. A Região 28 de Saúde: contextualizando a regionalização da saúde no Vale do Rio Pardo.**

Falar de “regiões de saúde”, em princípio, é se referir a “recortes territoriais inseridos em espaços geográficos contínuos”, tal como define o “Pacto pela Saúde”. (BRASIL, 2006). E, nesse sentido, são recortes territoriais construídos em dinâmicas políticas que têm como protagonistas tanto os gestores públicos de saúde quanto a sociedade civil organizada, num processo em que as regiões vão sendo tecidas a partir do pressuposto da “existência de identidades culturais, econômicas e sociais, assim como de redes nas áreas de comunicação, infraestrutura, transporte e saúde” (BRASIL, 2006).

No processo histórico de construção das “regiões de saúde”, o estado do Rio Grande do Sul foi dividido em trinta regiões (conforme Resolução CIB nº 555/2012), distribuído nas dezenove Regiões Administrativas da Secretaria Estadual da Saúde.

E a Região 28 de Saúde, enquanto instância de representação política de saúde foi definida compreendendo um território onde estão situados 13 municípios (Santa Cruz do Sul, Gramado Xavier, Herveiras, Sinimbu, Mato Leitão, Candelária, Vale do Sol, Vera Cruz, Venâncio Aires, Passo do Sobrado, Vale Verde, Rio Pardo e Pantano Grande), todos pertencentes à Região Central do estado do Rio Grande do Sul. Trata-se de uma região que possui uma área territorial de 7.466,92 quilômetros quadrados, onde residem 327.158 pessoas (conforme o Censo Demográfico de 2010) (IBGE, 2010), resultando daí uma densidade demográfica de 43.8 habitantes por quilômetro quadrado.

A economia dos municípios que compreendem a Região 28 de Saúde está fortemente vinculada com a produção de tabaco, atividade que não somente integra grande parte da agricultura familiar da região, mas, também, insere a economia da região no mercado externo, já que boa parte da produção de tabaco se destina à exportação. A forte dependência em relação à cultura do tabaco, aliás, é também uma preocupação e, nesse sentido, na região é recorrente um debate sobre a importância da diversificação produtiva, não sendo poucos os projetos que visam ampliar o leque de produção agroindustrial (MORAES, 2012).

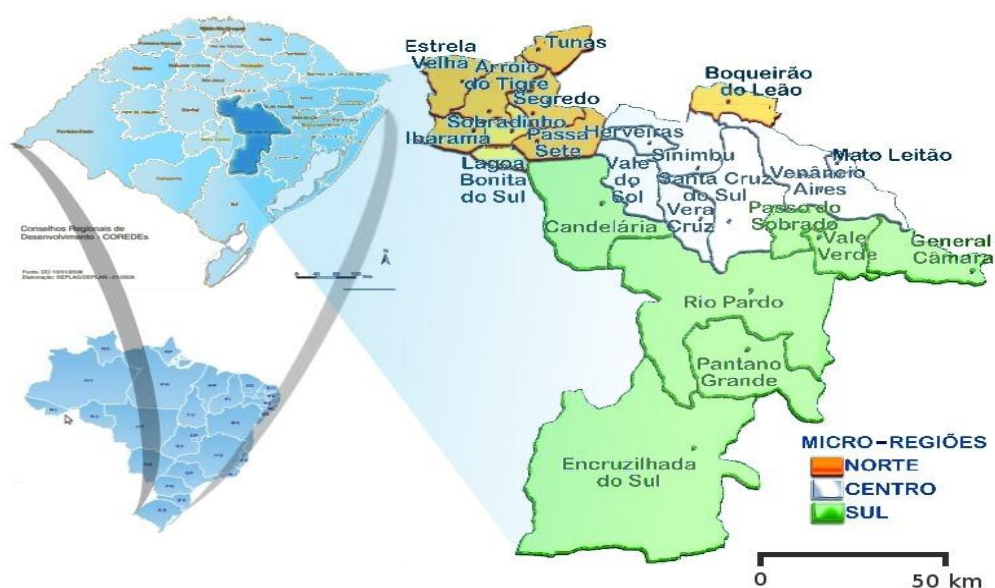
Na região, o município de Santa Cruz do Sul tem uma importância diferenciada, sendo uma referência econômica (nele estão, por exemplo, instaladas as grandes indústrias do tabaco e a infraestrutura financeira que dá suporte à produção de tabaco na região), uma referência em termos de educação (nele está situada a Sede da maior Universidade presente na Região, a UNISC – Universidade de Santa Cruz do Sul) e, também, uma referência na área de saúde, nele estão localizadas instituições de ensino que oferecem formação em saúde (em nível de graduação e, inclusive, de pós-graduação), mas, também, uma rede de serviços públicos de saúde de caráter regional, além de uma ampla estrutura de serviços privados de saúde (médicos, odontológicos, psicológicos, dentre outras especialidades da saúde).

Para uma melhor compreensão da configuração socioeconômica da Região 28 de Saúde é importante que se apresentem alguns dados, não somente relacionado com a economia, mas, também, da população. Nessa direção, na sequência serão apresentados dados secundários, de modo geral construídos pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), que, embora não definam com precisão as singularidades da Região 28 de Saúde, pelo menos indicam aspectos que são importantes para que,

posteriormente, se possa fazer uma análise de desafios que se colocam para instituições comprometidas com o desenvolvimento de políticas regionais de educação permanente.

Um primeiro aspecto a ser considerado é que os municípios que compreendem a Região 28 de Saúde (com a exceção do município de Gramado Xavier) estão situados no Vale do Rio Pardo, localizado na região centro-oriental do Rio Grande do Sul e marcado por diferenças geográficas, econômicas, socioculturais e políticas marcantes. Costuma-se, inclusive, dividir o Vale do Rio Pardo em três “regiões”: a “região norte”, formada por municípios que têm na produção agrícola familiar uma característica importante, com uma população formada por descendentes de imigrantes alemães, italianos e portugueses e apresentando “sérios problemas no tocante a alternativas econômicas que agreguem valor à produção do minifúndio” (ETGES, 2001, p. 354); a “região central”, formada pelos municípios de Santa Cruz do Sul, Venâncio Aires e Vera Cruz, onde se encontra o pólo comercial e industrial de todo o Vale do Rio Pardo e, nesse sentido, onde estão localizadas as indústrias fumageiras que processam o tabaco produzido não somente na região, mas, também, em diferentes regiões do Sul do Brasil (Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina); e a “região sul”, formada por municípios onde as médias e grandes propriedades estão mais presentes, desenvolvendo-se atividades agropastoris (principalmente a pecuária e a produção agrícola do arroz) (ETGES, 2001, p. 354-55).

MAPA 01: Vale do Rio Pardo – Rio Grande do Sul.



Fonte: (COREDE) do Vale do Rio Pardo. In: <http://reciclagempolitica.blogspot.com.br/>

A localização dos municípios da Região 28 de Saúde, como pode ser observado no Mapa apresentado, compreende as microrregiões sul e central. Nesse sentido, a Região 28 de Saúde é constituída por municípios onde estão concentradas as indústrias fumageiras e as cidades com maior densidade populacional, mas, também, por municípios onde as médias e grandes propriedades rurais estão mais presentes (no caso específico dos municípios de Rio Pardo e de Pantano Grande).

Sob o ponto de vista da dinâmica de desenvolvimento econômico da Região 28 de Saúde, a situação do município de Santa Cruz do Sul já é um indicador importante para uma maior compreensão da Região. Como pode ser observado no quadro a seguir, somente o PIB do município de Santa Cruz do Sul corresponde a 55,2% do total do PIB do conjunto de municípios que compreendem a Região 28 de Saúde.

QUADRO 02: Produto Interno Bruto (PIB), Produto Interno Bruto Per Capita (PIB per capita), Valor Adicionado Indústria (VAB Indústria), Valor Adicionado Serviços (VAB Serviços), Valor Adicionado Agropecuária (VAB Agropecuária) e Valor Adicionado Serviços Públicos (VAB Serviços Públicos) dos municípios da Região 28 de Saúde (dados referentes ao ano de 2013).

Indicadores	PIB (%)	PIB per capita (R\$)	VAB Indústria (%)	VAB Serviços (%)	VAB Agropecuária (%)	VAB S. Público (%)
Municípios						
Candelária	4,7	17.963,51	1,9	4,5	14,1	8,6
Gramado Xavier	0,5	14.484,65	0,2	0,2	2,6	1,4
Herveiras	0,4	16.920,83	0,1	0,2	2,3	1,1
Mato Leitão	0,9	25.089,71	1,1	0,5	1,4	1,4
Pantano Grande	2,0	23.718,89	1,2	1,7	5,7	3,0
Passo do Sobrado	1,2	22.367,38	0,5	0,8	4,6	2,0
Rio Pardo	5,8	17.963,20	1,9	5,6	19,0	10,5
Santa Cruz do Sul	55,2	53.579,65	56,0	60,8	12,0	37,1
Sinimbu	1,3	15.516,44	0,2	1,2	5,0	3,1
Vale do Sol	1,6	16.857,92	2,8	1,2	6,9	3,3
Vale Verde	0,5	18.608,34	0,1	0,2	2,8	1,3
Venâncio Aires	21,4	37.384,46	32,7	17,8	16,8	19,3
Vera Cruz	4,7	22.345,59	3,8	5,1	6,7	7,7
Total na Região	100,0	-	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: IBGE, 2013.

Note-se, também, a partir dos dados da tabela acima, que os municípios de Santa Cruz do Sul e de Venâncio Aires, juntos, constituem a base do padrão de desenvolvimento econômico adotado na Região de estudo. Considerados em conjunto, esses dois municípios respondem por 76,6% do PIB total, 88,7% do VAB industrial, 78,6% do VAB Serviços, 28,8% do VAB Agropecuário e 56,4% do VAB Serviços

Públicos. São esses dois municípios, também, que apresentam os maiores PIBs per capita: R\$ 53.579,65 em Santa Cruz do Sul e R\$ 37.384,46 em Venâncio Aires.

São dados, portanto, que já indicam um grau de concentração das atividades econômicas. Como indicado anteriormente, são nesses dois municípios (e, em especial, em Santa Cruz do Sul) que está concentrado o complexo agroindustrial do tabaco, afinal, o principal setor da economia da Região.

A concentração econômica nos municípios de Santa Cruz do Sul e de Venâncio Aires se mostra, também, em outros indicadores importantes para uma caracterização socioeconômica da Região 28 de Saúde. Nessa direção, se considerados os dados sobre mercado formal de trabalho, os dois referidos municípios respondem por 75,5% dos empregos formais existentes (em janeiro de 2016) no total de municípios da Região 28 de Saúde.

QUADRO 03: Empregos formais, por setor econômico, nos municípios da Região 28 de Saúde.

Sector de atividade Municípios	Indústria da Transformação	Serviços	Comércio	Outros	Total
Candelária	1.581	922	1.211	182	3.896
Gramado Xavier	20	20	48	06	94
Herveiras	01	12	40	30	83
Mato Leitão	996	183	267	51	1.497
Pantano Grande	502	338	437	466	1.743
Passo do Sobrado	262	128	153	51	594
Rio Pardo	1.083	740	1.412	1.004	4.239
Santa Cruz do Sul	10.090	14.970	9.201	2.869	37.130
Sinimbu	184	163	222	24	593
Vale do Sol	77	149	213	34	473
Vale Verde	36	14	33	43	126
Venâncio Aires	6.911	3.421	3.189	760	14.281
Vera Cruz	1.185	906	1.069	222	3.382
Total	22.928	21.966	17.495	5.542	68.131

Fonte: Ministério do Trabalho. CAGED – Cadastro Geral de Empregados e Desempregados. Dados referentes ao mês de janeiro de 2016.

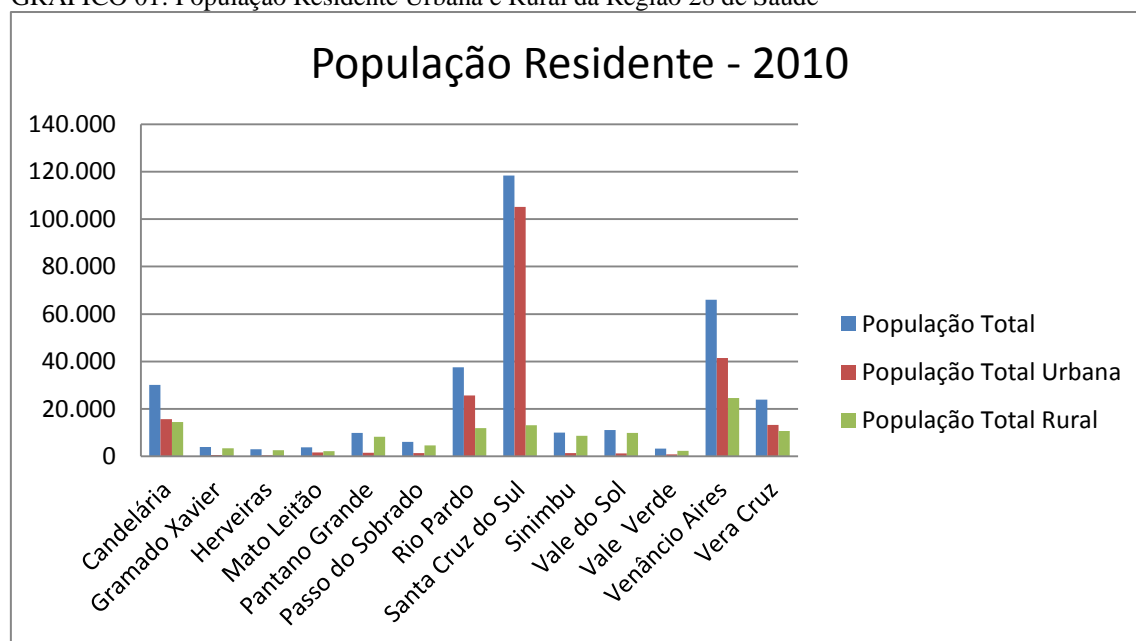
Outros: extrativa mineral; serviços industriais; construção civil; administração pública; agropecuária, extração vegetal, caça e pesca.

Observe-se no quadro anterior, que a concentração dos empregos formais nos municípios de Santa Cruz do Sul e de Venâncio Aires expressa, também, uma característica muito importante da Região 28 de Saúde, relacionada aos processos de urbanização presentes na referida Região, mas, ao mesmo tempo, à presença marcante de “municípios rurais”, cujas atividades econômicas são predominantemente

agropecuárias e, inclusive, têm populações que, em grande parte, residem em espaços rurais.

O gráfico a seguir, nesse sentido, apresenta os dados demográficos da Região 28 de Saúde, indicando que, por um lado, uma concentração da população em alguns poucos municípios e, por outro lado, um número significativo de municípios cujas populações rurais constituem a maioria das populações totais.

GRÁFICO 01: População Residente Urbana e Rural da Região 28 de Saúde



Fonte: IBGE, 2010.

A visualização desses dados em números permite uma compreensão mais ampliada do perfil populacional da Região 28 de Saúde e, em consequência, das repercussões da distribuição geográfica da população sobre os serviços de saúde e sobre o trabalho em saúde. O quadro a seguir, nesse sentido, indica esses dados, mostrando que, em primeiro lugar, que a população dos municípios de Candelária, Rio Pardo, Santa Cruz do Sul e Venâncio Aires compreende 84,9% da população total da Região. Além disso, observa-se que, embora a população residente nos espaços urbanos constitua a maioria (67,8%), em sete municípios a população reside, predominantemente, nos espaços rurais, com alguns municípios tendo a grande maioria da população residindo no meio rural: Herveiras – 87%; Gramado Xavier – 86,7%; Passo do Sobrado – 76,2%; Sinimbu – 85,7%; Vale do Sol – 88,7%; Vale Verde – 72,9%. Esses dados atribuem uma singularidade à Região, pois, no total, 32,2% da população reside em espaços rurais, sendo necessário considerar, ainda, que alguns

municípios (inclusive pela pequena quantidade de pessoas que residem nos espaços urbanos) são “municípios rurais”.

QUADRO 04: População residente na Região 28 de Saúde, por local de moradia (Censo Demográfico de 2010).

População por local de moradia Município	Urbana		Rural		Total	
	n	%	n	%	n	%
Candelária	15.715	52,1	14.456	47,9	30.171	100,0
Gramado Xavier	529	13,3	3.441	86,7	3.970	100,0
Herveiras	384	13,0	2.570	87,0	2.954	100,0
Mato Leitão	1.621	42,0	2.244	58,0	3.865	100,0
Pantano Grande	8.314	84,0	1.581	16,0	9.895	100,0
Passo do Sobrado	1.429	23,8	4.582	76,2	6.011	100,0
Rio Pardo	25.614	68,1	11.977	31,9	37.591	100,0
Santa Cruz do Sul	105.190	88,9	13.184	11,1	118.374	100,0
Sinimbu	1.437	14,3	8.631	85,7	10.068	100,0
Vale do Sol	1.249	11,3	9.828	88,7	11.077	100,0
Vale Verde	882	27,1	2.371	72,9	3.253	100,0
Venâncio Aires	41.400	62,8	24.546	37,2	65.946	100,0
Vera Cruz	13.320	55,5	10.663	44,5	23.983	
TOTAL	201.369	67,8	95.618	32,2	296.987	100,0

Fonte: IBGE, 2011.

O maior município em extensão territorial é Rio Pardo. Conhecido como “município-mãe” da maioria dos municípios da Região, Rio Pardo é o mais antigo município da Região. Por outro lado, o menor município é Mato Leitão, que possui apenas 46,14 quilômetros quadrados. Esses dados são importantes por que permitem analisar a distribuição da população no território (densidade demográfica). O quadro a seguir apresenta esses dados, podendo ser notado que, na média, existem 43,80 habitantes por quilômetro quadrado. No entanto, observe-se que no município de Santa Cruz do Sul, essa média é de 161,18 habitantes por quilômetro quadrado, sendo significativas as médias de Mato Leitão (83,85 habitantes por quilômetro quadrado), Venâncio Aires (85,27 habitantes por quilômetro quadrado) e Vera Cruz (77,44 habitantes por quilômetros quadrados). Por outro lado, os municípios de Vale Verde, Sinimbu, Rio Pardo, Pantano do Sul e Gramado Xavier apresentam baixas densidades demográficas.



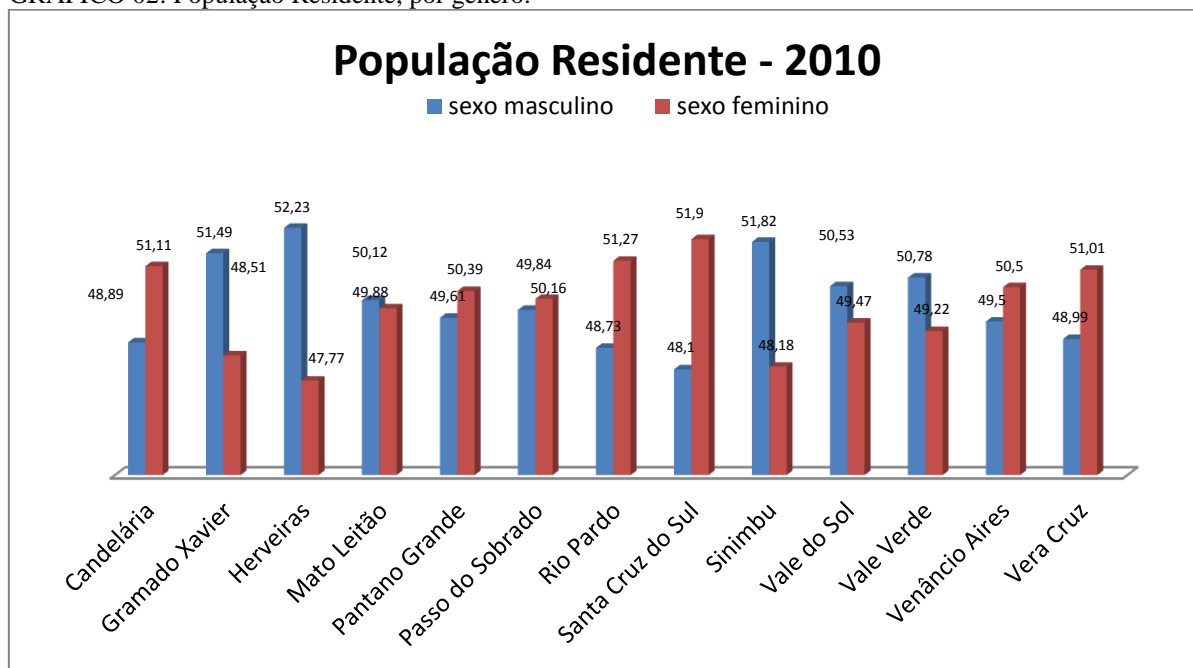
QUADRO 05: Área e Densidade Demográfica da Região 28 de Saúde.

Área e Densidade Demográfica da Região 28 de Saúde		
MUNICÍPIOS	Área total dos municípios que compõem a Região 28 de Saúde (quilômetros quadrados)	Densidade Demográfica dos municípios que compõem a Região 28 de Saúde (habitante por quilômetro quadrados)
Candelária	944,81	31,94
Gramado Xavier	217,64	18,24
Herveiras	118,20	24,99
Mato Leitão	46,14	83,85
Pantano Grande	847,77	11,67
Passo do Sobrado	266,45	22,56
Rio Pardo	2.053,65	18,31
Santa Cruz do Sul	733,88	161,18
Sinimbu	551,86	19,64
Vale do Sol	328,04	33,77
Vale Verde	329,79	9,86
Venâncio Aires	773,55	85,27
Vera Cruz	309,74	77,44
Região 28 de Saúde	7.466,92	43,80

Fonte: IBGE, 2010.

Analisando a população residente dos municípios por gênero, no geral a população feminina compreende uma maioria, porém com uma pequena diferença à população masculina. Novamente, a análise da questão de gênero precisa ser problematizada a partir do local de moradia da população. Como podem ser observados no gráfico a seguir, os municípios que têm sua população residindo predominantemente nos espaços urbanos têm um número de mulheres que é superior ao número de homens. Por outro lado, os municípios que têm a maioria da população nos espaços rurais têm uma população masculina superior. São exemplos disso os municípios de Herveiras, Sinimbu, Gramado Xavier, Vale do Sol e Vale Verde.

GRÁFICO 02: População Residente, por gênero.



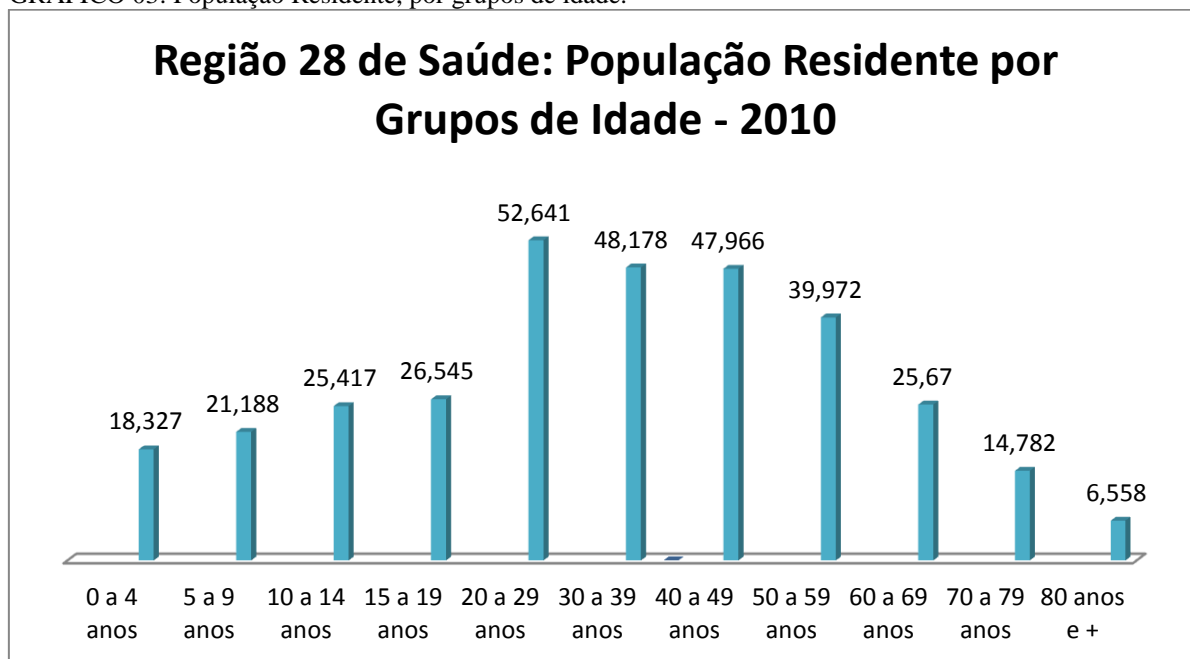
Fonte: IBGE, 2010

Certamente, essa distribuição da população por gênero, afirmando um maior número de homens nos municípios predominantemente rurais está vinculada à própria dinâmica populacional das populações rurais que, já há algum tempo no Sul do Brasil, apresenta modificações, dentre as quais se destacam o envelhecimento da população, a diminuição do número de membros de família, a diminuição de jovens e a masculinização da população.

Outro dado importante, também relacionado com a população da Região 28 de Saúde, diz respeito à sua distribuição por grupos de idade. O gráfico a seguir apresenta esses dados, indicando que os grupos com idades entre 20 a 29 anos, 30 a 39 anos e 40 a 49 anos são os grupos mais evidentes.

Deve-se destacar, porém, a participação significativa da população com 60 anos ou mais, que somam 47.012 pessoas na região ou, então, 15,8% da população total. Se considerado que, no Rio Grande do Sul, 10,3% da sua população tem 60 anos ou mais, os dados relacionados à Região 28 de Saúde ganham importância.

GRÁFICO 03: População Residente, por grupos de idade.

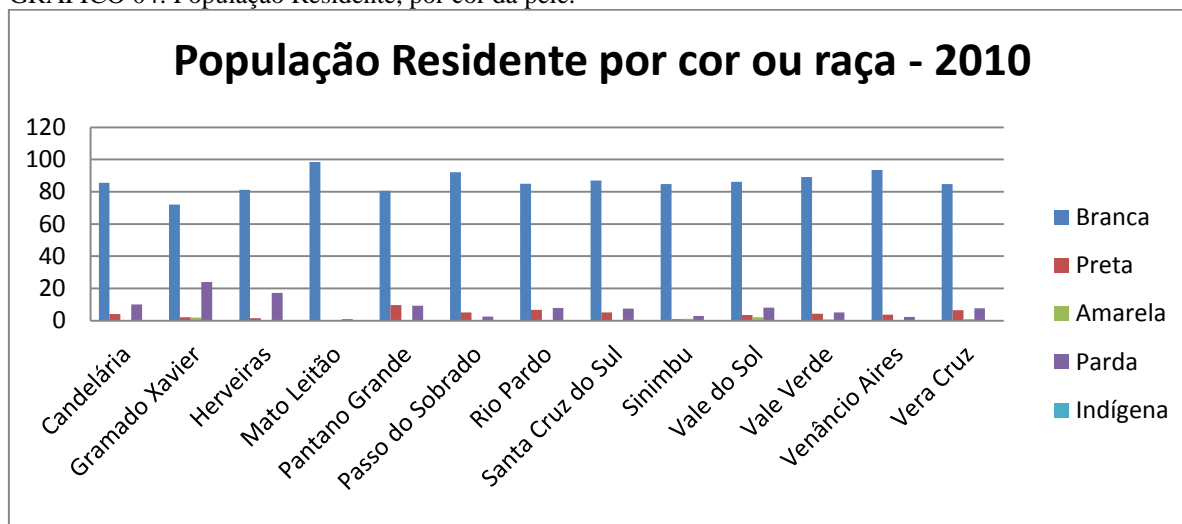


Fonte: REGIÃO E REDES, 2010

É importante destacar também os dados relacionados aos aspectos étnico-culturais da população da Região 28 de Saúde. É sabido que, pela própria relevância que o município de Santa Cruz do Sul tem na Região, que a cultura alemã ganha destaque, já que o município recebeu, a partir da segunda metade do século XIX, muitos imigrantes alemães. No entanto, como indicado anteriormente, o Vale do Rio Pardo é caracterizado pela diversidade, inclusive étnico-cultural. E, nesse sentido, não somente descendentes de imigrantes alemães, mas, também, descendentes de outros países europeus (italianos, portugueses, espanhóis) e descendentes dos povos africanos que foram escravizados na formação histórica brasileira constituem a população da Região 28 de Saúde.

Devido à presença marcante de descendentes de imigrantes europeus, a maioria da população atual dos municípios é de cor branca, sendo os residentes que se declaram “pretos” ou “pardos” em quantidade menor. O gráfico a seguir apresenta esses dados, podendo ser percebido que em municípios como, por exemplo, Candelária, Gramado Xavier, Herveiras, Pantano Grande, Rio Pardo, Santa Cruz do Sul e Vera Cruz a população que se declara ou preta ou parda tem maior visibilidade.

GRÁFICO 04: População Residente, por cor da pele.



Fonte: IBGE, 2010

Por fim, ainda numa perspectiva de dar visibilidade para determinados aspectos socioeconômicos da Região 28 de Saúde, cabe apresentar alguns dados relacionados aos serviços de saúde presentes na referida Região. Os dados que estão dispostos a seguir são dados que tomam como base o ano de 2009 e, portanto, são dados certamente defasados. No entanto, eles apontam para tendências que já os outros indicadores apresentados anteriormente mostraram, em especial no que diz respeito à concentração em alguns poucos municípios da Região. Cabe notar, também, que foram selecionados alguns dados que podem ser acessados através do IBGE e que a seleção não considerou a importância dos serviços (ainda que os selecionados situam-se entre os mais importantes), mas, principalmente, o número de estabelecimentos/equipamentos.

Para fins de uma maior compreensão do que se pretende com a apresentação desses dados, cabe tomar dois deles para análise da distribuição de serviços de saúde na Região 28. O primeiro deles diz respeito à presença de “equipamentos de hemodiálise”, cuja totalidade está nos municípios de Santa Cruz do Sul (30 equipamentos) e de Venâncio Aires (11 equipamentos). O segundo deles está relacionado ao “número de leitos para internação em estabelecimentos de saúde – privado/SUS”, onde se observa que os municípios de Santa Cruz do Sul e Venâncio Aires respondem por 63,1% do total de leitos, sendo que somente no município de Santa Cruz do Sul estão localizados 49,4% dos leitos disponíveis na Região.

QUADRO 06: Serviços de saúde selecionados, por existência nos municípios da Região 28 de Saúde;

<b>Categorias</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>Total</b>
Equipamento de hemodiálise	30	0	0	0	0	0	0	0	11	0	0	0	0	41
Estabelecimentos de Saúde com atendimento ambulatorial com atendimento médico em especialidades básicas.	38	1	2	4	1	5	5	9	19	2	2	8	6	106
Estabelecimentos de Saúde com atendimento ambulatorial com atendimento médico em outras especialidades.	10	0	1	0	0	2	2	4	6	0	0	4	1	30
Estabelecimentos de Saúde com atendimento ambulatorial com atendimento odontológico com dentista.	22	1	2	2	1	4	3	8	13	2	2	7	6	73
Estabelecimentos de Saúde com atendimento ambulatorial total.	44	1	2	4	1	8	5	12	19	2	2	11	7	118
Estabelecimentos de Saúde com atendimento de emergência Pediatria.	4	1	0	2	0	0	0	2	1	0	0	1	0	11
Estabelecimentos de Saúde com atendimento de emergência total.	7	1	0	3	0	1	0	2	1	0	0	2	1	18
Estabelecimentos de Saúde com especialidades com internação privado.	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	3
Leitos para internação em Estabelecimentos de Saúde privado SUS.	426	0	0	47	0	97	36	36	118	0	0	10 2	0	862
Leitos para internação em Estabelecimentos de Saúde privado total.	426	0	0	47	0	97	36	36	118	0	0	10 2	0	862
Leitos para internação em Estabelecimentos de Saúde total.	426	0	0	47	0	97	36	36	118	0	0	10 2	0	862
Ultrassom doppler colorido.	13	0	0	0	0	0	1	1	3	0	0	1	0	19

Fonte: IBGE, 2010. Dados relacionados ao ano de 2009. Os números correspondem aos municípios da Região 28 de Saúde, conforme a seguinte disposição: 1. Santa Cruz do Sul; 2. Gramado Xavier; 3. Herveiras; 4. Sinimbu; 5. Mato Leitão; 6. Candelária; 7. Vale do Sol; 8. Vera Cruz; 9. Venâncio Aires; 10. Passo do Sobrado; 11. Vale Verde; 12. Rio Pardo; 13. Pantano Grande.

Uma das diretrizes do Pacto de Gestão do SUS é a Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. A principal diretriz para a Gestão do Trabalho no SUS é a política de recursos humanos para o SUS como um eixo estruturante, devendo buscar a valorização do trabalho e dos trabalhadores de saúde, o tratamento dos conflitos, e a humanização das relações de trabalho. Daí se destaca dois itens importantes como os Planos de Cargos e Carreira do SUS devendo ser um instrumento para regular as relações de trabalho e o desenvolvimento do trabalhador, bem como a consolidação da carreira como instrumento estratégico para a política de recursos humanos no Sistema e de proteção dos direitos associados ao trabalho (BRASIL, 2006). O outro item é o processo de negociação entre gestores e trabalhadores através da instalação de Mesas de Negociação junto às esferas de gestão estaduais e municipais do SUS.

Baseados no Pacto de Saúde (2006) considera-se que a regionalização em saúde passou a ser uma ferramenta importante para a estruturação dos serviços de saúde na região, sendo possível definir com maior precisão as políticas de saúde dos municípios e estabelecendo bases geográfica e populacional importante para o cálculo das necessidades de aplicação de recursos financeiros, humanos e técnicos.

Evidentemente, os dados apresentados neste estudo não são suficientes para uma caracterização socioeconômica da Região 28 de Saúde, nem da estrutura de serviços de saúde que na Região estão presentes. De qualquer forma, com os dados apresentados é possível perceber algumas características que, certamente, condicionam a discussão e execução sobre a política de educação permanente em saúde. Cabe indicar que a concentração mostrada no município de Santa Cruz do Sul indica uma também concentração de serviços de saúde, de instituições de formação na área da saúde (a própria UNISC tem sua Sede em Santa Cruz do Sul, onde concentra todos os seus cursos na área de saúde), de profissionais da área da saúde, da própria estrutura administrativa da Região da Saúde (a 13ª Coordenadoria Regional de Saúde está situada no município de Santa Cruz do Sul).

Essa concentração não é desconhecida pelos gestores municipais de saúde, em especial dos municípios menores que, não poucas vezes, nas entrevistas realizadas, assinalaram dificuldades na relação e na construção de políticas regionais de saúde num contexto geográfico caracterizado por tamanhas diferenças entre os municípios. Mas essa é uma questão que ainda será objeto da análise apresentada nesta dissertação.

#### **4.2. As políticas de educação permanente em saúde na Região 28 de Saúde: uma análise a partir das ações realizadas pela CIES no período entre 2007 e 2014.**

Embora se pretenda fazer uma análise das ações de educação permanente em saúde que foram desenvolvidas no período entre 2007 e 2014 na Região 28 de Saúde e que foram discutidas na CIES da referida Região, não é portanto uma análise de todas as ações de educação permanente que efetivamente foram realizadas, pois uma análise dessa natureza precisaria atingir não somente as ações que foram realizadas pelos municípios, mas, também, nos próprios locais de trabalho, já que esses são espaços educativos, efetivamente utilizados pelos trabalhadores para qualificarem suas ações e suas formas de intervenção (sociopolítica e profissional) na área da saúde.

Ao analisar as políticas de educação que se desenvolveram com o acompanhamento da CIES, pressupõe que essa Comissão é um espaço que, por sua própria natureza, discute, propõe, contribui no planejamento, e avalia a política de educação permanente. Coloca-se como pressuposto, também, que adotar a perspectiva da Educação Permanente não significa apenas manter a educação permanentemente em pauta no trabalho em saúde; trata-se de um pensar e de um fazer os processos de ensino-aprendizagem como implicados nos processos de trabalho, bem como de entender a vivência de trabalho como necessária para a aprendizagem, pelo menos para a que se pretende seja significativa, não somente para os trabalhadores em saúde, mas, também, nas relações que esses estabelecem nos locais, comunidades, e espaços onde atuam.

A integração ensino-serviço é entendida como o trabalho coletivo, pactuado e integrado de discentes e docentes dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde (ALBUQUERQUE *et al*, 2008). Nessa integração, são incluídos, também, os gestores de saúde, tomadores de decisões no contexto dos processos de mudança na formação dos profissionais de saúde. Uma vez que a integração ensino-serviço visa à qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, tanto quanto à qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento e satisfação dos trabalhadores dos serviços, a constituição da Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) para sua operacionalidade torna-se estratégia central de execução da política nacional. Não por acaso, essa criação constituiu o primeiro ponto

de pauta para deliberação dos órgãos colegiados regionais, na atual estruturação da educação permanente em saúde. O conhecimento sobre responsabilidades e atribuições das esferas gestoras em Educação Permanente em Saúde contribui para dar visibilidade e possibilitar uma avaliação dos processos de gestão e de execução das ações em seu nível de atuação. A avaliação dos processos melhor se desenvolve quando as estruturas efetivas de gestão e integração ensino-serviço se constituem e materializam as possibilidades de realização da educação permanente enquanto política pública.

E, enquanto política e estratégia para a mudança das práticas de saúde, a educação permanente deve contar com a participação dos envolvidos: gestores, formadores, trabalhadores da saúde e pessoas militantes em movimentos sociais e no controle social (NICOLETO *et al*, 2009). Nesse sentido, inclusive, a atual formatação do Colegiado de Gestão Regional e das CIESs atendem aos requisitos estabelecidos pela Legislação.

As discussões sobre educação permanente em saúde na Região 28 de Saúde do Rio Grande do Sul passou, a partir de 2007, por um processo de transição. Suas ações até então haviam sido desenvolvidas pelos referenciais dos antigos Polos de Educação Permanente em Saúde, articulados por equipes matriciais da macrorregião e compreendendo uma ampla área de abrangência (três regiões sanitárias que formavam a macrorregião dos Vales – a 8ª, a 13ª e a 16ª Coordenadorias Regionais de Saúde), composta por cinquenta e dois municípios. A partir de 2007, então, foi constituído um “novo” espaço, cuja Região passou a ser delimitada pelos municípios que já compreendiam a 13ª Coordenadoria Regional de Saúde. (Ata n. 01 da Reunião da CIES da Região 28 de Saúde, de 29 de outubro de 2007).

Ainda em 2007, considerado o ano da “estruturação”, após três meses da deliberação da Portaria GM/MS 1996/07, foi realizada a primeira reunião da Comissão de Integração de Ensino-Serviço, tendo como pauta a estruturação da CIES na Região 28 de Saúde e formação da composição conforme a resolução 01/07 COGERE/13ª CRS. Na ocasião ficou acordado que os projetos anteriormente formulados pela equipe matricial da Política de Educação Permanente em Saúde Macrorregional seriam reorganizados para sua execução na Região 28 de Saúde. Também foi apresentada a Resolução nº 03/07 COGERE 13ª CRS que aprovou os projetos analisados naquela reunião: “A Integralidade e a Saúde Mental: projeto de qualificação da atenção em saúde mental nos âmbitos do cuidado técnico e profissional”, “Curso de Formação de



Auxiliar de Consultório Dentário” e o “Curso de Especialização Pós-técnico em Saúde Pública”, todos os projetos que previam a execução das atividades através da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Naquela primeira reunião da CIES, cuja data de realização foi 29 de outubro de 2007, estiveram presentes representantes da 13ª Coordenaria Regional de Saúde, do Centro de Educação Profissional (CEPRO/UNISC), do Centro de Referência de Saúde do Trabalhador - CEREST/VALES e uma representante da gestão do município de Rio Pardo/RS. (Ata n. 01 da CIES da Região 28 de Saúde, de 29 de outubro de 2007).

Após a realização da primeira reunião, por um período aproximado de um ano poucos registros são encontrados sobre as ações da CIES. Foi um período em que se discutiu a composição da Comissão e a necessidade de ajustamento de suas ações diante das alterações induzidas por novas portarias da Política Nacional de Educação Permanente. É possível afirmar que os sujeitos sociais que atuavam na CIES não tinham muita clareza do significado das Comissões, definindo suas ações, ainda, com base na experiência dos Polos Macrorregionais de Educação Permanente em Saúde. O desconhecimento dos gestores e profissionais sobre o real papel da CIES e o próprio conceito de educação permanente, fez com que tanto a execução das ações de forma compartilhada entre todos os municípios quanto a ampliação e a diversificação da composição de seus integrantes fosse retardadas. Cientes disso, inclusive, os atuantes na CIES, motivados pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, procuram resgatar os sujeitos atuantes no antigo Polo de Educação Permanente em Saúde.

A partir de 2008, conhecido como o ano da “implementação”, o número e a diversidade de representantes na CIES aumentaram. Tanto é assim que, na reunião realizada no dia 30 de outubro de 2008, participaram representantes de movimentos sociais, representantes do poder público municipal de Santa Cruz do Sul e de Rio Pardo, representantes da UNISC e representantes da 13ª Coordenadoria Regional da Saúde. Aquela reunião teve como pauta a avaliação do processo de execução de projetos então em andamento e a elaboração do Plano de Ação Regional da Política de Educação Permanente e Profissional em Saúde da 28ª Região para o ano de 2009. Também a realização de dois cursos indicados pela própria CIES: um sobre a gestão no SUS e outro na área de atenção em saúde mental; além do planejamento de dois novos cursos: um “pós-técnico de enfermagem em saúde pública” e outro em “formação para

auxiliares de consultório dentário”. (Ata n. 02 da CIES da Região 28 de Saúde, de 30 de outubro de 2008).

É importante registrar, ainda, que durante o ano de 2008 a CIES ocupou-se com um trabalho de caracterização da Região, bem como com a discussão sobre possibilidades construídas até então para a gestão da educação e do trabalho em saúde. Daquela reflexão resultou um planejamento de ações, prevendo duas etapas: a) organização de um plano de ação inicial, a partir da escuta dos conselheiros regionais, dos gestores municipais e de funcionários da 13ª CRS; b) uma discussão ampliada com a comunidade (segmentos do SUS), para tornar participativo o processo de planejamento da CIES. (Ata n. 02 da CIES da Região 28 de Saúde, de 30 de outubro de 2008).

Aquele processo dialógico foi importante, naquele contexto, para que os participantes da CIES acordassem acerca de alguns pontos básicos de ação: a definição de um planejamento coletivo de ações contemplando a realidade da Região; a indicação de alguns eixos de atuação, definidos em uma Resolução (Resolução 077/08 – CIB/RS) sobre Educação Permanente em Saúde, quais sejam: a busca da integralidade da atenção aos usuários do SUS; o processo de trabalho das equipes de saúde; e a participação social na gestão estratégica e participativa. (Ata n. 03 da CIES da Região 28 de Saúde, de 27 de novembro de 2008).

Também em 2008, a CIES da Região 28 de Saúde discutiu ações educativas que resultaram no Plano de Ação Regional de Educação Permanente e Profissional em Saúde. Naquele ano, sob a coordenação da Secretaria Estadual da Saúde, um Plano de Ações foi formulado, num processo de discussão que envolveu o Colegiado de Gestão Regional e a CIES/RS. Após a aprovação daquele Plano de Ações, o mesmo foi encaminhado para as CIESs regionais. Dentre as ações daquele Plano de Ação Regional de Educação Permanente e Profissional em Saúde constavam:

Realização de oficinas que envolvam os atores já qualificados quer sejam: os tutores e facilitadores de educação permanente, os ativadores de processos de mudança na graduação, os tutores e participantes dos processos de formação da Humanização;

Realização de oficinas com atores estratégicos para o SUS no âmbito da Educação Permanente e Educação Profissional em Saúde, articulando os atores dos diversos segmentos – gestão, atenção, instituição formadora e controle social;

Organização de cursos e seminários conforme as necessidades locais regionais; Criação e fortalecimento de estruturas de gestão da educação e do trabalho em saúde nos municípios e regiões (CIB/RS, 2007c. In: Ata n. 03 da CIES da Região 28 de Saúde, de 27 de novembro de 2008).

O ano de 2009 foi marcado pelo “fortalecimento”, por avanços e desafios para a CIES da Região 28 de Saúde. A partir do mês de abril, foi desencadeado um processo sistemático de reuniões mensais. Inicialmente, as discussões se preocuparam com a formatação, com a metodologia e com a apresentação dos projetos de Educação Permanente em Saúde para a região. Porém, na medida em que os participantes foram se apropriando do assunto, as pautas se expandiram, abrangendo: discussões em oficinas conceituais com experiências municipais; análise dos projetos de Educação Permanente de acordo com os Planos Regionais de Saúde; discussões com as instituições formadoras; construção de uma proposta de integração com ações municipais; acompanhamento do processo de assinatura do Termo de Compromisso com o Pacto de Gestão; interlocução permanente com os projetos estruturantes do governo do Estado; estratégias de fortalecimento da participação dos movimentos sociais de Educação Permanente em Saúde; e demais demandas surgidas ao longo do processo, bem como o monitoramento das ações e avaliação. (Ata n. 07 da CIES da Região 28 de Saúde, de 06 de abril de 2009).

Naquele contexto, a CIES passou a ter uma nova configuração, com um número significativo de participantes. Isto ocorreu num ambiente de motivação e de envolvimento dos participantes com os cursos que estavam em execução naquele período. Vários municípios da região se faziam representar nas reuniões, cujas pautas eram programadas previamente, porém oportunizando livre espaço para a inclusão de assuntos ou informes sobre a educação em saúde.

Entre as preocupações da Comissão, naquele período, esteve a de ampliar a compreensão de seus participantes quanto à Portaria norteadora da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, bem como o estudo dos referenciais teóricos relacionados à temática para a elaboração do Plano Regional de Educação Permanente e Profissional em Saúde (ano de 2009). Da mesma forma, por ter ocorrido um processo eleitoral no ano anterior, houve a preocupação em explicar aos novos gestores municipais a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a fim de garantir que os trabalhadores inscritos nos cursos pudessem continuar suas atividades atreladas aos projetos de 2008, que estavam em fase inicial de execução. (Ata n. 11 da CIES da Região 28 de Saúde, de 05 de agosto de 2009).

Naquelas alturas, a Política de Educação Permanente em Saúde já estava sendo assimilada pelos gestores, trabalhadores e outros segmentos participantes da CIES. Foi um momento importante, de construção de identidades entre participantes que começavam a ter presença recorrente na Comissão, indicando a existência de uma militância pela causa educação em saúde que passava por aquele espaço de reflexão. Na medida em que avançavam as ações (tanto com o planejamento de ações quanto com a realização de oficinas, encontros, seminários) crescia, também, o envolvimento com a CIES, numa dinâmica de atuação que aos poucos foi identificando os participantes daquela Comissão como “o povo da CIES”.

Registre-se, também, que durante o ano de 2009 a CIES discutiu vários projetos novos para a Região que, após aprovação no Conselho Estadual de Saúde e pela Comissão Intergestora Bipartite/RS, aguardavam recursos para execução. Dentre os projetos indicados naquele período estavam: “Curso para gestão no SUS”; “Qualificação Profissional de Agente Comunitário de Saúde”; “Estratégias de mobilização social em defesa do SUS”; “Multiplicadores em vigilância em saúde”; “Estruturação da comissão integração ensino-serviço”. (Ata n. 13 da CIES da Região 28 de Saúde, de 08 de outubro de 2009). No entanto, nenhum daqueles projetos foi executado no ano de 2009, prejudicando, inclusive, o planejamento das ações para o ano de 2010, em virtude, conforme registros das Atas da CIES, da morosidade do Conselho Estadual de Saúde na análise dos projetos. (Ata n. 13 da CIES da Região 28 de Saúde, de 08 de outubro de 2009).

O ano de 2009 foi um ano, também, de conscientização dos gestores municipais quanto à importância da formulação de uma política de educação permanente em saúde na Região. Nessa direção, vários e diferentes registros podem ser encontrados nas Atas de reuniões da CIES, relacionados ao diálogo que foi estabelecido com os gestores municipais da Região, num processo que visava impulsionar nos municípios a discussão e a construção de propostas de ações, a partir da identificação de problemas e das necessidades/prioridades no que diz respeito à formação profissional dos trabalhadores em saúde. (Ata n. 14 da CIES da Região 28 de Saúde, de 09 de novembro de 2009).

Naquele contexto, também, a CIES discutiu um projeto denominado VERSUS que, com recursos para sua execução, foi organizado pelo GETESC – Protagonismo Estudantil. A partir daquele projeto se inseriu na pauta de discussão da CIES temas como, a violência, o alcoolismo e drogadição, e suicídio. Ao final daquele ano, a CIES

esteve mobilizada com a discussão de projetos vinculados ao PET Saúde Vigilância e Pró-Saúde, que deveriam ter sido aprovados pelo Colegiado de Gestão Regional, mas, no entanto, foram apenas apresentados à CIES. (Ata n. 15 da CIES da Região 28 de Saúde, de 07 de dezembro de 2009).

Assim que o ano de 2009 foi um ano importante para a potencialização da CIES na Região 28 de Saúde, seja através de novas ações, seja através da inclusão de novos participantes (todos os municípios da Região, por exemplo, passaram a ter representantes na CIES a partir daquele ano). A CIES se consolidou enquanto espaço de discussão sobre a educação permanente em saúde e garantiu uma aproximação maior entre os seus diferentes participantes, ainda que houvesse dificuldades na participação dos representantes das gestões municipais, em parte decorrente da descontinuidade na participação desses representantes (o que, algumas vezes, já demonstrava um descaso dos gestores municipais quanto à importância da CIES e, mesmo, da educação permanente em saúde).

Durante o ano de 2010, o ano da “consolidação”, os registros (Atas e Relatório de Atividades do Ano) dos encontros dos participantes indicam que foram várias as discussões e as propostas formuladas pela CIES, dentre as quais se destacaram: a organização para o II Encontro Estadual de Educação Permanente em Saúde; a formação da equipe matricial para novos projetos; a avaliação do Projeto VERSUS e do PET-Saúde Vigilância; a análise dos projetos da Escola de Saúde Pública e da Escola Técnica do SUS; a realização de estudos sobre o curso de qualificação para a saúde do idoso; a análise do PET Saúde Mental; a elaboração do Plano Regional de Ações de Educação Permanente em Saúde. (Atas n. 23 da CIES da Região 28 de Saúde, de 09 de setembro de 2010).

Os participantes da CIES vivenciaram, também, momentos de frustração, principalmente em virtude da não efetivação das propostas no período em que se pretendia a sua execução. Tais dificuldades foram relacionadas, pelos participantes da CIES, a dois fatores principais: o prolongado período de tempo decorrido para análise dos projetos nas instâncias de deliberação e pactuação estaduais, principalmente na plenária do Conselho Estadual de Saúde; as dificuldades da Instituição Executora que, por mudanças internas, necessitou reorientar suas ações, priorizando dois projetos: a “Estruturação da CIES 13<sup>a</sup>” e a “Estratégias de Mobilização em Defesa do Controle Social no SUS”. (Ata n. 24 da CIES da Região 28 de Saúde, de 26 de outubro de 2010).

A partir de 2011, alguns indicadores demonstravam necessidades de atenção equilibrada para as áreas rural e urbana, envolvendo mudança de perfil de formação/qualificação do profissional de saúde, visando à prevenção e promoção da saúde. Essa nova formação, no entendimento dos participantes da CIES, precisava estar voltada para ações que contemplassem o trabalho com comportamentos das pessoas em relação à própria saúde, bem como estratégias coletivas de melhoria das condições de vida. Enfatizavam, que tais ações deveriam ser realizadas tanto em instituições de ensino, quanto na rede de saúde, durante o processo de trabalho, de gestão e de controle social. (Ata n. 30 da CIES da Região 28 de Saúde, de 05 de maio de 2011).

Este, então, se constituiu num dos principais desafios da CIES durante o ano de 2011, classificado como o ano da “construção”, pois passou pela organização da formação/qualificação integrando as ações de capacitação técnica e as reflexões sobre o processo de trabalho, em dois movimentos: por um lado, o fortalecimento da Educação Permanente em Saúde em cada município; por outro, a articulação intermunicipal. Ao mesmo tempo foi dado o primeiro passo em direção à Agenda Positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, uma agenda visualizada como uma possibilidade de realização de ações voltadas à organização dos trabalhadores de saúde na efetiva gestão do trabalho. (Ata n. 31 da CIES da Região 28 de Saúde, de 09 de junho de 2011).

Neste ano, também, foi executado um projeto de Estruturação da CIES da Região 28 de Saúde e, em função desse projeto, foi contratado um consultor/apoiador técnico e um apoiador administrativo (Ata n. 30 da CIES da Região 28 de Saúde, de 05 de maio de 2011). Através desse projeto ficou garantida, além de melhores condições para o aprofundamento do debate em torno da educação permanente em saúde, a presença de um profissional, com carga horária disponível para a Comissão, que assumiu diferentes funções, entre as quais a de secretariar reuniões, buscar contatos, contatar e convidar os participantes para as reuniões, divulgar eventos, organizar material da Comissão e documentos relacionados à educação permanente, entre outras atividades. (Ata n. 30 da CIES da Região 28 de Saúde, de 05 de maio de 2011).

Iniciativas como as relatadas, objetivaram fortalecer a CIES, de forma a dar continuidade em suas discussões e ações, e se fizeram necessárias também pela não possibilidade, naquele momento, de haver maior apoio institucional de alguma instância da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde. É importante registrar, também, que o

referido fortalecimento possibilitou uma ação mais orgânica da CIES junto às gestões municipais, através de incentivos e de orientação para a execução da política de educação permanente em saúde nos municípios, em especial através dos NUMESC – Núcleos Municipais de Educação em Saúde Coletiva. (Ata n. 33 da CIES da Região 28 de Saúde, de 10 de agosto de 2011).

As atas de reuniões da CIES registram, ainda, projetos que estavam sendo discutidos durante o ano de 2011 como, por exemplo, Oficinas de Sensibilização e Qualificação em Educação Permanente para o Controle Social no SUS, elaboradas pela Equipe Matricial da própria CIES e com o objetivo de alcançar os conselheiros municipais de saúde (Ata n. 37 da CIES da Região 28 de Saúde, de 12 de dezembro de 2011). Durante o ano de 2011 também foi realizado o Encontro Regional de Educação Permanente em Saúde, com objetivo de debater e atualizar os conceitos de Educação Permanente em Saúde e promover o desenho dos projetos referentes às ações prioritizadas. (Ata n. 33 da CIES da Região 28 de Saúde, de 10 de agosto de 2011).

Importante o registro, também, de uma reunião conjunta da Comissão Intergestores Regionais e a CIES, realizada em dezembro de 2011, ocasião na qual foram indicadas (pelos gestores e pelos trabalhadores em saúde) algumas áreas prioritárias para a ação de educação em saúde, dentre as quais: saúde mental, urgência-emergência; fortalecimento dos espaços de gestão, qualificação de pronto-atendimento e organização da SAMU; fortalecimento da Rede de cuidados aos usuários de álcool, crack e outras drogas, da Rede de prevenção à violência, da Rede de cuidados e de prevenção do câncer, da Rede de atenção às urgências, da Rede de atenção psicossocial e da Rede cegonha; qualificação dos profissionais de ensino médio e técnico que atuam diretamente ao usuário; solidificação dos Núcleos Municipais de Educação em Saúde Coletiva (Ata n. 37 da CIES da Região 28 de Saúde, de 12 de dezembro de 2011).

A definição desse conjunto de áreas indicadas no parágrafo anterior tornou-se importante, inclusive, no processo de discussão que ocorreu ainda em 2011 sobre o Plano de Ação Regional de Educação Permanente e Profissional em Saúde do ano de 2012. Discussão aquela que impulsionou a criação de um Grupo de Trabalho (GT) para o levantamento de dados da região e para a construção da pesquisa de avaliação de trabalho em saúde (pesquisa que, planejava-se, seria executada pelo Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde, GEPS/UNISC) (Ata n. 35 da CIES da Região 28 de Saúde, de 11 de outubro de 2011).

O ano de 2012 foi um ano “estratégico”, pois ficou marcado por avanços e expectativas quanto à consolidação da Política de Educação Permanente em Saúde, pois houve uma redefinição na sua condução pela CIES. Com rumos mais solidificados, foram tomadas tarefas como prioritárias nessa nova configuração: a manutenção, a disseminação e o fortalecimento da própria CIES, identificada como espaço de fundamental importância para propiciar a continuidade das estratégias e das ações planejadas, tanto no âmbito dos municípios quanto no âmbito regional firmada por um “caráter informal” da Comissão e a possibilidade de participação ampliada em suas atividades: gestores públicos, trabalhadores em saúde, militantes sociais, movimentos sociais, e instituições formadoras (de forma integral e intersetorial). (Ata n. 40 da CIES da Região 28 de Saúde, de 14 de março de 2012).

Merece destaque, também, a maior aproximação naquele ano de 2012 da UNISC com a CIES, o que resultou na ampliação de atividades conjuntas como, por exemplo, a realização de uma pesquisa, a formação de um Grupo de Trabalho para a operacionalização da pesquisa nos treze municípios da Região (pesquisa realizada pelo Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde – GEPS/UNISC, com o objetivo de identificar o processo de gestão do trabalho e de educação permanente em saúde dos trabalhadores vinculados ao SUS no âmbito da Região). A referida aproximação foi intensificada, inclusive, em virtude de projetos ministeriais como, por exemplo, o “Pró-Saúde”, o “Pet-Saúde Vigilância”, o “Pet-Saúde Saúde Mental”, o “Pet-Saúde Redes de Atenção”, e o “Pet-Saúde Vigilância em Saúde II”. A realização desses projetos, conforme os editais do Ministério da Saúde pressupunha a participação da CIES para a disseminação, monitoramento e avaliação junto aos serviços de saúde da Região (bem como da participação da Comissão Intergestores Regionais, para pactuação e aprovação dos projetos em nível regional). (Ata n. 43 da CIES da Região 28 de Saúde, de 13 de junho de 2012).

Ao longo do ano de 2012, além dos temas já indicados, vários outros foram objetos das discussões e dos estudos realizados pelos participantes da CIES. Mas, dentre todos esses temas, três ganharam maior evidência nas reuniões da Comissão: os Núcleos Municipais de Educação em Saúde Coletiva, o “Projeto Estratégia de Mobilização do Controle Social da 13ª CRS” e os recursos financeiros necessários para a execução dos projetos.



Em relação aos Núcleos Municipais de Educação em Saúde Coletiva, os mesmos foram criados e instituídos pela Resolução nº 14/2012, de 03 de abril de 2012. Essa discussão teve avanços significativos na Região 28 de Saúde, através de divulgação junto aos poderes públicos municipais. Ainda que a discussão promovida não tenha resultado na criação dos Núcleos em todos os municípios da Região, pelo menos todos os municípios ficaram conscientes da Proposta resultante da Resolução nº 14/2012.

Ao final deste ano, já haviam sido criados nove Núcleos Municipais de Educação em Saúde Coletiva, expressão do significativo debate promovido (com a participação efetiva da CIES) na Região 28 de Saúde. Ocorreu uma intensa movimentação entre os profissionais e gestores da saúde, tanto como facilitadores quanto como aprendizes, na busca por uma transformação da política pública de saúde nos espaços de circulação dos saberes e dos projetos de consolidação do SUS. (Ata n. 48 da CIES da Região 28 de Saúde, de 14 de novembro de 2012).

Quanto ao projeto “Estratégia de mobilização do controle social da 13ª CRS”, realizado com o objetivo de apresentar o SUS à população de uma forma diferenciada, foram realizadas durante o ano de 2012 várias Oficinas de Sensibilização, com representantes de trabalhadores, de gestores, de movimentos sociais dos municípios da Região. A UNISC foi parceira no projeto, disponibilizando o espaço físico para as atividades então realizadas. Nas oficinas, o projeto foi apresentado, com o intuito de discutir as estratégias de divulgação do SUS, bem como da rede de serviços, para os usuários dos treze municípios da Região. A decisão recaiu, então, sobre uma forma artístico-cultural, além da produção de informativos (tipo folder/encarte de jornais) (Ata n. 44 da CIES da Região 28 de Saúde, de 11 de julho de 2012).

Foram realizadas então, oficinas com o grupo de cultura “O CUBO”, da UNISC, a partir das quais foi organizada uma apresentação (de teatro musical) relatando a criação do SUS e “como todos usam o SUS”. A apresentação ocorreu, nos municípios de Mato Leitão, de Santa Cruz do Sul e de Rio Pardo. No entanto, na apresentação realizada em Mato Leitão participaram também usuários dos municípios de Passo do Sobrado, Vale Verde e Venâncio Aires; na apresentação realizada em Santa Cruz do Sul participaram também usuários dos municípios de Gramado Xavier, Herveiras, Vale do Sol, Sinimbu, Candelária e Vera Cruz; e na apresentação realizada no município de Rio Pardo participaram também usuários do município de Pantano Grande. (Ata n. 46 da CIES da Região 28 de Saúde, de 12 de setembro de 2012).

Em relação aos recursos financeiros necessários para a execução dos projetos, durante o ano de 2012 se observou, por parte da CIES, de que com a troca do governo estadual (2010), o processo ficou mais demorado e complexo, gerando a necessidade da criação de um regimento interno da CIES/RS, além de dificuldades de funcionamento das reuniões mensais. Tal processo se refletiu no trabalho das CIES regionais, pois não se tinha uma clareza de condução da política em nível estadual.

Desde 2007, os recursos para o financiamento da educação permanente e profissional em saúde, na Região 28 de Saúde, estavam alocados pelo Fundo Municipal de Saúde, do município de Santa Cruz do Sul (município sede da região). Porém, devido a diversos fatores (dentre eles o fato de que muitos municípios da Região não terem aderido e assinado o Pacto pela Saúde), a alocação dos recursos financeiros passou para o Fundo Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, o que criou dificuldades maiores para o acesso dos mesmos. (Ata n. 44 da CIES da Região 28 de Saúde, de 11 de julho de 2012).

Nesse sentido, inclusive, cabe o registro do número de Projetos que, no período entre 2007 e 2014, foram executados na Região 28 de Saúde com recursos financeiros vinculados à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Como pode ser observado no quadro a seguir, durante aquele período somente quinze projetos foram contemplados com recursos públicos, alguns deles com valores pouco significativos.

QUADRO 07: Projetos executados com recursos financeiros entre 2007 – 2014 no âmbito da educação permanente na Região 28 de Saúde.

<b>Resolução COGERE</b>	<b>Projeto</b>	<b>Nº de vagas</b>	<b>Valor R\$</b>	<b>Resolução CIB/RS</b>
03/07	Especialização Pós-Técnico em Saúde Pública – Área da Saúde	30	47.376,39	078/08
03/07	Qualificação de Auxiliar de Consultório Dentário	35	43.942,88	078/08
03/07	Qualificação da Atenção em Saúde Mental no âmbito do Cuidado Técnico e Profissional.	60	44.915,00	078/08
05/07	Cursos para Gestão no SUS.	40	17.960,70	078/08
05/07	A Integralidade e a Saúde Mental: qualificação da atenção em saúde mental nos âmbitos do cuidado técnico e profissional 2ª ed.	59		196/09
06/09	Estruturação da Comissão de Integração Ensino-serviço (CIES) da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS)	13ª CRS	29 073,42	217/09

19/09	1º Encontro regional de educação permanente e educação profissional de saúde 13ª CRS	200	10.111,45	022/10
13/10	Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde – VER-SUS/CIES 13.	Alunos	9.972,40	275/10
15/10	Aperfeiçoamento em Saúde do Idoso. Aperfeiçoamento em Saúde do Idoso	105	73.375,00	315/10
16/10	Qualificação de Auxiliar em Saúde Bucal. Qualificação de Auxiliar em Saúde Bucal	35	82.020,00	315/10
38/10	Projeto de Elaboração de Vídeo sobre a Política de Gestão do Trabalho e da Educação Permanente em Saúde na Região da 13ª CRS.	13ª CRS	7.900,00	316/10
39/10	Oficinas de Sensibilização e Qualificação em Educação Permanente para o Controle Social no SUS. Oficinas de Sensibilização e Qualificação em Educação Permanente para o Controle Social no SUS.	70	7.990,00	316/10
39/11	Contratação de instituição de ensino superior para desenvolver pesquisa com objetivo de mapear a realidade dos processos de gestão do trabalho e de educação permanente em saúde dos trabalhadores que atuam no SUS, no âmbito da 13ª CRS.	xxx	34.000,00 Aprovado em todas as instâncias, porém sem liberação.	429/11
53/13	Mapeamento e Fortalecimento do controle Social, Diversidades dos Sujeitos e da Promoção da Saúde no SUS da Região 28 de Saúde- Santa Cruz	R28	26.611,00	344/13
09/13	Seminários Redes de Atenção à Saúde na Região 28 de Saúde / RS	200	41.166,00 Ainda não liberado	173/13

Fonte: CIB/RS, 2015.

Lado a lado com os debates implicados aos três temas indicados como temas recorrentes nas reflexões realizadas no âmbito da CIES no ano de 2012, outros projetos foram discutidos durante aquele ano, buscando parcerias com outras instituições e com a própria Secretaria de Gestão e do Trabalho em Saúde, além do envolvimento na organização do Plano de Ação Regional de Educação Permanente e Profissional para o ano de 2013 (Ata n. 44 da CIES da Região 28 de Saúde, de 11 de julho de 2012), em que constou “vários projetos” ao mesmo tempo, englobando as necessidades elencadas de redes prioritárias e temáticas a partir da Política de Gestão do Trabalho, com vistas a potencializar a gestão do trabalho na região (rede cegonha, urgência e emergência, rede

psicossocial, doenças crônicas não transmissíveis) e o envolvimento de profissionais da saúde. (Ata n. 48 da CIES da Região 28 de Saúde, de 14 de novembro de 2012).

Durante os anos de 2013 e 2014, diversas ações foram desenvolvidas pela CIES, muitas delas em parceria com a NURESC/13ª CRS, os NUMESCs e com instituições de ensino. Dentre elas se destacam o Edital do Ministério da Saúde para Pró e Pet-Saúde, por diversas vezes realizado de forma regional pela UNISC, e o terceiro ano da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública/RS (R3/RIS/ESP), os quais desenvolveram ações de Gestão e Educação em Saúde Coletiva, através de intervenção interdisciplinar, analítica, crítica, investigativa, resolutiva e propositiva, em âmbito técnico, administrativo e político do SUS.

A Interlocação com as instituições formadoras (e, no caso com a UNISC) tem tido considerável relevância, embora, por princípios éticos e metodológicos, a Política de Educação Permanente em Saúde não seja aprisionável em formatos acadêmicos, podendo e devendo buscar e reconhecer outros modos de encaminhar ações de educação em saúde. A interlocação com as universidades é imprescindível, pois estas também comportam um modo de intervenção e, principalmente, representam “portas de entrada” para um diálogo que busca mudanças já na formação (acadêmica) dos profissionais de saúde, numa perspectiva de afirmação dos valores do SUS.

Essas discussões foram aprofundadas na relação com as instituições formadoras para além do fluxo da oferta de cursos, o que também já vinha sendo trabalhado na CIES, anualmente, em especial no trabalho de elaboração dos Planos de ação Regional de Educação Permanente e Profissional de Saúde, quando são levantadas as necessidades locorregionais e o planejamento é realizado de forma participativa e por identificação de problemas.

Portanto, mesmo que através das ações que foram desenvolvidas pela e na CIES, o relato das ações que foram executadas durante o período de 2007 e 2014 é indicativo de um processo histórico emergente, mas, também, em desenvolvimento, da discussão, provocada pelas políticas nacionais, sobre a importância da mobilização regional em prol de uma política (também regional) de educação permanente em saúde. Pode-se afirmar, nesse sentido e a partir do relato das ações desenvolvidas na CIES, que a educação permanente em saúde ganhou visibilidade na Região 28 de Saúde no período analisado.

### 4.3. Percepções de gestores municipais e de trabalhadores da saúde sobre educação permanente em saúde.

Nesta parte do estudo, já considerando as entrevistas que foram realizadas com gestores municipais e com trabalhadores da saúde, se pretende analisar algumas questões norteadoras da pesquisa e que foram propostas para os entrevistados: quais são as concepções de educação em saúde presentes nos sujeitos sociais que constroem a política regional de educação permanente em saúde? Como os gestores e os trabalhadores concebem os espaços de trabalho e os desafios que esses espaços colocam para a formação dos trabalhadores em saúde?

Entende-se que essa análise já contribuirá para uma maior compreensão sobre o espaço político que ocupam os participantes da CIES na discussão sobre educação permanente em saúde na referida Região. Antes dessa análise, porém, cabe uma apresentação dos entrevistados e que, através de seus depoimentos, sustentam empiricamente a reflexão apresentada, a partir das questões norteadoras indicadas.

O quadro a seguir apresenta algumas características dos gestores municipais e dos trabalhadores que foram entrevistados, contemplando, como pode ser observado, o sexo, a escolaridade, o vínculo institucional e o tempo de atuação no campo da saúde (seja como gestor, seja como trabalhador da saúde). Pode-se ser observado, também, que, ao final, foram priorizados os gestores municipais (que não tinham, no momento da pesquisa, atuação na CIES) e os trabalhadores em saúde que estavam, no momento da pesquisa, participando das atividades da CIES

QUADRO 08: Entrevistados, de acordo com algumas características socioeconômicas.

Características	Sexo		Escolaridade		Vínculo Institucional		Tempo de atuação na saúde	
	M	F	Superior	Médio	Estatutário	Cargo de Confiança	M	F
Gestor	04	07	07	04	03	08	14,5	7,4
Trabalhador em saúde	-	07	07	-	06	01	-	13,2
Movimentos sociais	01	02	01	02	01	02	8,0	16,5
Militantes	-	06	06	-	05	01	-	20,2

Fonte: Pesquisadora, 2015

Importante ressaltar (como já, inclusive, indicado no texto da introdução) que a escolha dos entrevistados ocorreu de forma a contemplar gestores, trabalhadores da saúde e representantes dos movimentos sociais que participavam das atividades desenvolvidas pela CIES. Enquanto os trabalhadores e os representantes dos movimentos sociais tinham, efetivamente, participação na CIES, entre os gestores nem todos eram participantes da CIES, pois, já no planejamento da pesquisa, se decidiu que seriam entrevistados gestores municipais (em especial, Secretários Municipais de Saúde) para, inclusive, investigar como os mesmos compreendem a atuação da CIES na construção de políticas (municipais e regionais) de educação permanente em saúde.

Uma primeira questão a ser analisada e que foi proposta para os entrevistados está relacionado com suas concepções sobre as políticas de saúde no Brasil, mais especificamente sobre o SUS. Nesse sentido, ao serem indagados sobre suas visões acerca do SUS, alguns entrevistados se referiram com posicionamentos gerais, sem precisar seu significado histórico na história das políticas de saúde no Brasil.

[...] bom [...] o SUS tem profunda importância e relevância [...], é uma política bem estruturada, como o maior e melhor plano de saúde que existe. Representa grande avanço, que prioriza a democracia e socializa o acesso da população. O SUS é o Sistema de saúde que temos no Brasil, cuja lei rege toda a política pública de saúde, tanto federal, quanto nos Estados e municípios (Gladys. Gestora Estadual de Saúde).

Outros entrevistados destacaram os avanços representados pelos SUS, tanto em termos democráticos quanto em termos da história das políticas de saúde no Brasil:

Percebo como uma das melhores políticas já estabelecidas no país, ou seja, que trouxe em suas estruturas as diretrizes para o trabalho e traçou as normas de atenção nos três níveis tanto para o estado, municípios e união (Felicía. Trabalhadora em saúde).

As visões que ressaltam a positividade do SUS não implicam, no entanto, visões ingênuas ou normativas acerca das políticas de saúde no País. Pelo contrário, os entrevistados mantiveram um teor crítico em suas avaliações sobre o SUS, o que apareceu, por exemplo, na análise de questões relacionadas ao financiamento, mas, também, em questões diretamente relacionadas aos princípios do SUS, como é o caso da descentralização. É importante destacar, nesse sentido, que, ainda com avanços significativos, o SUS enfrenta problemas de diferentes naturezas, relacionados com o seu funcionamento, com a organização dos serviços, com a regionalização e a descentralização, mesmo com a participação social.

O problema é que a gestão do SUS é compartilhada com as esferas da União, Estado e Município onde eu esperava como gestor, que ele fosse bem mais descentralizado nas ações e que a gente tivesse um grau de autonomia maior, mas eu vejo ainda muito engessado (...). Deveria de ter um grau maior de descentralização para que a gente pudesse traçar políticas locais e que tivesse mais a ver com a realidade do nosso município, da nossa população e que essas ações pudessem voltar com maior eficácia (Tony. Gestor Municipal de Saúde).

Se as dificuldades e as contradições enfrentadas pelo SUS não são desconhecidas pelos entrevistados, o que é ressaltado é que, em pese essas condições (algumas delas vistas como conjunturais), a implantação do SUS teve avanços significativos e contribuiu para que se estabelecesse no País uma nova concepção de saúde, tal como propugnado pelos documentos oficiais. A manifestação a seguir, nesse sentido, é ilustrativa:

Eu acho que o Sistema Único de Saúde vem se consolidando cada vez mais como a maior e a melhor política pública desse país [...]. Ele tinha o objetivo de atender as pessoas gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde, e este objetivo vem se consolidando cada vez mais, se ampliando cada vez mais. A gente conseguiu ampliar muito, não só o atendimento gratuito ao público, mas como acesso a saúde, o serviço de saúde, e também a gente conseguiu ampliar muito a qualidade, aumentamos a qualidade desse serviço de saúde [...]. Acho que o decreto da presidenta... quando ela regulamenta o decreto, a gente consegue regulamentar, então, uma política pública que já vinha instituída, mas que não tinha um decreto que embasava ela, né, legalmente. Então, depois disso, a gente conseguiu organizar a rede, a gente conseguiu ampliar os serviços, a gente conseguiu regionalizar serviços [...]. Então, acho que várias coisas culminaram, se conseguiu ampliar recursos também, com mais dificuldade nessa crise financeira, acredito que a gente conseguiu ampliar muito recurso em saúde, por mais dificuldade que a gente tenha, Os maiores avanços, que teve no país, depois do Bolsa Família, acho que foi o Mais Médico. Então, são várias coisas que vem culminando ao encontro disso, a participação social, as pessoas cada vez mais dentro da gestão, tanto no conselho de saúde, os conselheiros, agora, são o maior exemplo disso, da participação social. Este ano tivemos a maior conferência no município da história. Então, mostra que as pessoas estão interessadas, também querem participar, também querem opinar, também querem construir, o SUS mais com a cara delas, assim (Tais. Gestora Municipal de Saúde).

Uma preocupação que está presente nas falas dos entrevistados é com o planejamento das ações. Observe-se que o planejamento é uma das principais estratégias do arcabouço legal do SUS, que indica processos e métodos de formulação como requisitos para o repasse de recursos, para a execução das ações, para o controle e a avaliação das políticas de saúde. E essa importância não é relativizada na visão dos entrevistados, como ilustra a seguinte manifestação:

Penso a importância de se formular um planejamento, de indicar os principais problemas, os locais aonde os problemas se formam, de que forma iremos

conseguir revisar, fazer as políticas chegarem a este cidadão depois continuar fazendo uma avaliação dos resultados de eficácia desses planejamentos se realmente conseguimos chegar ao resultado desejado (Oliver. Gestor Municipal de Saúde).

A prática do planejamento do SUS é exercida em qualquer nível de governo e coloca como desafio aos gestores a tomada de decisões na identificação de conhecimentos, métodos, técnicas e instrumentos de trabalho (CONASS, 2011). No âmbito do Ministério da Saúde, o planejamento responde às exigências constitucionais e legais, entre os quais figuram a elaboração do Plano Plurianual (PPA)<sup>6</sup>, da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)<sup>7</sup> e da Lei Orçamentária Anual (LOA)<sup>8</sup>. Isto parece estar claro na colocação de alguns gestores da Região 28 de Saúde, principalmente quando é exigido o esforço de profissionais enquanto equipe na apropriação de informações e instrumentos para a melhoria do desempenho institucional.

A gente costuma trabalhar muito próximo do conselho municipal de saúde e próximo dos trabalhadores de saúde, entendemos que é necessário ter esse trabalho coordenado (Alberto. Gestor Municipal de saúde).

Teixeira (2002) coloca que, no planejamento, os processos de aperfeiçoamento norteiam o acesso a informações de natureza técnico-científica e político-institucional para a “contribuição de formulação, a implementação e a avaliação de políticas, planos, programas e projetos destinados a intervir sobre o estado de saúde da população e sobre o próprio sistema de serviços de saúde” (TEIXEIRA, 2002, p. 5). O planejamento deve, portanto, partir da construção, execução e acompanhamento de um conjunto de propostas de ação com vistas a intervenção sobre a realidade local e regional, por atores sociais, orientada por um propósito relacionado com a manutenção ou a modificação de uma determinada situação (TEIXEIRA, 2002).

Esse processo de planejamento está definido no Pacto pela Saúde através da Portaria GM/399 de 22 de fevereiro de 2006, e diz que deve ser desenvolvido de forma articulada, integrada e solidária com definição de objetivos compreendendo o monitoramento e avaliação nas três esferas de governo. Devendo promover a participação social de forma a fortalecer e consolidar os objetivos e as diretrizes do

---

<sup>6</sup> O PPA, com vigência de quatro anos, tem como função estabelecer as diretrizes, objetivos e metas de médio prazo da administração pública.

<sup>7</sup> Cabe à LDO, anualmente, enunciar as políticas públicas e respectivas prioridades para o exercício seguinte.

<sup>8</sup> A LOA tem como principais objetivos estimar a receita e fixar a programação das despesas para o exercício financeiro



SUS, contemplando as peculiaridades, necessidades e realidades de saúde locais para a resolubilidade e qualidade, tanto de sua gestão quanto das ações e serviços prestados à população brasileira (BRASIL, 2006).

Na Região 28 de Saúde, considerando as respostas dos entrevistados, observa-se uma tendência de afirmação dos procedimentos burocráticos, com gestores e trabalhadores de saúde atentos ao que a legislação determina. É isso que está expresso na seguinte manifestação, que se refere ao Plano Regional de Saúde: “quase tudo parte de lá, o que a gente vai ampliar, o que a gente vai reduzir, o que a gente está planejando”(Tais. Gestora Municipal de Saúde) e também, nas seguintes manifestações:

Nós orientamos nossas ações pelas orientações do estado ou da federal, né, então a gente discute junto com os coordenadores das unidades como realizar elas em cada uma, junto com as equipes (Rose. Gestora Municipal de Saúde).

Enquanto região, levantamos as prioridades e discutimos com os gestores numa reunião de SETEC, que é a parte técnica. Sendo aprovado, então é criada uma resolução CIR que é da comissão intergestor regional que vai para uma decisão de estado e a aprovação final é na CIB estadual. Toda a negociação passa pela mesa da SETEC, para uma discussão técnica e para aprovação entre a CIR e depois o Estado manda para a CIB e de novo estudado por outra comissão técnica a nível estadual para reconhecer o impacto financeiro e então aprovado ou não na CIB Estadual para formulação (Gladys. Gestora Estadual de Saúde).

A percepção e, talvez, a aceitação da lógica de burocratização das dinâmicas a partir das quais as políticas de saúde são construídas, no entanto, não impede que os gestores e os trabalhadores da saúde entrevistados ressaltem a importância da dinâmica sociopolítica na formulação e na execução das políticas de saúde. Nesse sentido, para diferentes entrevistados, a formulação de políticas visa “traçar metas, objetivos, de todas as ações e inovações com o conselho municipal” (Kátia. Gestora Municipal de Saúde), “com base no plano de governo alicerçado para ser discutido em saúde pelo conselho de saúde e pelos trabalhadores que vão fazer com o que as coisas aconteçam” (Alberto. Gestor Municipal de Saúde).

Cabe registrar, também, que um dos gestores entrevistados fez uma colocação em relação ao Ministério da Saúde, segundo a qual esse órgão do Estado brasileiro desconhece as diferenças regionais quanto ao planejamento e que deveria apoiar mais os municípios, por meio da cooperação técnica, disseminando experiências positivas e respondendo de forma mais rápida e oportuna às demandas estaduais e regionais.

Como disse, vem uns programas pré-determinados que eu não sei se esses seriam os melhores programas para um município, como seria diferente, pois os municípios com maior população [...], exatamente iguais, em termos, eu penso que deveria ser muito mais uma análise local das necessidades

populacionais porque a partir daí a gente tendo esse diagnóstico, a gente pode traçar métodos políticos e pode atender mais as demandas desse município (Tony. Gestor Municipal de Saúde).

Uma segunda questão, colocada essa para os gestores municipais, está relacionada às prioridades nas ações de saúde e como essas ações são avaliadas no âmbito municipal. Para a maioria dos gestores entrevistados, as ações consideradas prioritárias foram o compromisso com o SUS através do fortalecimento da atenção primária e a valorização da saúde. Mesmo os gestores “mais tímidos” em suas análises, quando colocaram que “tudo é prioridade”, afirmaram que as ações de promoção e de prevenção são ações prioritárias:

A promoção e a prevenção sempre são por todos né, até porque a gente está numa esfera de custos e de crises (Kátia. Gestora Municipal de Saúde).

A saúde preventiva é a questão primordial do atendimento das instituições de saúde pública [...]. Eu vejo que a atenção básica, o atendimento de uma forma preventiva ele é mais importante, ele é menos oneroso mesmo que a parte curativa tome o tempo e a preocupação do gestor [...] (Oliver. Gestor Municipal de Saúde).

Trabalhar a atenção básica é a prioritária pra que a gente possa dar andamento, trabalhar com a atenção básica como sendo a porta de entrada no sistema. Isso não é muito fácil de fazer porque existe toda uma cultura de se valorizar muito o sistema de hospitais e as especialidades, então é um trabalho que dentro da cultura da população também tem certa resistência o que faz com que esse processo seja bastante lento (Alberto. Gestor Municipal de Saúde).

Dois gestores apresentaram como prioridade nas ações o atendimento, indicando, inclusive, algumas especialidades: “é a questão da prevenção do câncer, né, que está surgindo bastante no município em geral” (Catarina. Gestora Municipal de Saúde). São municípios pequenos e com atividades econômicas baseadas totalmente na agricultura. Nessa mesma direção, outro gestor indicou como prioridade a redução da mortalidade infantil.

Neste momento, prioridade na redução da mortalidade infantil e materno infantil [...]. Essa é uma política prioritária e é claro que quem realiza esse trabalho na ponta é os municípios, mas a coordenadoria, ela faz todo um trabalho de monitoramento, de avaliação e de ajuda, apoio aos municípios pra que eles consigam enxergar onde é que esse índice está alto e aonde eles tenham que ter ações pra combater o nível elevado de mortalidade infantil (Gladys. Gestora Estadual de Saúde).

As visões dos gestores, no entanto, nem sempre são compatíveis com as percepções dos trabalhadores em saúde. Esse conflito, aliás, ficou explícito na fala de alguns trabalhadores de saúde que afirmaram que nem sempre os gestores são sensíveis

às necessidades que são apresentadas pelos usuários. A manifestação seguinte é, nesse sentido, ilustrativa:

Eu acho que a gente não trabalha com a sequência de prioridades. Por quê? Se você for seguir uma sequência de prioridades do teu trabalho, muitas vezes tu não atende as necessidades que o gestor quer, e o gestor também tem as suas prioridades. Então, tem que saber qual trabalho priorizar [...], os técnicos profissionais precisam realizar junto à comunidade, não atendendo, às vezes, necessidade de uns gestores que para mim não parece atender, realmente, esse usuário (Fabíola. Gestora Municipal de Saúde).

As prioridades no SUS geram amplas e crescentes discussões, que envolvem os gestores, os trabalhadores e a necessidade de articulação com a sociedade, usuários em geral, no intuito de construir políticas públicas mais efetivas e resolutivas. O próprio Pacto pela Saúde foi resultado de muitas discussões políticas, que compreenderam várias normas para contemplar os princípios do SUS sob o amparo da responsabilidade sanitária e sua adequação à realidade de cada região do país, integrando ações de promoção e prevenção à saúde, na atenção primária (BRASIL, 2006). Quanto às avaliações dessas ações, houve comentários de apenas um gestor, que assim se referiu:

As avaliações são feitas com equipe técnica e com o conselho municipal de saúde a cada quatro meses quando vem o relatório de gestão que é informatizado, né? Aí juntos, buscamos ver o que não foi alcançado de produção, o que pode avançar para trabalharmos nos próximos meses ou ano, dependendo da situação (Sérgio. Gestor Municipal de Saúde).

Note-se, inclusive nessa fala de Sérgio, que a questão da avaliação dos serviços vem à tona, também de modo a se adequar aos procedimentos burocráticos, que indicam a necessidade de discussão da equipe técnica com o Conselho Municipal de Saúde, a necessidade de fazer os relatórios.

Assim, já agora se pode afirmar que os entrevistados (gestores e trabalhadores da saúde) têm uma percepção quanto à importância do SUS, de sua contribuição para a própria estruturação da saúde pública nos municípios e na região, mas, ao mesmo tempo, estão atentos às diferentes dificuldades, limitações, contradições presentes na construção das políticas públicas de saúde. Nessa avaliação crítica às políticas de saúde, algumas vezes são indicadas questões pontuais, mas, em outras vezes, são as questões estruturais (financiamento, organização dos serviços, mesmo o processo de regionalização) que definem a direção dos discursos.

As entrevistas contemplaram, também, questões sobre a organização do trabalho em saúde. Nessa direção, os entrevistados manifestaram suas opiniões acerca da estrutura de serviços, da pactuação, além das facilidades e das dificuldades das ações.

Em relação à estrutura dos serviços, se buscou ampliar a compreensão da organização e da estrutura dos serviços de saúde dos municípios da região 28 de saúde. Nesse sentido, quase todos os gestores e também alguns trabalhadores em saúde relataram que “a organização da saúde possui somente atendimentos primários”, revelando-se um contexto regional caracterizado por pequenos municípios. Dois gestores municipais destacaram que em seus municípios existe “100% de atendimento através da Estratégia de Saúde da Família (ESF)”. Os demais, além de estarem com 40% ou 50% de atendimentos, relataram atendimentos secundários e terciários: “nós somos um município não pleno que trabalha com a questão da atenção básica” (Jacira. Trabalhadora de Saúde); “temos os atendimentos primários, de atenção básica, e atendimentos especializados, como ambulatório de saúde mental e SAMU” (Catarina. Gestora Municipal de Saúde). A passagem seguinte é, também, ilustrativa:

A política no município é trabalhada pela atenção primária e secundária, e a atenção terciária fica a cargo do hospital do município que é filantrópico. Elas são organizadas em atenção primária, atenção secundária e atenção terciária porque é gestão plena. Na verdade, assim se teoriza que os municípios investissem basicamente na atenção básica, o estado investisse na atenção secundária, e os recursos para atenção terciária teria um aumento [...], que esse recurso é da união. Atenção secundária e terciária está congelada, não estão sendo reajustados e isso tenciona porque ainda existe um aumento de recursos, ela é uma inflação de dólar de todas as variáveis possíveis e tenciona. A gente nos últimos dois anos fez essa opção de investimento na atenção primária e acabou fazendo [...] tirando recurso municipal que investia em muitas áreas nos hospitais para canalizar pra dentro da atenção básica, só que claro ele [...] que a gente acabou tendo um pouco de divergência na gestão [...]. Com isso [...] tipo assim, é [...] eu acho que é salutar investir na atenção básica [...]. Então, eu vejo com certa preocupação que vai continuar dependendo de hospital, vai continuar tendo gente precisando, vai continuar tendo gente que vai precisar de otorrino, cirurgia, de exames, então é um pouco perigoso quando se faz um [...] vamos dizer assim, uma distribuição de contingenciamento muito grande em cima do setor mesmo que tu consiga alcançar na atenção primária, mas esse contingenciamento muito grande aqui está gerando um atrito e é perigoso, eu acho que é necessário ter um equilíbrio maior, tem que ter um investimento maior nas duas pontas [...] (Alberto. Gestor Municipal de Saúde).

A fala de Alberto é muito significativa, pois indica que, na conjuntura enfrentada pelos municípios durante o período de realização das entrevistas, muitos gestores municipais estavam vivenciando situação semelhante. Nesse sentido, precisando definir prioridades na estruturação dos serviços, face, principalmente, as dificuldades

financeiras enfrentadas, decorrentes dos atrasos ou, mesmo, não repasses dos recursos pelo estado e pela União. Naquelas condições, os gestores, mesmo definindo como prioridade a atenção básica, sofriam as pressões da população, principalmente tendo em vista as dificuldades enfrentadas pelos hospitais na Região.

Em que pese as dificuldades indicadas, no geral a estrutura de serviços é considerada boa por todos os gestores. Isso, no entanto, não significa contentamento com o que já existe, pois, em alguns municípios, durante o período das entrevistas estavam em andamento projetos de expansão da rede de serviços: “das quatro estratégias de saúde da família a gente construiu uma nova e está ampliando as outras três pelo Requalifica, ampliando, reformando, todas elas [...], mas elas têm uma estrutura pública muito boa [...]” (Tais. Gestora Municipal de Saúde). Outros, embora indicando que a estrutura era boa e sem projetos de expansão dos serviços, tinham consciência da necessidade de ampliação: “da parte física eu acho que temos muito a melhorar; a estrutura física das unidades básicas de saúde, das estratégias de saúde da família, principalmente na questão do posto central” (Oliver. Gestor Municipal de Saúde). Essa avaliação de que a estrutura nos municípios é boa se estende, também, para a avaliação da estrutura de serviços na Região. Assim, de modo geral pensa-se como o depoimento abaixo indica:

Eu acho que [...] os municípios estão organizados. O que falta assim [...] a estrutura física, acho que ela comporta, entendeu? Na verdade, o que falta é sentar e discutir saúde. Eu acho que os municípios muitas vezes por falta de profissionais, por falta de recursos humanos, ele não faz ações, ele realiza o trabalho, mas não discute aquilo que faz [...]. É uma instância de sentar e discutir controle social, comunidade, gestor, e profissional de saúde (Gladys. Gestora Estadual de Saúde)

Note-se que na fala de Gladys há uma referência às dificuldades quanto aos trabalhadores da saúde, tanto na contratação quanto na permanência de profissionais de saúde que, muitas vezes, não recebem salários capazes de motivar o estabelecimento de um vínculo duradouro num município pequeno. E, é claro, essas condições comprometem não apenas a assistência, mas também o tipo de atendimento que é oferecido, com equipamentos adequados, profissionais qualificados e comprometidos, uma gestão eficiente e responsável, um planejamento de acordo com a realidade local e regional.

Alguns poucos gestores entrevistados afirmaram serem eles mesmos os responsáveis pela elaboração de suas agendas com o apoio da equipe de profissionais de

saúde: “são realizadas assim, com a equipe de saúde” (Catarina. Gestora de Saúde); “eles auxiliam nas discussões da agenda para elaboração de metas para o próximo ano, por meio da avaliação feita do ano anterior. E elas ocorrem dentro do prazo que o Ministério da Saúde preconiza” (Sérgio. Gestor Municipal de Saúde). Devido as pressões sobre as agendas dos gestores, estes acabam tendo dificuldade em focar a atenção aos temas programados, já que a maioria “tenta cumprir a agenda” (Mônica. Gestora Municipal de Saúde) ou “trabalha meio programado e meio no improvisado” (Rose. Gestora Municipal de Saúde).

Quando os gestores falaram sobre os espaços de pactuação, alguns afirmaram que esse processo se dá em reuniões específicas com equipe de profissionais da gestão de saúde, com a comunidade e com o conselho municipal de saúde; outros, porém, enfatizaram as equipes técnicas e os órgãos regionais e estaduais:

São pactuadas com a comunidade, nas conferências municipais, e também a nível de gestão onde levamos essas propostas para a construção do nosso plano plurianual de saúde (Catarina. Gestora Municipal de Saúde).

A pactuação das políticas são feitas primeiramente com as coordenações, da própria secretaria de saúde, esse processo de integração, ou a gente pactua com as políticas do Estado e as políticas da União (Tony. Gestor Municipal de Saúde).

Pela SETEC que é constituída por técnicos da 13ª e por técnicos das secretarias municipais de saúde, alguns. Já a CIR é com a 13ª e todos os gestores da região, dos treze municípios que sentam à mesa para discutir e pactuar as ações regionais e quais critérios [...] como vai ser distribuído esse serviço na região. Os recursos [...] a gente discute ações o financeiro, a gente discute valores com a CIB Estadual. O Estado que faz, no nível central a discussão da parte dos recursos financeiros (Gladys. Gestora Estadual de Saúde).

A participação do conselho do nosso município é muito atuante, o pessoal tem uma experiência muito grande, faz muitos anos que eles estão nisso então é feito bastante assim; é bem bom (Alberto. Gestor Municipal de Saúde).

Embora alguns trabalhadores tenham apontado para direção contrária, a questão é que “a pactuação é centralizada no gestor. Não é dividida com a equipe e muito menos com a população” (Nilsa. Trabalhadora em Saúde). Assim, percebe-se que a maioria dos serviços de saúde da Região 28 de Saúde ocorre em fóruns de articulação entre os gestores para pactuação sobre a organização, direção e gestão, se constituindo em espaços de decisão que visam identificar, definir prioridades e pactuar soluções para a organização de uma rede de ações e de serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva. O que, evidentemente, indica uma dificuldade e, ao mesmo tempo, uma contradição em relação ao princípio da participação social, propugnado pelo SUS.

Por fim, quando questionados sobre as facilidades e dificuldades enfrentadas para a organização das ações nos serviços de saúde, e como enfrentavam as crises, a maioria dos gestores fez referência à crise financeira, aparecendo, também, as dificuldades relacionadas com a gestão dos sistemas e dos serviços de saúde:

Eu acho que como dificuldade é a questão de que a gente não consegue parar para elaborar estratégias de planejamento devido a necessidade urgente pela parte assistencial (Oliver. Gestor Municipal de Saúde)

Nós também não temos autonomia [...] tem uma gestão acima de nós [...] (Mônica. Gestora municipal de Saúde)

É o recurso financeiro que é curto para executar tudo aquilo que foi pactuado. Porque a saúde tem um custo muito alto em alguns procedimentos, outros nem tanto [...]. E temos dificuldades em algumas especialidades, em regionalizar algumas referências também assim (Gládys. Gestora Estadual de Saúde).

Sempre quando se pensa numa ação, o que vem primeiro é o recurso financeiro, né [...]. E facilidades é a criatividade que a equipe, os profissionais têm de trabalhar com o pouco. Usam de alternativas. Diante das dificuldades, conversamos com a equipe técnica que nos auxiliam e assim, enxugamos tudo (Mônica. Gestora Municipal de Saúde).

Como facilidades são as pessoas, funcionários, os coordenadores que junto comigo trabalham, imbuídos na causa dos atendimentos, pessoas escolhidas pelo conhecimento e vontade de fazer o serviço funcionar com competência (Oliver. Gestor Municipal de Saúde).

Ao analisar o processo histórico de construção do SUS, percebe-se que a saúde permanece dependente do desenvolvimento econômico do país. O período de insuficiente alocação de recursos financeiros não foi superado, sendo necessários maiores investimentos na saúde para mudar a lógica de um serviço público desgastado e desvalorizado (FEUERWERKER, 2005). Os princípios e diretrizes do SUS, defendidos na constituição, foram construídos na tentativa de romper com um sistema excludente; apesar dos avanços, no entanto, ainda existem dificuldades na execução das diretrizes no cotidiano dos serviços de saúde.

As questões relacionadas à saúde da população envolvem o esforço do governo e da sociedade, para que as políticas estejam em sintonia com as prioridades da população (RODRIGUES NETO, 1994). No entanto, apesar do processo de municipalização implantado, alguns municípios ainda não assumiram integralmente suas responsabilidades, principalmente no que diz respeito à alocação de recursos, melhorias na estrutura física e de recursos humanos (ANTUNES, 2001).

Visando ampliar a compreensão de como os gestores, mas também os trabalhadores de saúde concebem a política de educação permanente em saúde, durante

as entrevistas foram colocadas questões sobre duas outras temáticas: suas opiniões sobre educação em saúde e as estratégias utilizadas para qualificar os trabalhadores em saúde.

A partir das entrevistas, e de acordo com as abordagens realizadas pelos sujeitos da pesquisa, o entendimento sobre educação em saúde ressalta os aspectos da “informação”, da “capacitação” e da “reciclagem”, o que é considerado “muito importante”, “de suma importância”.

Para alguns gestores, a formação é uma obrigação dos trabalhadores em saúde, que precisam assumir a obrigação de se informar, mas, também, de “informar e explicar quais as atitudes corretas em relação à saúde”. Nesse sentido, como afirmou uma gestora: “a gestão tem a responsabilidade é de apoiar, mas eu vejo que o funcionário de carreira é que tem que se mobilizar neste sentido” (Rose. Gestora Municipal de Saúde).

Perpassa nessas visões indicadas acima a relativização das políticas de educação em saúde, pois os gestores, ao atribuírem a responsabilidade de formação para os trabalhadores, individualizam essa responsabilidade e não se comprometem com os próprios princípios do SUS, segundo os quais a formação dos trabalhadores em saúde deve ser um compromisso público, construído como política pública e com a participação dos gestores, dos trabalhadores, de instituições da sociedade civil organizada e das próprias comunidades.

Essa visão, no entanto, não é consensual entre os gestores e, em alguns deles, está presente uma visão mais ampla de formação dos profissionais de saúde, que atribui importância e que contempla expectativas construídas a partir do próprio SUS. As manifestações seguintes, nesse sentido, são ilustrativas:

Eu acho que o grande avanço do Sistema Único, a grande arma de avanço do SUS, tanto em qualidade quanto em acesso, não é dinheiro, é educação na saúde. É a grande arma. Não adianta a gente ter dinheiro [...] eu sempre digo “não é o quanto a gente aplica, é como a gente aplica”. E se tu tem pessoas, e as pessoas se comprometem, só tem comprometimento quem tem conhecimento. Tu só te compromete com aquilo que tu conhece, então é fundamental que as pessoas conheçam o SUS. É o trabalho deles que qualifica. Mas daí para ti gostar tu tem que conhecer, tu tem que te capacitar, e acho que a grande arma da evolução do Sistema Único, não é a grana, é a educação das pessoas que estão na ponta e dos gestores, com certeza. É porque é interesse do trabalhador, é interesse meu e um interesse do usuário que vai ter um serviço mais qualificado (Tais. Gestora Municipal de Saúde).

[...] a educação perpassa todas as ações né, na micropolítica do nosso trabalho do dia a dia, a educação está envolvida. É aquela questão [...] na saúde que a gente fala né. Não adianta só a gente fazer a atenção ao usuário sem se preocupar com a formação, com os processos de gestão, com o controle social. A informação à educação está presente em tudo. Ela é fundamental, né. E acho que esse é um processo bem difícil da gente [...] é



trabalho de formiguinha mesmo. Cada dia a gente constrói um pouquinho (Duda. Trabalhadora em Saúde).

A qualificação mantém os profissionais motivados e capacitados e quem acaba ganhando é o usuário com um profissional mais atencioso com mais conhecimento técnico pra realizar qualquer tipo de atendimento. Aqui como em outros municípios, acabam esperando por orientações da 13ª coordenadoria, no entanto, o município deve se ater a essas ações de capacitação com iniciativas do próprio município aos funcionários (Oliver. Gestor Municipal de Saúde).

Eu também preciso me capacitar, me qualificar, me atualizar para exercer a gestão, né. Procuo ler bastante, entender as novas propostas que tanto o estado como a união preveem para a região e aos municípios pequenos como o nosso. E com isso procuro incentivar para que os profissionais também façam. Pois veja, se o município é distante, é complicado para que os profissionais estejam nesse processo continuamente, é importante que se ofereça também suporte tecnológico, ferramentas para que estudem mesmo a distância para não ficarem ultrapassados (Sérgio. Gestor Municipal de Saúde).

Essa preocupação com a formação dos trabalhadores implica numa outra preocupação, a de planejar as ações e de fortalecer um conjunto de práticas educacionais, fazendo com que o trabalhador de saúde possa atuar mais eficazmente, tendo em vista a articulação entre as possibilidades de desenvolver a educação dos profissionais e a capacidade resolutiva dos serviços de saúde e assim atingir diretamente os objetivos da educação em saúde.

É importante capacitar os profissionais em relação à educação permanente, mas o dia a dia hoje não nos permite assim de, de trabalhar, de planejar e esse é um problema que a gente enfrenta como gestor, o planejamento. Mas sempre que podemos, damos uma atenção especial à qualificação dos trabalhadores. Eu acho que a educação permanente é um grande braço na saúde. Ela precisa existir desde a porta da entrada com o usuário, né? Não é só o profissional, servidor, o profissional de saúde que ensina né, a gente tem que aprender começando pelo usuário, né, ensinando também, é uma troca, só que nesse sentido de qualificação, dessa educação permanente tem um grande caminho a percorrer (Mônica. Gestora Municipal de Saúde).

O correto seria fazer uma programação anual de qualificação com alguns processos rígidos e sistemáticos como já se fizeram várias capacitações com os agentes comunitários de saúde. Alguns programas específicos têm um tele saúde [...]. Então isso tudo faz parte de um conjunto de qualificação voltada ao trabalho. Mas tu pode falar e fazer muita coisa com educação na transmissão do conhecimento e quem detém, transmite para outros que não detém e ela não depende tanto dos outros recursos, ela depende mais de decisão política, do que tu vai fazer, que instrução essas pessoas vão se educar ou no trabalho ou não no trabalho, mas eles vão fazer uma educação, eles vão adquirir conhecimento e desse conhecimento eles vão filtrar esses conhecimentos e esses vão ser aplicáveis. Se capacitar, ajudar a capacitar os outros é um processo multiplicador, e é desse jeito, é dessa aquisição de conhecimentos né, a gente saber que é também através disso que a gente muda o cenário. Mas, embora tenha bastantes ações de capacitações, não existe um programa continuado e sistematizado. Faz-se por um momento, mas se encontra com deficiência. Capacita-se [...], mas isso não é o correto (Tony. Gestor Municipal de Saúde).

É importante destacar, também, que alguns gestores e trabalhadores em saúde ressaltaram o caráter educativo do próprio trabalho em saúde e a importância de se tomar os locais de trabalho como locais de educação. Presente nessas manifestações uma concepção onde a qualificação dos profissionais de saúde perpassa pelas práticas, numa aprendizagem significativa. Na fala de alguns gestores e de trabalhadores, essas práticas podem ser visualizadas no caráter coletivo do trabalho em saúde:

É nesse encontro da equipe que se faz toda semana, né, de reunião, é importante esse momento da pessoa enquanto trabalha [...] ter um interlocutor para poder subsidiar (Sandra. Gestora Municipal de Saúde).

O resultado se vê pela própria equipe. O quanto tem melhorado depois que deixamos esse espaço para falarem sobre o serviço e sobre qualificação (Kátia. Gestora Municipal de Saúde).

E a gente tem que conseguir encontrar mecanismos de fazer com que esse profissional se entregue dentro da educação permanente e que ache essa troca de experiência (Alberto. Gestor Municipal de Saúde).

Então outra questão que eu acho muito importante pra educação é a questão do trabalho coletivo. As discussões em rodas, a construção coletiva do processo de trabalho mesmo, e não [...] que as ações não sejam impostas, que venham de cima, mas que sejam construídas de baixo, de quem está envolvido diretamente na execução das ações, pra que também façam sentido, pra quem está executando as tarefas (Duda. Trabalhadora em Saúde).

No que diz respeito às ações visando a formação dos trabalhadores em saúde, alguns entrevistados indicaram que “acontece algumas reuniões entre eles (trabalhadores)” (Rose. Gestora Municipal de Saúde); outros indicaram a existência de “uma comissão que se reúne mensalmente. Juntos eles procuram formular ações que possam aperfeiçoar essa política” (Catarina. Gestora Municipal de Saúde); outros, falaram que alguns trabalhadores fazem “estudos teóricos, procuram aplicar na prática e repassam para os demais colegas” (Kátia. Gestora Municipal de Saúde). Outros, ainda, indicaram que ações existem, mas, no entanto, os trabalhadores oferecem resistência:

Hoje a gente consegue reunir os profissionais semanalmente e conversar e trocar muita informação... A gente começou as discussões assim de como a gente ia ativar e despertar esse processo de educação em saúde, mas que realmente ele não fosse estanque, não se detivesse na questão de fazer uma capacitação acadêmica, curso e morrer ali. Então... o que a gente poderia despertar que isso continuasse, perpetuasse e passasse pros demais profissionais e realmente se formasse processos de educação como deveria ser...Mas... eu digo assim, como é difícil funcionários em terem esse entendimento do que é esta proposta, tu entende? (Jacira. Trabalhadora em Saúde).

Quando, no entanto, foi perguntado para os gestores se tinham alguma ação de educação permanente em saúde em seus municípios, muitos fizeram referências aos Núcleos Municipais de Educação em Saúde Coletiva (NUMESCs), seja como uma ação já existente, seja como uma expectativa de construção de políticas municipais de educação permanente em saúde.

Trabalhamos a educação permanente através do NUMESC (Catarina. Gestora Municipal de Saúde).

Tem de fato, mas não tem de direito. A gente tem já implantado, trabalha com isso direto, mas a gente não tem a criação dela que seria pelo NUMESC, instituída por, pela portaria [...] temos que fazer isso (Tais. Gestora Municipal de Saúde).

Sim. A política de educação permanente está articulada ao NUMESC, Os profissionais se reúnem uma vez por mês, né. A gente tem muito a caminhar ainda (Mônica. Gestora Municipal de Saúde).

No município, acredito que ela ainda não esteja implementada, né, porque temos sim muitas atividades nesta área, ações [...] mas não chega a ser uma política né. A gente começou com o NUMESC. Começamos, ele evoluiu até certo ponto e meio que estacionou no município [...]. Porque se tivermos o núcleo municipal bem estruturado, implementado enquanto política de educação permanente, aí será possível nós formular outras ações educativas, implementar outros processos qualificação, outras melhorias também para os profissionais (Jacira. Trabalhadora em Saúde).

Até que existe o NUMESC, mas ele muitas vezes acaba ficando muito fragmentado. E fica um pouco nessa situação muito distante, distante da equipe, acaba a gente discutindo, de achar, de encontrar maneiras para que o NUMESC tenha uma integração maior com a equipe e consiga fazer todas essas articulações, inclusive aquelas de ponta que recebem, recepcionista, agente de saúde né? (Alberto. Gestor Municipal de Saúde).

A referência aos NUMESCs, de fato, é importante, pois a Secretaria Estadual de Saúde (RS) ofereceu, a partir do ano de 2012, incentivos financeiros aos municípios para que implantassem esses Núcleos. A Secretaria Estadual, inclusive, atribuiu aos Núcleos uma “função estratégica”, capaz de impactar nas ações de educação permanente no Estado, principalmente em municípios onde os gestores municipais ainda não conheciam a política nacional de educação permanente em saúde. Na sua proposta de constituição, os Núcleos Municipais de Educação em Saúde Coletiva devem estar vinculados às Secretarias Municipais de Saúde, sendo o gestor municipal de saúde o responsável pela execução da estratégia de descentralização, da formação e da capacitação dos trabalhadores do SUS.

Existem ações, no âmbito dos municípios, vinculadas à educação permanente em saúde, mas, contudo, dentre os trabalhadores entrevistados principalmente, há um questionamento quanto à eficácia das mesmas, identificando-se problemas como, por

exemplo, a falta de discussão acerca da importância da utilização da prática educativa como aliada do processo de promoção da saúde nos diversos cenários nos quais o cuidado à saúde é prestado:

Eu percebo assim sabe, que quando muda a gestão, muda o foco. Tem gestores mais sensibilizados, inclusive nós já tivemos alguns muito ligados à questão [...], participaram de toda essa concepção, movimentos, já tinham outra visão (Keila. Trabalhadora em Saúde).

Sobre a política de educação em saúde, eu sei que ela existe, mas não é uma política que nós temos visível aqui no município. Aos profissionais de saúde, que estão no dia a dia, sempre correndo atrás dos acontecimentos, a gente não tem tido o envolvimento com a educação, assim (Felicía. Trabalhadora em Saúde).

Quando não se tem o entendimento conceitual quanto ao que seria educação em saúde, o não acontecimento de mudanças efetivas, de transformações, interfere em sua aplicação nas práticas assistenciais, justamente pelo fato de não poderem conduzir o processo de discussão para a identificação dos problemas. Com isso, embora havendo a realizações de ações, além de não se traduzir como uma prática de educação, as mesmas não necessariamente ganham significado junto aos trabalhadores de saúde.

Pelas falas apresentadas foi possível evidenciar, vários problemas que dificultam a implementação da política de educação permanente em saúde nos municípios, dentre os quais a deficiência de recursos humanos e financeiros, a pouca capacidade de reação dos gestores responsáveis em firmar uma prioridade real à política, mesmo afirmando ser esta uma importante estratégia para o avanço da educação profissional.

Por fim, cabe analisar as concepções que os entrevistados têm sobre a formação profissional dos trabalhadores em saúde.

Importante ter em conta, nesse sentido, que a relação entre ensino-serviço e a aprendizagem significativa são as duas premissas básicas da educação permanente. Aprendizagem significativa implica reconhecer um sujeito no processo e a relação ensino-serviço significa reconhecer a prática como produtora de conhecimento. Estas premissas impõem respeito à diversidade e compromisso com a coletividade. É por isso que a Educação Permanente é estratégica e transformadora. Porque já é resposta a uma concepção de saúde dinâmica, voltada a um sujeito complexo, inscrito em realidades diversas. No entanto, por vezes, muitas instituições formadoras continuam com a fragmentação do aprendizado, sem integrar o ensino com o serviço.

Essas questões e, principalmente, as limitações da formação (inclusive universitária) não são desconhecidas pelos gestores e trabalhadores de saúde entrevistados. Para alguns, o conhecimento técnico e científico através de um curso universitário não é suficiente para dar conta das necessidades dos serviços em saúde.

Não é suficiente por que a saúde pública, ela tem muita gestão, muita coisa administrativa, burocrática e pra isso, a gente não sai preparado. Então...., tem muito a desejar ainda (Mônica. Gestora Municipal de Saúde).

Tem pessoas que passam pelo curso de graduação, mas não sabem atender. Não sabem resolver um problema, não sabem articular uma rede, acionar pessoas, envolver, fazer algo mais (Jacira. Trabalhadora em Saúde).

Não entendia nada de saúde pública, só o que tive na faculdade. Aí, tu vai pegando as coisas, tateando (Nilsa. Trabalhadora em Saúde).

Não. Tenho convicção de que não. Hoje eu vejo a saída da formação acadêmica independente de que formação for, e eu não tenho dúvidas... a gente vê os profissionais que chegam no município com dificuldade na atenção, pouco conhecimento prático e algum conhecimento teórico (Tony. Gestor Municipal de Saúde).

Eu acho que não. Não saem preparados. Eu vou falar então da minha experiência profissional, com a minha graduação que quando iniciei, logo vim para um serviço público onde (...) eu senti que precisava de mais experiência... Não que não soubesse fazer um procedimento, alguma parte técnica, mas sentia que faltava mais experiência prática... Acho que inclusive, que no tempo da graduação nós poderíamos ter já um melhor encaminhamento, melhor atendimento até do próprio Sistema Único de Saúde... eu acho que deveria ter práticas em outras áreas também, inclusive em gestão e por isso eu acho que o profissional não sai da faculdade preparado para o Sistema Único de Saúde (Oliver. Gestor Municipal de Saúde).

Na mesma direção, os entrevistados manifestaram suas críticas à formação técnica. Embora reconheçam que, nos últimos tempos, essa formação melhorou bastante, ainda há um sentimento de suas dificuldades, como indicam as seguintes manifestações:

A formação dos profissionais tem melhorado bastante nos últimos anos, mas para ingresso na saúde pública ainda falta muito (Sérgio. Gestor Municipal de Saúde).

Melhorou bastante por causa de ações novas que a universidade esta colocando como estágios, com orientações; outros programas do Ministério da Saúde também que oferecem uma entrada nos serviços de saúde antes da formação (Tais. Gestora Municipal de Saúde).

[...] geralmente eles têm feito a graduação na UNISC. Os cursos da UNISC têm uma boa interação com as unidades, são campos de estágios [...] eu acho assim e percebo que os cursos da UNISC eles têm trabalhado essa inserção, têm buscado, claro que isso também depende do próprio estudante, do próprio acadêmico ter vontade. O próprio Ministério da Saúde, no momento em que ele começa a desenvolver esses programas como PET, VERSUS, ele está fazendo com que este estudante consiga estar mais próximo da realidade,

então é um processo que aparentemente passa por um bom caminho (Alberto. Gestor Municipal de Saúde).

Tem o PET-Saúde que é muito importante na qualificação dos profissionais durante a graduação. Até porque se vê neles o diferencial dos profissionais no momento em que ele é inserido, né. Quanto antes ele é inserido, ele tem um conhecimento, mais preparado ele sai. Então, pra mim, é muito importante, porque mesmo o estudante de Pet, eles vivem uma realidade, eles levam essa realidade pra universidade. Eu já questionei porque teria que ser assim, de outras áreas, esses PETs, né? (Mônica. Gestora Municipal de Saúde).

Importante destacar que as mudanças na formação profissional em saúde ocorrem na medida em que todas as instâncias vão se comprometendo, as instituições formadoras, os gestores, os trabalhadores, o movimento estudantil. Por isso, fundamenta-se a importância da integração ensino-serviço, em que os estudantes também participam das articulações das estratégias dos serviços de saúde, pois são, potencialmente, futuros profissionais do SUS (CECCIM; FEURWERKER, 2004a).

Quanto à integração ensino e sistema de saúde, a legislação que aborda a temática propõe que as instituições de ensino e as instituições de serviços devem guardar interação permanente, visando, com isso, aperfeiçoar formação e trabalho em coerência com as necessidades da população e do sistema de saúde (CECCIM; FEURWERKER, 2004a).

Também é importante destacar que a proposta pedagógica de educação permanente em saúde fundamenta-se na construção do conhecimento por meio da aprendizagem significativa, que reconhece o profissional como agente ativo de seu desenvolvimento e do desenvolvimento de relações, construindo significados e gerando sentidos de acordo com a problematização das práticas e dos saberes, mas também por suas experiências e vivências.

Essas questões são valorizadas pelos gestores e trabalhadores de saúde que destacam a importância dos locais de trabalho como locais de aprendizagem:

Eu aprendi muito com o dia a dia, com o serviço mesmo [...] eu cresci muito e aprendi muito quando eu trabalhei com o Sistema Único de Saúde. Eu vejo que a maioria dos profissionais tem interesse em aprender. E nós como gestores temos que oferecer maiores informações e motivação para que o profissional tenha interesse em participar e aprender de forma espontânea, de forma que ele tenha desejo em ser mais atuante, ir a busca das atividades propostas (Oliver. Gestor Municipal de Saúde).

E pra muitos, o que eles consideram educação permanente é sair, fazer uma qualificação, ter uma experiência fora, quando na verdade é aprender ali, no seu setor [...]. É trabalhar e aprender internamente na própria realidade, é bem interessante (Alberto. Gestor Municipal de Saúde).

Todo mundo aprende, todo mundo faz. Por quê? Porque é no fazer profissional que as coisas se dão [...]. Tem outros profissionais que fazem o mesmo, procuram aprender, aí entra a questão da valorização, e isso entra sim saúde do trabalhador. Porque a partir do momento que eu me sinto valorizado, eu mexo com a minha estrutura psíquica, para o trabalho, tanto a nível de se sentir valorizado, estimulado e não só por uma questão financeira, refletir, até no nosso fazer profissional, mesmo (Clara. Trabalhadora em Saúde).

Eu acho que os trabalhadores sempre têm desejos de fazer, aprender e ensinar. Mas ele só vai ter desejo de fazer se ele conhecer aquilo e eles ajudar a construir aquilo, se fazer parte daquilo [...]. Todo mundo trabalhou muito tempo durante a rústica para fazer, montar, organizar [...] mas todo mundo se sentiu parte daquela construção, assim, né. Então, eu acho que as pessoas devem se sentir parte, construir junto, por isso acho importante trazer os trabalhadores para perto da gestão. E acho também que além de desejos do trabalhador que deve ser ouvido, deve ser trazido para a gestão porque é ele que dá o norte das coisas, acho que o gestor também. Não adianta o trabalhador querer aprender se o gestor não ouve (Tais. Gestora Municipal de Saúde).

Nota-se, assim, que os entrevistados atribuem uma importância à formação profissional da saúde, o que deve, inclusive, acontecer a partir e nos locais de trabalho. Em que pese esses posicionamentos favoráveis à formação profissional, nas falas de muitos gestores municipais ficou explícito certo distanciamento das gestões municipais quanto ao planejamento de ações visando a educação permanente em saúde. As ações, quando existem nos municípios, ocorrem através dos NUMESCs, onde, segundo alguns gestores entrevistados, a participação é espontânea.

A participação é voluntária, livre para os profissionais que querem participar (Catarina. Gestora Municipal de Saúde).

Mas nem sempre é desejo de todos os profissionais de participar de discussões. Se for avaliar mesmo, ainda tem muitos que querem sim se qualificar, mas em cursos específicos (Kátia. Gestora Municipal de Saúde).

Portanto, através desse conjunto de posicionamentos de gestores e de trabalhadores da saúde sobre as políticas de saúde, a política de educação permanente em saúde, a organização do trabalho em saúde nos municípios, as ações que são realizadas visando desenvolver a educação permanente em saúde nos municípios é possível perceber que na Região 28 de Saúde as políticas de educação permanente em saúde já mobilizam gestores e trabalhadores, contudo, em tempos diferentes e com dificuldades ainda para serem enfrentadas. Reconhece-se a existência das políticas, entende-se a importância das mesmas, realizam-se ações de formação e de educação, mas, também, são indicados problemas de financiamento, de planejamento, de pactuação, mesmo de motivação dos trabalhadores. Definindo-se, assim, um processo contraditório, inacabado, mas já existente e mobilizador.

#### **4.4. A CIES na Região 28 de Saúde.**

Como já foi indicado anteriormente, a Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 dispôs sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e atribuiu aos Colegiados de Gestão Regional a condução regional daquela Política, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) na definição de um Plano Regional de Educação Permanente em Saúde (construído a partir dos Planos Estadual e Municipais de Saúde).

Cabe destacar que ainda a partir de 2007 se observou no Rio Grande do Sul uma mobilização visando tornar consequente, no território gaúcho, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Nessa direção, diferentes instituições de ensino, trabalhadores da saúde, controle social, gestores municipais e estaduais, representantes do Ministério da Saúde, entre outros atores, participaram de encontros com o objetivo de resgatar os acúmulos, mobilizar os diversos segmentos envolvidos e impulsionar a construção da Política de Educação Permanente em Saúde do estado (RIO GRANDE DO SUL, 2007a).

Em princípio, a estruturação das CIESs regionais no Rio Grande do Sul ocorreu tendo como base sete macrorregiões sanitárias, dentre as quais se colocava a Macrorregião dos Vales, composta pela 8ª CIES de Cachoeira do Sul, a 13ª CIES de Santa Cruz do Sul e a 16ª CIES de Lajeado. No entanto, esta primeira estruturação foi alterada, ocorrendo uma nova distribuição da regionalização da Educação Permanente em Saúde no Estado e, assim, foram constituídas dezenove CIES, distribuídas de acordo com a área de atuação das Coordenadorias Regionais de Saúde. A partir de então, a CIES da Região 28 de Saúde começou a se estruturar.

A CIES da Região 28 de Saúde funciona nas dependências da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde, no município de Santa Cruz do Sul. Suas decisões são tomadas em plenárias, mediante aprovação da maioria simples dos presentes nas reuniões ordinárias que acontecem mensalmente (ou, então, em reuniões extraordinárias, que ocorrem de acordo com as necessidades da própria Comissão). E suas ações são financiadas, conforme prevê a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, pelo Fundo Nacional de Saúde, que repassa recursos para o Fundo Estadual de Saúde que, por sua vez, repassa recursos para as CIES.



#### 4.4.1. Os participantes da CIES no período entre 2007 e 2014.

Com a preocupação de desenvolver reflexões e contribuir para que ações de educação permanente em saúde se desenvolvam considerando as especificidades locais e regionais, a CIES da Região 28 de Saúde mobiliza diferentes sujeitos sociais, desde gestores municipais até representantes da sociedade civil organizada. Observa-se que ao longo de sua existência a Comissão tem conseguido ampliar a participação das diferentes instituições que a Legislação indica como composição das CIES (gestores estaduais e municipais, trabalhadores do SUS, instituições de ensino na área da saúde, movimentos sociais ligados à gestão de políticas de saúde e do controle social do SUS).

Através de documentos pesquisados, essa Comissão se constrói na Região 28 de Saúde com uma participação de profissionais da área da saúde que, em sua maioria, possuem vínculos empregatícios com serviços públicos de saúde dos municípios da referida Região. Nos primeiros anos de sua existência, inclusive, a CIES contou com uma participação mais frequente de profissionais diretamente vinculados com a 13ª Coordenadoria Regional de Saúde; além de representantes das gestões municipais dos municípios de Santa Cruz do Sul, de Venâncio Aires e de Rio Pardo.

A assinatura do Pacto pela Saúde e, posteriormente, a divulgação da Política de Educação Permanente em Saúde foram eventos importantes para que a participação na CIES se ampliasse, integrando não somente gestores públicos, mas, também, representantes de instituições de ensino e de movimentos sociais.

Assim, aos poucos os participantes da CIES foram contemplando a presença de profissionais interdisciplinares que atuam na área da Saúde, muitos, inclusive, com uma escolarização superior (ou com curso superior completo ou cursando alguma graduação): profissionais da enfermagem, da psicologia, do serviço social e, ocasionalmente, da fisioterapia e da nutrição.

O que se constata, pelos relatórios anuais da CIES, é que esses profissionais, de modo geral, já atuavam no campo da saúde, seja na saúde mental, na saúde dos trabalhadores ou outras áreas de atuação da saúde pública; além, é claro, de muitos já atuarem como profissionais em instituições de saúde da Região.

Porém, outros profissionais integraram a Comissão como representantes de movimentos sociais (Pastoral da Saúde, Movimento Estudantil, Movimento pela Saúde

da Mulher Negra), trabalhadores em saúde (tanto com nível de escolarização médio quanto superior), representantes de instituições formadoras como, por exemplo, professores do Colégio Dom Alberto, da UNISC e do CEPRU/UNISC, professores de Escolas Estaduais na Região, representantes da 6ª Coordenadoria Regional de Educação, trabalhadores da saúde vinculados ao Hospital Santa Cruz e ao Centro de Referência Estadual de Saúde do Trabalhador – CEREST/Vales.

Tomando como referência o último ano considerado pela pesquisa (ano de 2014), observa-se que, mobilizados pelos cursos de qualificação, profissionais de ensino médio (técnicos de enfermagem e assistentes administrativos) começaram a participar também, além dos representantes das gestões municipais de saúde que, também, passaram a participar em maior número. Em relação à participação das gestões municipais, aliás, de modo geral os municípios indicam representantes que trabalham nas Secretarias Municipais de Saúde, sendo raras as participações dos titulares das Secretarias (os próprios Secretários). Assim, por exemplo, durante o ano de 2014 as atas de reuniões da CIES registram a presença de apenas três Secretários Municipais de Saúde.

Destaque-se, também que, no período entre 2007 e 2014, todos os treze municípios da Região se fizeram presentes em uma ou outra reunião da CIES, porém as representações dos municípios de Vera Cruz, Venâncio Aires, Vale do Sol, Rio Pardo e Sinimbu tiveram uma participação efetiva em todos os encontros e, inclusive, em outras atividades desenvolvidas pela Comissão. Desses municípios, além do município de Santa Cruz do Sul, cuja participação é garantida pelos gestores públicos vinculados a 13ª Coordenadoria Regional de Saúde, é que se observa uma participação atuante na construção de uma Política Regional de Educação Permanente na Região 28 de Saúde.

A participação dos outros municípios, evidentemente, se mantém, tanto nas reuniões da CIES quanto em outras ações por essa Comissão desenvolvidas (chamadas, por exemplo, para a formulação de ações em educação permanente em saúde). Registre-se, nesse sentido, que todos os municípios oficializaram (no ano de 2014) a representação de um titular e de um suplente nas reuniões mensais da Comissão, ainda que nem sempre presentes.

#### 4.4.2. A importância da CIES na visão dos gestores municipais e dos trabalhadores da saúde.

Uma preocupação que esteve presente desde a formulação do projeto que resultou no presente estudo está ligada com as percepções que os gestores municipais e os trabalhadores de saúde têm acerca da CIES e de sua importância na construção de uma política regional de educação permanente em saúde.

Cabe destacar que a CIES tem “funções consultivas”, ainda que constituída por representações tanto do governo quanto de diferentes segmentos da sociedade civil organizada. Sua importância, nesse sentido, se coloca mais no campo da mobilização, da discussão, da provocação para a formulação de políticas, do acompanhamento e da própria fiscalização das políticas regionais de educação permanente em saúde (BRASIL, 2007a).

De modo geral, conforme foi observado através das entrevistas realizadas, a CIES é valorizada tanto por gestores municipais quanto pelos trabalhadores da saúde:

É um espaço de discussão na regional que estimula os municípios a trabalharem com a educação, qualificação em saúde (Rose. Gestora Municipal de Saúde).

É um lugar onde são pensadas e formuladas as ações dos projetos que são implantados na região ou nos municípios (Mônica. Gestora Municipal de Saúde).

É um espaço que a gente pode discutir, estar pensando e planejando a educação ensino/serviço (Tais. Gestora Municipal de Saúde).

Alguns entrevistados, inclusive, reconhecem a importância que a CIES teve e tem na discussão sobre a educação permanente em saúde na Região. Como afirmou uma entrevistada, a CIES representou um avanço na discussão sobre educação permanente em saúde na Região, pois, a partir de então, “pôde-se mensalmente sentar e discutir, fazer o projeto com a sua prioridade” (Gladys. Gestora Estadual de Saúde).

Mesmo havendo esse reconhecimento, alguns gestores municipais afirmaram, em suas entrevistas, que souberam da existência da CIES somente após se tornarem gestores e, nessa condição, começaram a participar das reuniões da Comissão Intergestores Regional (CIR).

O que conheço sobre a CIES é sim um espaço de atuação de profissionais e gestores da região que estudam e formulam políticas de educação permanente em saúde. No entanto, o meu maior contato sempre foi em relação a CIR. É

de lá que tomei conhecimento e apenas do que era levado para avaliação, pois a execução sempre partia dos municípios, né (Oliver. Gestor Municipal de Saúde).

Gestores como Tais e Tony, além de considerarem a CIES como um “espaço bacana, muito interessante”, sugerem que é necessário tornar a Comissão mais visível, considerando que “quem vê a importância da CIES é quem está dentro da CIES, a gente que participa da CIES, a Universidade, quando precisa da CIES”. Na opinião deles, nesse sentido, a CIES deve estar atenta para a necessidade de sua afirmação na Região enquanto um espaço de discussão e de participação na educação permanente em saúde.

[...] não a participação quando tu precisa, um espaço quando a Universidade precisa, quando o hospital precisa, tem que ser um espaço de permanente discussão, de construção, junto, que nem sempre o que vem para a CIR para ser aprovado é o que a gente precisa lá na ponta (Tais. Gestora Municipal de Saúde).

Taís e Tony consideram que mesmo nas reuniões da CIR “precisam ser mais divulgadas”, reconhecendo que por vezes tomam conhecimento do processo já pela “metade dos acontecimentos, mas não se sabe como iniciou, a história, os seus objetivos mais claros” (Tony. Gestor Municipal de Saúde). Reconhecem que falta conhecimento por parte dos gestores, por mais que recebam cópias das Atas e dos relatórios, com resultados das ações, ainda assim “não sabemos ao certo do que se trata. Então, acho que ainda precisa ser mais divulgado aos gestores” (Tony. Gestor Municipal de Saúde).

Mas se observa, também, gestores que enfatizam que, mais do que divulgação, é preciso que eles, as gestões municipais, se preocupem mais com o acompanhamento das atividades desenvolvidas na e pela CIES:

[...] nunca me debrucei em entender mais deste processo de educação permanente. Sei que falhei, que deveria ter buscado mais, ter um conhecimento maior até enquanto gestor ter uma participação maior e claro, as vezes fica muitas ações a cargo do gestor e este não consegue acompanhar tudo, por isso tem os gestores de setores que acompanham esses processos, mas não me eximo da culpa em não compreender muito deste espaço (Oliver. Gestor Municipal de Saúde)

Entre os trabalhadores de saúde entrevistados, também se destaca a visão positiva em relação a CIES, a sua importância como um espaço de “discussões e de formulação dos projetos importantíssimos para se pensar a educação permanente para os municípios da região” (Felicía. Trabalhadora em Saúde). O que ocorre, no entanto e na visão de alguns trabalhadores, é que falta conhecimento e o interesse de muitos gestores

municipais, do que resulta na ausência da representação de alguns municípios e o próprio distanciamento dos trabalhadores em relação ao que se realiza na CIES.

Eu vejo muito mais o comprometimento dos profissionais que estão participando da CIES do que os próprios gestores, com algumas exceções, né. Mas eu vejo muito uma luta individual ainda. O coletivo ainda não assumiu. Fica muito personalizado em determinados profissionais que se engajam e acreditam no potencial (Duda. Trabalhadora em Saúde).

Merece destaque a visibilidade e a transparência que a divulgação pode proporcionar às ações desenvolvidas pela CIES. O conhecimento que tanto gestores como trabalhadores possuem sobre a CIES e demais estruturas da educação em saúde imbricadas neste contexto influencia muito o processo de desenvolvimento da Política de Educação em Saúde na região, tornando fundamental o diálogo e a reflexão sobre este tema no interior da CIES, haja vista a responsabilidade que os envolvidos possuem na consolidação de suas propostas.

Tendo como base o que foi ressaltado nas entrevistas, a falta de divulgação da Política de Educação em Saúde aos gestores da região, para além do dispositivo oferecido pelo Ministério da Saúde através de legislações e portal da saúde, é uma situação que inibe o acesso dos gestores a um maior conhecimento sobre a política, bem como dificulta a disseminação desse conhecimento e, conseqüentemente, uma maior mobilização em torno dessa proposta.

Essa discussão aponta que mesmo que a CIES esteja presente na região, propondo o debate sobre educação permanente em saúde há anos, ainda torna-se necessário um processo de consolidação. Se é importante que os gestores públicos e os trabalhadores participem da construção de políticas públicas de educação permanente em saúde, é também importante que os participantes da CIES se tornem referências no trabalho de socialização do conhecimento sobre a referidas políticas, tanto na relação que se estabelece com as instâncias estaduais quanto na relação que deve ser estabelecida com os municípios. É necessário o envolvimento concreto, uma mudança de postura e de atitude, que só acontece com o engajamento das pessoas envolvidas, considerando que esse aspecto não é simples e rápido a ser conquistado.

Essa última questão remete à discussão sobre a participação dos trabalhadores nas atividades e nos espaços de discussão e de construção da política de educação permanente em saúde, tanto em nível municipal quanto em nível regional. Nesse

sentido, é importante destacar que a participação, na prática, não é alcançada facilmente. Nas entrevistas realizadas com os gestores, por exemplo, alguns deles apresentaram obstáculos para a participação dos trabalhadores, afirmando que suas realidades são de municípios pequenos, onde as equipes são insuficientes e onde há grande demanda de trabalho na atenção. Essas condições dificultam a participação de trabalhadores no processo de educação em saúde, mesmo em atividades locais e ainda mais em instâncias regionais de discussão. Alguns gestores, ao falarem sobre esse tema, mostram certa desconfiança inicial, justificando por aí, também, a dificuldade de uma maior participação dos trabalhadores e, mesmo, das gestões municipais. É o que se apresenta, por exemplo, no seguinte depoimento:

Eu comecei a participar porque queria entender como é o funcionamento, porque só nas reuniões da CIR não fica claro o entendimento. Depois encaminhei outros profissionais para participar desse processo (Mônica. Gestora Municipal de Saúde).

Quem representa o município sou eu, enquanto gestor e tem um suplente que é outro profissional também, que é da área também do administrativo (Catarina. Gestora Municipal de Saúde).

Aí, acontece que a gente tem um monte de compromisso e acaba não conseguindo cumprir a todos, assim. Mas, eu quero, é uma das minhas prioridades, começar agora participar de novo, porque desde o mês passado, eu agora de novo, voltei a representar a CIES, do Conselho da CIES, e uma das minhas prioridades é participar mais, assim (Tais. Gestora Municipal de Saúde).

Outros gestores consideram importante a participação dos municípios nas reuniões da CIES da região, mas mostram uma preocupação em garantir que alguém de sua confiança “esteja presente”:

Melhor se pudesse também ter mais representantes, não ficasse sempre na mesma pessoa, para poder disseminar mais informações também à equipe (Tony. Gestor Municipal de Saúde).

È importante a participação, mas, porém na maioria das vezes são os mesmos, os que desejam participar (Mônica. Gestora Municipal de Saúde).

Por aí se percebe que a participação e o envolvimento dos gestores de saúde, mas, também, dos trabalhadores da saúde, dependem de outros aspectos além da delegação de poder, o que configura uma estrutura complexa, pois perpassa pelo entendimento acerca da importância da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Esse fato denota a necessidade de se trabalhar aspectos pedagógicos da participação, para que efetivamente se perceba e se assuma a política da educação em saúde como uma possibilidade de mudança dos serviços de saúde, não considerando somente a necessidade de uma “indicação de representação”, mas uma participação efetiva, que envolva disposição, interesse, engajamento no processo político pedagógico da educação em saúde.

Cabe destacar, também, que alguns gestores alegaram a pouca participação em virtude de alguns “rótulos” que se construíram em torno da CIES, em especial que a Comissão está muito vinculada à Universidade de Santa Cruz do Sul. Isso ficou evidenciado no seguinte depoimento:

Tinha representante, mas os gestores da região entendem melhor como um carimbo CIES/UNISC. Os gestores aqui diziam que esse é o time da UNISC. Eu não sei ao certo como são essas coisas, como acabam se misturando muito, acabam criando rótulos (Alberto. Gestor Municipal de Saúde).

A relação das políticas de educação permanente em saúde com as instituições de ensino, aliás, não é um problema presente somente na Região 28 de Saúde. Viana (2008) registra que um estudo sobre os desafios da educação permanente para o SUS, desenvolvido no estado de São Paulo, apontou que a participação das Instituições de Ensino Superior se institui nas discussões e na elaboração de projetos de cursos de capacitação, bem como na execução dos referidos projetos. No entanto, o referido estudo salientou a dificuldade na relação do ensino com os serviços, além da diversidade de posicionamentos das instituições de ensino em relação às políticas de educação permanente em saúde (VIANA, 2008).

Em que pese essa dificuldade apontada na relação com a Universidade, não é o que se coloca como questão central, principalmente para os gestores municipais, na explicação do distanciamento em relação às atividades realizadas pela CIES. Nas entrevistas realizadas, o que se destacou mesmo foi a dificuldade de acompanhar todas as atividades, pois, devido à excessiva demanda, nem sempre é possível manter o compromisso de participação mensal em algum espaço regional de discussão.

Daí é complicado, por que já perde o fio condutor e se não vai em duas, já desestimula, porque aí não entende mais nada do andamento. Tu te sente um pouco abaixo do que gostaria de se sentir, a respeito de seu município e suas ações, né (Fabíola. Trabalhadora em Saúde).

é a respeito da grandiosidade que é a saúde, das imensas ações que são feitas e de como ter o controle de tudo isso. Acho que essa é uma necessidade de

um olhar de gestão, de olhar do trabalhador de saúde (...). Não acho que tenha que haver um controle disso, mas uma conexão. Se tivesse conexões estabelecidas, que aí entra, no meu entender, a importância do trabalhador, a importância do profissional estar capacitado, estar qualificado, a saúde do trabalhador para poder executar essa conexão, as coisas vão acontecer automaticamente (Clara. Trabalhadora em Saúde).

Registre-se que um fato de importância na mobilização regional para uma maior participação das gestões municipais na CIES foi a articulação que a própria Comissão realizou junto aos municípios visando incentivar a criação dos NUMESCs. A partir disso, alguns municípios começaram um processo de aproximação com a CIES, passando indicar representantes para as reuniões.

Está começando a acontecer agora, né, esta participação (Rose. Gestora Municipal de Saúde)

Tivemos muito tempo sem alguém representando na CIES, porém já regulamentamos isso e temos agora representantes titulares e suplentes (Sérgio. Gestor Municipal de Saúde).

Nós estamos participando agora, A gente participou muitos anos atrás, no início da ESF, em 2004/2005, das reuniões regionais, foi bem bom aquilo, dos polos regionais de educação permanente. Mas agora eu considero um avanço já o gestor encaminhar alguém para participar de uma reunião mensal (Nilsa. Trabalhadora em Saúde).

Além das dificuldades enfrentadas para manter uma frequência de participação nas atividades da CIES, outra questão importante está relacionada às informações (e o repasse das informações) acerca das atividades da Comissão. Nesse sentido, quando os gestores municipais foram questionados sobre essa questão, destacaram que, de modo geral, quando alguém participa de atividades que ocorrem na Região as informações chegam não somente ao gestor de Saúde, mas, também, à equipe de gestão.

Sempre que os funcionários participam de alguma qualificação, eles relatam para mim enquanto gestora e também para a equipe (Kátia. Gestora Municipal de Saúde).

Depende muito de como cada gestor atua, mas eu procurava me reunir com a equipe de coordenadores, a gente tinha um conselho de coordenações para conseguir essas trocas de informações (Alberto. Gestor Municipal de Saúde).

Sim, ela está levando nas reuniões, que tem com os agentes comunitários de saúde o que acontece nas reuniões da CIES (Nilsa. Trabalhadora em Saúde).

Quando os profissionais que são engajados no processo de educação permanente são os representantes dos municípios na CIES, é importante que a gestão municipal tenha um retorno dessa participação, pois se a Educação Permanente em Saúde não é



construída apenas por um ator, esse pode ocupar um espaço central na articulação desse processo, potencialmente garantindo a participação de vários outros atores.

Alguns entrevistados destacaram que a questão do retorno não necessariamente passa pelos gestores (que, às vezes, não estão muito interessados em ter esse retorno), mas, principalmente, pelas equipes de gestão e pelos próprios locais de trabalho, onde os trabalhadores da saúde estão atuando.

Eu vejo que alguns funcionários são bem motivados para compartilhar o que conhecem com os demais, mas tem profissionais mais antigos ou que são mais fechados que não aderem muito (Sérgio. Gestor Municipal de Saúde).

Então o que a gente faz, a gente só põe pessoas que também são gestores, no caso [...] de serviços, engajados, para poderem disseminar e isso é um avanço porque estamos conseguindo chegar até essas pessoas que são gestoras de trabalho. Essa também é a importância da CIES né, pois aí eu consegui encontrar alternativas, pois já que a educação permanente não é uma prioridade na agenda do gestor, estou conseguindo unir forças com meus colegas, para formular estratégias de ação e chegarmos lá (Fabiola. Trabalhadora em Saúde).

Inclusive eu já passei [...] que gostaria muito que ela seja articuladora. Ela tem uma facilidade para disseminar o conhecimento que ela adquire [...]. Acontece essa aproximação da regional com os municípios e que eles possam trazer algo novo e que estimule o trabalhador para que ele também tenha vontade de buscar. Mas é só assim que as coisas acontecem, né. A gente tem que ser persistente. E são eles que trazem a contribuição (Rose. Gestora Municipal de Saúde).

A participação na CIES é vista, também, como uma estratégia para que se consiga criar ou, mesmo, consolidar os NUMESCs:

Agora, o meu alvo principal, é a implantação do NUMESC no município com a participação dos outros profissionais, da ponta. Só que tem uma coisa que me preocupa, assim [...] eu acho que para as ações aparecerem e as coisas até ficarem mais claras para quem participar, vai ter quase que desenhar. Explicar como funciona e para que serve, qual é a real proposta do trabalho, senão vai ficar muito perdido, confuso ou morre na casca como se diz (Fabiola. Trabalhadora em Saúde).

Os gestores têm medo de assumir riscos com NUMESC, por ter que assumir a parte financeira, visto ser municípios pequenos, numa região pequena. Os gestores olham muito para a grande quantidade de responsabilidade e serviços que estão passando para os municípios e mais despesas. Porém eu vejo como importante o NUMESC nos municípios porque consegue dar visibilidade e mostra suas prioridades para montar suas estratégias e funcionamento (Oliver. Gestor Municipal de Saúde).

Se a participação na CIES nem sempre é avaliada como adequada, tanto pelos gestores quanto pelos trabalhadores, isso não implica o não reconhecimento quanto à importância da Comissão no desenvolvimento de ações vinculadas à educação permanente em saúde na Região 28. Nessa direção, inclusive, alguns gestores e

trabalhadores da saúde entrevistados destacaram atividades desenvolvidas pela CIES e que eles já participaram.

Da CIES teve já um curso de gestores feito na UNISC. Acho que foi feito dois ou três módulos, na saúde mental também foi feito, nos dois com participação de nossos funcionários (Catarina. Gestora Municipal de Saúde).

Foram vários. Aliás, os meus profissionais participaram de todos os cursos, todos os eventos e em tudo o que se propõe na região em educação em saúde, educação permanente, eles sempre estão também participando (Tais. Gestora Municipal de Saúde).

Desde o início de nossa atuação na CIES, sempre participei de programas, ações e projetos. Também outras pessoas do nosso município participaram de cursos de gestão, saúde bucal, saúde mental, de agentes comunitários de saúde, entre outros (Jacira. Trabalhadora em Saúde).

Foram várias, acho que as primeiras foi de integralidade em saúde mental, nas duas edições, saúde bucal, também nas duas edições, depois teve duas edições de curso em gestão, de agente comunitária de saúde, a oficina de mobilização do SUS. Mas o município participou de todas elas. Tomara que a gente consiga retornar para ocupar este espaço novamente. Nisto todos ganham, né, ganha o município, ganha o gestor, ganha o profissional e principalmente o usuário ao receber um serviço mais qualificado (Felicía. Trabalhadora em Saúde)

Segundo os entrevistados, a formação alcançada através das atividades realizadas pela CIES traz diversas contribuições tanto para os gestores quanto para os trabalhadores em saúde nos municípios. Dentre as contribuições destacou-se a resolutividade das ações.

Essas ações, nos municípios, a medida que acontecem são de forma satisfatórias, pois geram qualificação, saber a uma equipe. E uma equipe quando está qualificada, também está mais preparada para realizar as ações em benefício do usuário (Gladys. Gestora Estadual de Saúde).

Relembro e percebo o quanto isso foi importante, porque trouxe experiências e conhecimentos que me utilizo deles hoje no dia a dia do serviço e também na minha vida pessoal (Clara. Trabalhadora em Saúde).

Sem dúvida. A qualificação sempre trás bons resultados e resolutividade das ações com os usuários na assistência e na disseminação deste conhecimento com outros trabalhadores. Elas deveriam ser contínuas principalmente para atingir o público jovem que vem se renovando sempre, e para as pessoas em geral que escolhem o SUS para trabalhar e tem que conhecer a sua história também. Isso trás um retorno ao município muito grande (Oliver. Gestor Municipal de Saúde).

Eu poderia dizer sempre como gestor que devo ter convicção que a gestão tem que sempre apoiar esse processo de educação permanente no trabalho, e é fundamental, porque senão fica uma mesmice, o processo não evolui, tu não aprende, tu não melhora nem o teu trabalho nem o teu conhecimento. Eu acho que a educação permanente no trabalho com o apoio da CIES é essencial a um processo público como esse pra trazer resultados (Tony. Gestor Municipal de Saúde).

Segundo os entrevistados, a realização destes cursos de capacitação de nível técnico e superior vem sendo de grande importância nas formas de pensar o processo de trabalho, educação permanente, gestão e atenção, em razão da permanente necessidade sentida em rever a estruturação, os objetivos, e estratégias de ações em saúde, para que se possa transcender e agregar teoria e prática, com vistas à construção de conhecimentos que possibilitem a transformação dos sujeitos nos âmbitos profissional, político, ético, econômico e social.

A partir das percepções dos entrevistados, percebe-se que as propostas e as ações desenvolvidas pela e através da CIES têm grande importância, na medida em que possibilita aos gestores municipais e aos trabalhadores de saúde perceberem a política como uma estratégia que busca a formação dos profissionais da saúde e a própria mudança dos serviços, seguindo a lógica da integralidade, proporcionando espaços para a discussão de temas que geram “autoanálise, autogestão, implicação, mudança institucional, enfim, pensamento (ruptura com instituídos, fórmulas ou modelos) e experimentação (em contexto, em afetividade – sendo afetado pela realidade/afecção)” (CECCIM, 2005, p.162). Essa compreensão possibilita à Educação Permanente em Saúde configurar o desenvolvimento das ações preconizadas no SUS, em sintonia com a democracia e a mudança das práticas de saúde.

No entanto, as falas dos entrevistados apontam que é imprescindível que os envolvidos nesse processo conheçam a proposta, sendo indispensável que os membros das CIES, responsáveis pela articulação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, sejam referências nos seus espaços de atuação para compartilhar esse conhecimento como facilitadores.

Nesse sentido, cabe aos membros das CIES organizarem-se a fim de proporcionar ações de Educação Permanente em Saúde que sensibilizem os gestores sobre a importância dessa política para o desenvolvimento do SUS, em nível municipal e regional, bem como realizar avaliações qualitativas e quantitativas sobre as ações desenvolvidas, de modo que tenham argumentos para defender os investimentos em Educação Permanente em Saúde, bem como a contrapartida que gestores municipais e trabalhadores da saúde proporcionam, seja através de recursos financeiros, seja através do tempo que dedicam e da disponibilidade política de se inserirem em dinâmicas de construção das políticas de educação permanente em saúde.

#### 4.4.3. A militância na CIES: analisando trajetórias de militância.

Enquanto espaço de discussão, mas, fundamentalmente, de construção das políticas públicas de educação permanente em saúde, as CIESs se apresentam como espaços/tempos de militância política e social. Como já indicado neste trabalho, as CIES não são constituídas apenas por gestores da saúde, mas, também, por trabalhadores da saúde que podem ou não estar vinculados a movimentos sociais comprometidos com a defesa de questões relacionadas à saúde coletiva. Disso decorre a possibilidade de trabalhadores, em condições diferentes (enquanto representantes de movimentos sociais, enquanto representantes de instituições de ensino, mesmo enquanto representantes das gestões municipais da saúde), estabelecerem uma história de participação política em defesa da educação permanente em saúde e, inclusive, desenvolverem uma militância política a partir dessa temática.

É importante reafirmar que a participação da militância na construção de políticas públicas de saúde no Brasil é de grande importância. A própria construção do SUS, além da ampla participação popular, contou com a decisiva participação de militantes na área da saúde (diferentes profissionais de saúde, intelectuais, líderes políticas, lideranças sindicais, lideranças comunitárias etc.). Militantes que, ainda antes da construção do SUS, mobilizaram a discussão e as ações em favor de um Sistema de Saúde comprometido com ideais que doravante se concretizaram nos princípios do SUS, além de defenderem uma concepção de saúde baseada no pressuposto da “promoção da saúde” e não no “cuidado das doenças”.

Como indicado no segundo capítulo desta dissertação, ao promover a regionalização das políticas de saúde no País, o Estado brasileiro criou condições favoráveis para que a participação social se articule mais intensamente em diferentes escalas, desde a escala local, passando pela escala regional e estadual até chegar à escala nacional. Ao tomar a CIES como objeto de estudo, atenta-se para o fato de que essa Comissão, ao integrar diferentes representações na discussão e na construção de políticas regionais de educação permanente em saúde, coloca-se como um espaço de atuação política que impulsiona uma “militância regional”, ou seja, uma militância que, além de tomar a “educação permanente em saúde” como uma “causa” que atribui sentido à sua atuação como sujeito político e social, se constitui a partir das próprias necessidades, conflitos, dinâmicas de atuação, enfim, condições que se desenvolvem nos territórios regionais.

E é a partir desse pressuposto que, nesse momento da análise, são apresentadas algumas trajetórias militantes de participantes da CIES da Região 28 de Saúde, buscando compreender como esses participantes “vivenciam” essa militância no campo da educação permanente em saúde. Uma análise que está construída a partir de nove participantes da CIES: três que participam da CIES enquanto representantes de Movimentos Sociais e seis que participam da CIES na condição de trabalhadores de saúde, representando ou gestões públicas ou, mesmo, instituições públicas e\ou da sociedade civil organizada que têm atuação na Comissão.

É importante destacar que a escolha desses participantes da CIES, que aqui são considerados “militantes da educação permanente em saúde” na Região 28 de Saúde, ocorreu a partir do próprio conhecimento da autora desse trabalho (que também milita na educação permanente em saúde na Região de estudo), mas, fundamentalmente, a partir do contato que a própria pesquisa permitiu com os participantes da CIES, quando foi possível identificar quais participavam há mais tempo, além de demonstrarem maior comprometimento com a discussão e com a execução de políticas públicas de educação permanente em saúde na Região de estudo.

Nas entrevistas que foram realizadas com os nove “militantes da CIES” foram consideradas algumas questões principais, norteadoras da análise aqui apresentada: que trajetórias de atuação política esses militantes têm? Como articulam sua permanência e sua atuação no âmbito da CIES? Que concepções de educação em saúde orientam suas práticas sociopolíticas? Como se relacionam com as instâncias municipais de governo, articulando ações para que as reflexões acerca da educação em saúde realizadas no âmbito da CIES se tornem consequentes na própria definição das políticas municipais de educação em saúde?

Uma primeira questão a ser destacada na análise é que, no caso dos militantes que participam na CIES como representantes de Movimentos Sociais, a trajetória de atuação nesses Movimentos foi de grande importância não somente para a aproximação com o tema educação permanente em saúde, mas, também, para uma atuação ativa e orgânica na CIES. Nessa direção, os três representantes de Movimentos Sociais – Movimento Estudantil, Movimento das Mulheres e Movimento da Pastoral da Saúde – indicaram que a condição de militante tem uma relação forte com a inserção nesses Movimentos.

Esta é a experiência, por exemplo, de Beatriz, uma estudante de graduação que milita na educação permanente em saúde, tendo entrado nesse campo de atuação política através do Grupo Estudantil de Trabalho e Educação em Saúde Coletiva. No caso de Beatriz, a participação no Grupo Estudantil fez com que ela se engajasse integralmente nas discussões e nas práticas sociais e políticas vinculadas à saúde coletiva. Concretamente, isso ocorreu através de sua inserção no projeto VERSUS, o que a colocou em contato com a CIES da Região 28 de Saúde e como participante dessa Comissão na condição de representante do Movimento Estudantil.

Ainda em 2013 fui convidada para participar de uma reunião da CIES para relatar como minha vivência no projeto VERSUS. Ainda naquela reunião, algumas pessoas solicitaram a participação do GETESC como uma representação dentro da Comissão de Ensino e Serviço e eu começamos a ocupar esse lugar, já que não havia outro representante do GETESC na CIES (Beatriz. Representante do Movimento Estudantil na CIES).

A inserção de Beatriz na CIES afirmou sua relação com a temática educação em saúde e, que na condição de participante da CIES, atuou na Comissão Organizadora do VERSUS 2014.

[...]. E aí foi um trabalho super bacana, todo em parceria com a CIES. Na época, [...] era a coordenadora e então a gente trabalhava sempre junto, desde a criação do projeto, a captação do recurso até a sua execução. Isso pra quem é estudante é muito bacana porque tu percebes a possibilidade de fato assim do trabalho em conjunto quando tu estás se dando conta de todos os processos com gestores assim dos trabalhos de saúde né, te dando conta desse outro lado que é da burocratização de passar por diversas reuniões de pactuação, até chegar à CIES [...]. Por duas vezes eu fiz o VERSUS. Uma vez então como vivente como se chama e outra vez como facilitadora dessa vivência nesses espaços. Aí é que eu me situo e me coloco como militante, pois ao participar pela primeira vez desse processo, eu empunhei a bandeira, posso dizer assim, eu assumi em mim mesma esse movimento de luta por um SUS, por um processo de trabalho de educação permanente dentro do sistema, que me engajo agora como facilitadora. Isso é de forma espontânea, por desejar conhecer mais, por querer ir mais além, mais além (Beatriz. Representante do Movimento Estudantil na CIES).

Em seu depoimento, Beatriz falou do conhecimento que o VERSUS proporcionou, pois teve oportunidades de conhecer serviços de saúde de outros municípios da região, tanto da atenção básica, da atenção especializada, de urgência e emergência e, ao fazer essas visitas, encontrou um serviço “menos maquiado”, em diálogos com os trabalhadores e usuários dos serviços. Também colocou “o quão enriquecedor é o trabalho em equipe realizado no VERSUS”, que mesmo sendo realizado somente por facilitares e estudantes, o processo gera essa oportunidade coletiva, de trabalho em equipe da área da saúde.

Por sua vez, Patrícia, psicóloga, professora na área das Letras, natural do estado do Espírito Santo e militante do Movimento das Mulheres, ao falar sobre a sua militância e de sua inserção na CIES, apresenta, primeiramente, a trajetória de sua mãe e de sua avó. Para Patrícia, sua avó e sua mãe foram pessoas importantes na sua formação pessoal e política e, nesse sentido, para a sua inserção militante nos movimentos sociais. Isso por que, nas palavras de Patrícia, elas “cumpriram a função de homem e de mulher” na sua casa, num momento em que seu avô, morador do interior e plantador de café, ficou sem condições físicas de comandar sua casa e sua lavoura. Sua avó, ao assumir o comando da família, também adoeceu e, a sua mãe precisou assumir diferentes tarefas em sua casa, além de buscar emprego na indústria. Isso ainda nas décadas de 1940/1950, um período em que, na avaliação de Patrícia, “havia grande resistência à participação das mulheres na sociedade”.

Patrícia relata que naquele tempo as mulheres que trabalhavam nas indústrias eram pressionadas para que não engravidassem. Sua mãe, nesse sentido, “recebeu recomendações” de seu chefe (numa indústria que trabalhava) sobre a importância de não engravidar. Porém, sua mãe engravidou e, por algum tempo, para não correr risco de perder seu emprego, escondeu a gestação; quando seus chefes souberam, a gravidez já estava “muito adiantada”, motivo pelo qual não foi demitida, porém advertida de que, caso uma nova gravidez ocorresse, ela perderia seu emprego. Foi nessas condições que Patrícia nasceu. Sua mãe engravidou novamente não muito depois de seu nascimento e com receio de perder seu emprego, tomou a difícil decisão de abortar. O aborto, realizado clandestinamente, resultou na morte de sua mãe.

O relato de Patrícia tem um significado especial, pois, ao se apropriar da história de sua avó e, principalmente, de sua mãe, conta sua própria história como mulher e como uma mulher comprometida com a causa feminina.

Eu entro no Movimento de Mulheres, na luta das mulheres, para assegurar os seus direitos contra o assédio moral, quanto a discriminação, enfim [...], eu fiz uma faculdade que foi a que teve que ser para me sustentar, eu fiz letras e depois fui trabalhar na educação, só que eu tinha a intenção de ser uma cientista social pra entender toda essa minha trajetória e o comportamento humano e eu acabei fazendo psicologia (Patrícia. Representante do Movimento de Mulheres Negras na CIES).

Já formada e residindo no Rio Grande do Sul, Patrícia começou a militar no Movimento “Cidadania”, onde se integrou com a discussão sobre “saúde do trabalhador”, o que a levou à realização de um estágio no CEREST (Centro de

Referência em Saúde do Trabalhador), chegando a ser membro do Conselho Gestor Municipal em seu município. Uma experiência que a levou a atuar ativamente em defesa da saúde dos trabalhadores, num trabalho de conscientização (em empresas e em sindicatos de trabalhadores) sobre a importância desse tema.

Eu militava, eu ia pra rua, militante de ir pros movimentos dos Sem Terra, Se era pra ir para Porto Alegre, eu vestia a camiseta e o boné e a minha bandeira e ia né, porque, porque eu penso que é muito importante as mulheres fazerem oficinas com mulheres para elas se conscientizarem que o seu corpo é um templo que não é do outro né, e ninguém pode se apropriar do seu templo, do seu corpo e do seu trabalho (Patrícia. Representante do Movimento das Mulheres Negras na CIES).

Patrícia, no período em que a entrevista foi realizada, atuava no movimento sindical, onde discutia e compartilhava assuntos como prevenção à saúde e comportamento. Além disso, participava do Programa Saúde na Escola, realizando atividades em escolas com agentes comunitárias de saúde, pais de alunos e professores.

Muito embora Patrícia se coloque como representante do Movimento de Mulheres, durante sua entrevista ela relatou sua participação enquanto defensora da saúde do trabalhador (“principalmente, da mulher trabalhadora”). Sua atuação política se insere em causas importantes na discussão sobre políticas públicas no Brasil, na criação dos Conselhos da Condição Feminina, na promoção da igualdade de gênero, no combate à discriminação contra as mulheres, no movimento sindical que luta por melhorias nas condições de trabalho, na defesa da Saúde dos Trabalhadores, na luta pela conquista e garantia de direitos sociais e trabalhistas para as mulheres.

Humberto, enquanto educador social, é o representante da Pastoral da Saúde na CIES da Região 28 de Saúde. Relatou que atua na Pastoral da Saúde desde 2005. Naquele ano, foi convidado pela Diocese de Santa Cruz do Sul para realizar cursos sobre plantas medicinais, passando, desde então a participar das atividades da Pastoral, vinculadas à referida Diocese e palestrando sobre promoção e prevenção em saúde com o uso de plantas medicinais. Em suas palestras, por diferentes municípios, Humberto propõe reflexões sobre saúde coletiva e sobre a utilização de plantas medicinais.

Na entrevista concedida, Humberto relatou que em suas palestras ele ensina a fazer o “relógio biológico”, através da metodologia de construção do “horto medicinal”. Uma metodologia que se utiliza de diferentes conhecimentos sobre as plantas medicinais, plantas aromáticas e condimentos da medicina tradicional chinesa/medicina oriental; e que se utiliza dos hortos medicinais em forma de relógio, onde cada hora



representa um órgão do corpo humano e, em cada um deles, são cultivadas plantas medicinais em uso. Como resultado, a educação sobre os chás, plantas medicinais, e prevenção à saúde.

Mas a partir de 2005, Humberto e uma colega (então coordenadora da Pastoral da Saúde na Diocese de Santa Cruz do Sul) iniciaram um trabalho em conjunto com a Pastoral da AIDS, com o objetivo de “conscientização e prevenção de doenças”. O relato de Humberto segue, incluindo entre os seus “campos de militância” a saúde do trabalhador, as pastorais, a alimentação saudável, o “Centro de Valorização à Vida”.

É um trabalho [...] que realizo e pelo qual me apaixonei. O que mais me motivou a optar por essa temática foi minha militância nos movimentos sociais e eu luto por ele, batalho por ele e estou sempre brigando por ele, discutindo nas pontas com a comunidade, com o CEREST, com o controle social, enfim [...]. Eu, seguida faço contatos com outros companheiros de vários municípios e estados do país para também sermos solidários com nós mesmos e nos fortalecermos nesta jornada. Mas eu comecei assim. Sabe, falando com as pessoas, conversando, discutindo [...] (Humberto. Representante da Pastoral da Saúde na CIES).

Humberto apresenta relatos sobre práticas de formação política, inicialmente constituídas através da participação em cursos, reuniões, encontros, que contribuíram para o desenvolvimento de novos valores e de uma inserção sociopolítica. Mas sua formação política tem seguimento na sua atuação na Pastoral da Saúde, quase uma “porta de entrada” para a inserção em outras mobilizações coletivas. É nessa trajetória, que foi convivendo com situações que constituíram valores, condutas e hábitos, que utiliza enquanto militante nos diferentes campos de atuação que participa.

Beatriz, Patrícia e Humberto vivenciaram, em suas trajetórias pessoais, a inserção em movimentos sociais que contribuíram para que, através da participação, da organização, das ações e das mobilizações, se estruturasse um modo de agir coletivo, afirmando valores e uma identidade sociopolítica. Os seus percursos enquanto militantes de movimentos sociais criaram uma disposição para a luta que se traduz em suas visões acerca da importância da CIES enquanto espaço de afirmação de suas identidades e de mobilização em favor de políticas de educação permanente em saúde.

Os demais militantes da CIES têm suas trajetórias sociopolíticas vinculadas à própria atuação enquanto trabalhadores da saúde. São trabalhadores da saúde que atuam na CIES na condição de representantes ou da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde, ou das gestões municipais de saúde, ou de instituições de ensino.

É o caso, por exemplo, de Cida, formada em psicologia, cujo histórico de militância na educação permanente em saúde se iniciou em 2008, através de um estágio no Centro Integrado de Educação e Saúde, no município de Venâncio Aires. O referido estágio ocorreu num espaço de atendimento exclusivo ao “público infanto-juvenil com dificuldades de aprendizagem”. Foi a partir daquela experiência de estágio que Cida foi convidada para participar do Programa VERSUS/UNISC, organizado pelos estudantes, quando então teve oportunidade de aprofundar seus conhecimentos sobre o SUS.

[..]. E eu comecei a ter outra compreensão de algo que eu comecei a gostar. Que de repente eu não tinha descoberto ainda e que a partir daquele momento então eu decidi que ia me envolver naquilo que fosse possível (Cida. Representante de Trabalhadores Estaduais de Saúde na CIES).

Entre os projetos que participou, desde sua inserção no Programa VERSUS, Cida cita o GETESC – Grupo de Estudo de Trabalho e Educação em Saúde Coletiva, quando, junto com os estudantes universitários, iniciou uma discussão sobre a implantação de ações na graduação de cursos da área de saúde, numa perspectiva de maior integração da formação acadêmica com a realidade local e regional, capaz de levar os estudantes a um maior conhecimento da rede de saúde.

Foi também através do Programa VERSUS e do GETESC que Cida conheceu participantes da CIES, visualizado desde o primeiro momento como um espaço fundamental para as atividades nas quais estava inserida através do VERSUS e do GETESC.

[...] porque a gente acreditava muito que é o projeto VERSUS que potencializa a transformação da educação e também a transformação do profissional de saúde. É uma das formas de educação em saúde, de educação permanente e tal (Cida. Representante de Trabalhadores Estaduais de Saúde na CIES).

A partir das experiências adquiridas pelas vivências VERSUS/GETESC e da inclusão na CIES, Cida passou a participar de outros movimentos, que foram surgindo na Universidade, na organização acadêmica dos cursos da saúde, no fórum de saúde da UNISC. Um movimento que Cida destacou foi o PET Vigilância – Saúde do Trabalhador, que, na sua avaliação, acrescentou muito em sua experiência profissional, principalmente por sua circulação em unidades básicas de saúde, que permitiu que ela percebesse que não seria “apenas uma psicóloga”, mas “uma profissional de saúde capaz de identificar o cuidado integral dos usuários”.

Eu comecei a me engajar nesses processos de trabalho conjunto, nessa percepção de que a gente tem que estar sempre buscando melhorar, integrar, trazer outros atores nesses processos de trabalho intersetoriais e interdisciplinares. Quando eu consigo perceber assim, que a minha graduação ela era uma até eu ter uma vivência do VERSUS, e depois ela passou a ser outra. Eu não podia me enxergar como uma estudante de psicologia, na UNISC. Passei a me enxergar como uma estudante de curso da área da saúde. Foi outra visão. Teve uma mudança (Cida. Representante de Trabalhadores Estaduais de Saúde na CIES).

Para Cida, a própria possibilidade de encontros mensais, de discutir a sua realidade, de trazer as demandas, de ser porta voz de muitos colegas, de muitas pessoas que são representadas, acabava também gerando novas ideias, e ela compartilhava isso com as pessoas envolvidas. E se não fosse a construção coletiva, acredita que tanto ela quanto o grupo não teria conseguido se manter. Atualmente Cida está trabalhando na segurança pública do estado e consegue vincular seu trabalho com a saúde prisional.

Então eu acho que esta minha militância na saúde eu consegui desse jeito, pra não romper assim com algo que acredito. Então eu continuo militando pela saúde agora, aprendendo sobre a saúde prisional, levantando mais uma bandeira, construindo uma nova política (Cida. Representante de Trabalhadores Estaduais de Saúde na CIES).

A militância na área de educação em saúde de Elenara começou bem no início de sua graduação em psicologia, na UNISC. E, desde o início da graduação, ela participou do DCE (Diretório Central de Estudantes) que, na época (2001), “estava numa espécie de boom”. Foi onde, segundo relata, “conseguiu se situar como pessoa” iniciar sua atuação no campo da saúde, através do programa VERSUS.

Para mim, o VERSUS é um marcador pra minha formação e de certa organização de um movimento de militância que era uma coisa que a gente já fazia no diretório acadêmico que era inserir a discussão em saúde coletiva, de como que o curso de psicologia estaria inserido com a comunidade, com o MST, com a discussão de gênero, enfim, pensando essas discussões mais amplas, em termos de uma militância social, digamos assim (Elenara. Docente da área de Saúde Coletiva).

Quando o estágio no Programa VERSUS chegou na UNISC, Elenara e outros estudantes, de diferentes cursos da área da saúde, como ela mesma diz, “botaram a cara na rua”. Naquele Programa, sua experiência se estruturou e se organizou, pois ao fazer alguns estágios, foi também facilitadora de outros VERSUS. Ela destaca que o VERSUS materializou algo que se ouvia intensamente no curso de psicologia: a importância de uma formação voltada para as políticas públicas, principalmente a questão da saúde.

No momento da efervescência do VERSUS, na mesma época em que os polos de educação permanente em saúde começaram a se construir na Região, Elenara se inseriu num “estágio de imersão”, buscando uma maior compreensão das políticas de saúde, um maior conhecimento da rede de atenção à saúde: “o PEPS Vales já dava mais um certo gostinho assim, do que seria uma gestão de saúde dentro desta perspectiva da educação permanente” (Elenara. Docente da área de Saúde).

Naquele período, a própria UNISC se comprometia com um projeto de organização e de construção de ações de educação permanente em saúde, enquanto projetos de extensão. Elenara se inseriu em projetos de tal natureza e sua participação acrescentou mais experiência em sua graduação, que foi toda permeada por esses processos da política de educação permanente.

Após terminar a graduação, Elenara iniciou mestrado e mesmo assim continuou participando de alguns espaços de educação em saúde em Porto Alegre. Depois, em 2011, foi convidada para trabalhar na 13ª Coordenadoria de Saúde, como assessora técnica da CIES. Outro espaço para seu crescimento, onde pode viver o outro lado da política. Saindo da CIES, foi terminar o doutorado que coincidentemente foi sobre política de saúde e atualmente atua como docente universitária.

Como pode se observar, tanto Cida quanto Elenara iniciaram suas militâncias através do Movimento Estudantil. Conforme seus relatos, essa inserção, somada à formação acadêmica que acessaram, foi importante para que desenvolvessem uma motivação para a militância na área da saúde; contribuiu para que a formação política se constituísse a partir de experiências adquiridas no próprio movimento estudantil que, junto com as experiências acadêmicas, facilitou a identificação com a educação permanente em saúde.

Thamy é assistente social, formada desde 2004. Em 2007 trabalhou na UNIMED, um serviço privado de saúde. Em 2008, foi nomeada para trabalhar na Secretaria Municipal de Saúde do município de Vera Cruz. No início, segundo seu relato, foi difícil, pois sua formação acadêmica pouco despertou nela o interesse pela saúde pública. Seu curso foi voltado para o trabalho em assistência social e, em função disso ao assumir um trabalho em saúde pública, precisou estudar muito, de forma autodidata, para conhecer a política pública de saúde. A partir de sua inserção na Secretaria Municipal de Saúde considerou que tinha encontrado um “espaço apropriado para exercer sua profissão”.

Porque somos um profissional que trabalha no acesso, na ampliação dos direitos, da participação, enfim, da cidadania, e a saúde é o direito de todos [...], o trabalho é mais educativo. Realizei-me muito mais como profissional do que tudo aquilo que eu tinha aprendido até então. Eu costumo dizer que o ‘bichinho’ da saúde me picou, me mordeu e que eu nunca mais penso em sair da saúde. Me apaixonei (Thamy. Representante da 13ª Coordenadoria da Saúde na CIES).

Em seu relato, Thamy destaca também a sua inserção em um trabalho interdisciplinar em saúde mental, realizado no Centro de Atenção Psicossocial. Segundo ela, aquela inserção despertou a necessidade e a vontade de aprender coisas novas; aos poucos foi se engajando, criando o seu espaço dentro da política, se apropriando de conhecimentos. Foi por onde começou a lutar pela defesa do SUS, fazer interfaces com várias profissões, participar de seminários e eventos de qualificação. E foi como chegou na CIES, onde participa desde 2009, sendo inicialmente indicada pela gestora municipal, mas, “logo de cara” se identificando com o espaço de discussão, que achou ter “tudo a ver com ela, com seu trabalho de educação em saúde”.

Já no primeiro momento percebi que aquele espaço era o espaço que eu queria fazer parte. Eu queria estar junto. E aí foi muito bacana, porque muitas coisas eu fui [...] como eu participei, eu sugeri eu ajudei a formular de lá pra cá. Eu penso muito que a militância tem a ver com quem acredita no SUS (Thamy. Representante da 13ª Coordenadoria da Saúde na CIES).

No período em que foi entrevistada, Thamy era servidora do estado, trabalhando na 13ª Coordenadoria Regional de Saúde, estando também na coordenação da CIES da Região 28 de Saúde. A militância na CIES, para Thamy, “se deu aos poucos”, através de possibilidades novas, de espaços de inserção na criação de estratégias e de ações de transição das atividades que desenvolve na Comissão. A participação no campo da política pública enquanto militante tem possibilitado adquirir conhecimentos e competências, produzindo novas formas de inserção política, mas, ao mesmo tempo, tem lhe colocado a responsabilidade de atuar na defesa da saúde pública, da formação dos trabalhadores de saúde, numa perspectiva de afirmação dos princípios da educação permanente em saúde.

Interessante notar, nesse sentido, que quando se assume uma militância se assume a responsabilidade pela construção de um projeto coletivo. Por outro lado, a militância é afirmada como trabalho de aprendizagem, como uma experiência que, uma vez vivenciada, permite mudar, crescer, tanto pessoal como profissionalmente (OLIVEIRA, 2009).

Essa relação de militância também se aplica a Rozaura, psicóloga, que há vinte anos está atuando no mesmo município, “deixando sua marca, a sua história”. Rozaura conta que a sua trajetória de militância tem a ver com a sua formação, pois antes de cursar psicologia fez alguns semestres de Ciências Sociais na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, já trazendo esta característica de militância. Sempre se envolveu em movimentos participativos, de questionamentos, e foi um atravessamento também na formação, nas escolhas, nos trabalhos que trouxe para sua história.

Outro período de formação que foi determinante para a militância de Rozaura ocorreu durante seu estágio no Hospital Psiquiátrico São Pedro, em Porto Alegre. Foi um ano “dentro daquele hospital”, o que despertou nela “essa coisa de querer brigar pela reforma” (psiquiátrica). Essa experiência foi muito importante para, quando assumiu um trabalho no município em que trabalha, participar da implantação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que na época era um ambulatório de Saúde Mental e que posteriormente foi referência a outros serviços na região. Ali Rozaura iniciou a militância na Saúde Mental, colocando-se como uma protagonista na discussão realizada e na articulação das ações municipais com o Fórum Regional de Saúde Mental. Ela foi, uma das primeiras a participar da constituição do Fórum na Região.

Então as oportunidades, o contexto também determina algumas coisas, mas acho que as características de cada um são mais determinantes. E eu sempre fui inquieta, sempre fui chata, chata daquelas que diz “ai”, eu pergunto “por quê?”, sempre desacomodada, né? Desacomodar todo mundo que estava por perto. Isso, às vezes, trazia alguns problemas para as pessoas que não queriam ser desacomodadas, mas, muitas vezes, fazia com que um monte de gente andasse, ousassem em alguns projetos, algumas coisas. Ainda acho que a vida pessoal, o pensar determina mais do que as oportunidades, porque nem sempre tu embarcas nas oportunidades, mas se tu já tens uma predisposição, tu embarca com maior facilidade (Rozaura. Representante de Serviços Municipais de Saúde na CIES).

Sobre ser militante, Rozaura diz que “vai ser até morrer” porque isto faz parte dela. Não consegue se imaginar sem atuar, sem militar. Às vezes pensa em aposentadoria, em fazer viagens, mas sabe que mesmo viajando, mesmo aposentada, sempre vai estar ligada com as causas que acredita, sempre vai questionar as pessoas, sempre vai querer interferir, pois isto faz parte de sua vida. Saúde e vida implicadas, pois onde ela estiver, vai ter alguém falando, são experiências diversas.

E quando a gente vivencia situações específicas, tudo fica mais claro [...]. Se tu tens isso contigo, se tu tá sempre alerta com isso, tu quer saber tudo que envolve saúde pública, tu sempre vai poder estar disseminando, seja em qualquer lugar que você estiver ou estiver ocupando naquele momento, até dentro da tua família, pessoas próximas, tu vai ajudar eles (Rozaura. Representante de Serviços Municipais de Saúde na CIES).

Nota-se em Rozaura um destaque para a dimensão prática da militância. A militância, para ela, é ação, uma ação que constitui ela enquanto sujeito. Como afirma Valverde (1986) “a militância é ação, ‘ação social’; ação social organizada visando efeitos de poder. Ela quer, aliás, ser a radicalização política da ação: inteligência da raiz política de toda ação e condição de seu pleno florescimento” (VALVERDE, 1986, p. 61). A militância não é uma atividade neutra, nem indefinida; antes, pelo contrário, é constituída de revelação de significados, sonhos, desejos, utopias e interesses, atribuídos aos atores que constroem a sua ação através de investimentos organizados “em termos cognitivos, o campo das possibilidades e dos limites que percebem, ativando ao mesmo tempo as suas relações para dar sentido ao seu agir comum e aos objetivos que perseguem” (MELUCCI, 2001, p.46). Na concepção de Valverde, a ação ocupa um lugar de destaque na militância.

Para a militância, a ação não é, portanto, senão mecanismo; mas mecanismo criador e restaurador, instituinte da sociedade e da história e produtor de sentidos. Mas para isto a própria militância será uma máquina de produção de sentidos operando sobre as ações, submetendo-as a regras que a constituam como processos especificamente ‘políticos’ – simultaneamente instrumento, percurso e horizonte do investimento revolucionário (VALVERDE, 1986, p. 61).

Portanto, a ação é a condição indispensável para a efetivação da militância. Apresentado também no relato de Odethe, uma fisioterapeuta, docente universitária, no momento da realização da entrevista atuando também como “gestora de políticas públicas de desenvolvimento social”. Odethe é militante “da saúde coletiva” desde 1980, momento em que “o SUS ainda não estava constituído e contava com 19 anos”.

Eu fui militante da reforma sanitária. Na verdade, porque isto é uma coisa muito legal [...]. Eu estou então desde 1980 neste tipo de envolvimento. A militância da reforma sanitária é uma militância que venceu. Que atingiu seus objetivos, claro, foram longos anos de trabalho, mas trabalho que sempre evoluiu, sempre cresceu (Odethe. Docente da área de Saúde Coletiva - Unisc).

Odethe fez um relato sobre colegas de faculdade, que também militaram naquele período, “com o mesmo ideal”, pois eram colegas de diretório acadêmico. Ressaltou que a militância era carregada por um conteúdo político muito forte, pois a bandeira da Reforma Sanitária era considerada uma bandeira de esquerda. Relatou como o processo foi se construindo, com o fim do regime militar, a eleição de Tancredo Neves, como o primeiro governo civil após o período militar, o período do governo Sarney, quando ainda havia a participação de militantes pela Reforma Sanitária atuando no governo.

Então eu me lembro de que o partido comunista, o ‘partidão’ como a gente chamava, muitas pessoas do partidão que trouxeram para dentro do governo civil as intenções da Reforma Sanitária (Odethe. Docente da área de Saúde Coletiva - Unisc).

Odethe fez referência aos governos posteriores, que, a partir do Ministério da Saúde, “foram imprimindo gradativamente o processo que se tem hoje”. Destacou que o SUS foi aprovado somente em 1990, mas “na verdade em 1986 já estava em discussão pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, onde suas bases foram retratadas em 1988, na Constituinte”. Aquele processo lembrou Odethe, foi marcado por uma forte militância no campo da saúde:

E todas essas pessoas importantes, da militância da esquerda vieram de lá, desse processo, que foi gradativamente se constituindo, integrando os governos, integrando o Ministério da Saúde aonde foram tomando corpo, principalmente a partir da aprovação do Sistema Único de Saúde [...]. Então a nossa militância, o nosso envolvimento com a questão da saúde, ela vem praticamente de uma condição de adolescente, né? (Odethe. Docente da área de Saúde Coletiva - Unisc).

Odethe falou, então, de sua trajetória enquanto docente no curso de fisioterapia, na área da saúde. A Universidade, para Odethe, também é um espaço importante de militância, pois, desde estudantes, o “diretório acadêmico é importante para a gente lutar”. E seus relatos continuaram sempre numa perspectiva de compreender melhor sua própria trajetória de inserção política, de quem se preocupa em preservar a historicidade e a herança das lutas vinculadas ao Movimento da Reforma Sanitária.

Cellinha é formada em psicologia há mais de 30 anos, trabalhadora do estado do Rio Grande do Sul, atualmente em processo de aposentadoria. A trajetória histórica de sua militância é permeada por ações coletivas e construtivas. Na entrevista ela fez relatos desde o período de sua formação, quando estava acontecia movimentos diferentes relacionado à ciência. Naquele processo, se buscavam “psicologias alternativas”, de modo que seu estudo se direcionou para a psicologia social, realizando seu estágio na antiga Fundação do Bem-Estar do Menor (FEBEM).

Por sua escolha, procurou relacionar a sua formação com trabalhos em escolas, porém, até conquistar seu espaço numa escola atuou em consultório clínico. Logo após, fez um trabalho com abordagem escolar na APAE, mas também de “liderança de equipe” e de “relacionamento entre escola e familiares de alunos”. Foi naquele período que aceitou um convite da Secretaria de Educação do município para fortalecer o processo de transformação das creches em escolas infantis e outros projetos com crianças e adolescentes, além de dar suporte ao conselho tutelar.



No final do ano de 1995, Cellinha foi nomeada para trabalhar na Secretaria de Educação do Estado, com formação de educadores, principalmente nas escolas de magistério da região da 6ª Coordenadoria Regional de Educação. Por vias de um processo interno, todos os que foram nomeados com Cellinha foram transferidos, posteriormente, para a Secretaria Estadual de Saúde.

Na educação eu já era militante, quando eu fui pra educação eu já fui com essa ideia de que através da educação havia a possibilidade de um processo de transformação social. A minha base de formação para educação, já tinha essa ideia já era a ideia de formar a saúde coletiva através de um grupo que a gente chamava de GUSP – Grupo Unido de Saúde Pública de qual fiz parte (Cellinha. Representante da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde na CIES).

Cellinha fez questão de afirmar que a própria educação já era, voltada ao acompanhamento dos trabalhos dos professores no processo educativo, voltado para a transformação social, numa relação mais horizontal, mais democrática. Segundo ela, ao ser transferida para a Secretaria Estadual de Saúde, levou junto “essa bagagem política”.

No ano de 2000, Cellinha iniciou seu trabalho na 13ª Coordenadoria Regional de Saúde, na época denominada “Delegacia de Saúde”, com a atribuição de trabalhar na coordenação do DAS – Departamento de Ação da Saúde e com a Saúde do Trabalhador. Então, atuando num cargo de gestão, passou a ter maior entendimento sobre o planejamento das políticas públicas de saúde.

Essa foi uma experiência muito importante que renovou a minha militância porque pra mim era uma forma de governar, que tinha a ver com o que eu acreditava, os processos democráticos de encontro aos trabalhadores (Cellinha. Representante da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde na CIES).

A partir do trabalho de gestão que assumiu na 13ª Coordenadoria Regional de Saúde, Cellinha sentiu-se motivada para realizar um curso de especialização em saúde pública, realizado na Escola de Saúde Pública, avaliado por ela como muito importante para a sua formação, pois trouxe outras e novas ideias de trabalhar a saúde na região. Cellinha falou com entusiasmo sobre sua inserção no campo da saúde, destacando o quanto “investiu” em sua formação.

A saúde foi a coisa diferente que eu vi sabe, que fechou com a ideia que eu tinha de que o educador é o transformador da sociedade. Porque eu também participei muito assim, eu tenho uma militância política não partidária pelos movimentos daquela época, né. Houve o movimento como das diretas já, o próprio ato médico, que naquela época era muito forte, que a gente como psicóloga saiu pra rua, para fazer movimentos. Então eu acho que já tinha nessa época uma militância nessa ideia de que nós precisamos de liberdade, que nós precisamos de processos democráticos no país e isso vai se dar também nos nossos processos de trabalho. E quando veio a educação permanente eu disse isso tem tudo a ver (Cellinha. Representante da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde na CIES).

Depois da especialização em saúde pública, de um curso de saúde do trabalhador, como referido anteriormente, Cellinha realizou um mestrado, onde analisou a temática da saúde do trabalhador. Foi quando aprofundou suas reflexões sobre o tema, percebendo com maior clareza os “nós que existiam na intervenção nos processos de trabalho” e a necessidade de se pensar na saúde das pessoas, no que elas pensam e no que elas sabem para, então, atuar na saúde do trabalhador.

Então parte do saber do trabalhador, fechava mais uma coisa nesta minha ideia de que a gente precisa trabalhar com a autonomia dessas pessoas. Então foi por aí. Eu acho que essa minha militância vai pela busca de autonomia. Eu sou só um agente que tá ali lutando por isso. Aí eu sinto que posso fazer isso na saúde do trabalhador, que posso fazer isso na educação permanente, tem a pesquisa pra isso, né e eu posso fazer isso no meu dia a dia, dentro da minha família. O espaço é amplo. Então eu carrego um pouco disso, do diálogo, de construir junto (Cellinha. Representante da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde na CIES).

Pode-se perceber que, entre as trajetórias dos militantes entrevistados, algumas características são comuns como, por exemplo, a formação acadêmica que levou a uma inserção política durante o período de graduação, a trajetória de integração em diferentes causas dentro da saúde, a continuidade na educação permanente em saúde de uma ação política já existente anteriormente.

Cada trajetória histórica destes militantes expressa o fato de que as atitudes e os comportamentos são determinados pelo campo das possibilidades que os sujeitos vivenciam. É importante observar, também, que militância se constitui enquanto elemento de realização pessoal e profissional. Não há referência, entre os militantes entrevistados, a ganhos resultantes da militância. A militância, nesse sentido, está vinculada a trajetórias biográficas que, em determinados momentos, inseriram esses sujeitos em determinadas experiências motivadoras para a mobilização política, para a definição da importância de estar comprometido com determinadas causas, para a autoafirmação enquanto sujeitos sociais e políticos através da inserção nas mobilizações e nas lutas implicadas na defesa dessas causas.

Por fim, ainda neste momento da análise, cabe o registro de alguns aspectos que permitem compreender as motivações que são destacadas na explicação da militância no campo da educação permanente em saúde. É importante destacar que, desde o início, essa não foi considerada uma questão relevante para os fins da análise pretendida. Contudo, ao falarem sobre suas trajetórias, essa questão foi ressaltada pelos militantes

entrevistados, de modo que, inclusive como uma atitude de respeito a essas manifestações, o registro dessas motivações se faz importante.

Nesse sentido, tomando referência a trajetória dos militantes da CIES, se percebe como as suas atitudes e os comportamentos são determinados numa relação dialética entre as histórias individuais, os condicionamentos institucionais e os contextos históricos nos quais a militância ocorre; são aspectos que se colocam como condicionantes do campo de possibilidades de engajamento político, de desenvolvimento de uma cultura política e, mesmo, do estilo de militância (CALDART, 2004).

Entre os militantes pesquisados, fica evidente que a busca pela realização pessoal vai além da carreira profissional em si mesma, ou promoção profissional, pois por possuírem uma característica comum entre si, esses trabalhadores escolheram esse caminho por terem vivenciado a intensidade da experiência da educação permanente em saúde. Essa vivência da historicidade, que provavelmente motiva os trabalhadores e educadores a se organizarem em prol de um ideal, possibilitou “abrir uma nova chave de leitura da realidade”, pois foi aonde se reconheceram “como sujeitos da história”. (CALDART, 2004, p.183).

Porém, outros elementos anteriores marcaram a história desses profissionais militantes. Trata-se de um processo que vem tomando corpo ao longo do tempo, seja pela atuação em movimentos sociais, estudantis, na própria atividade profissional ou mesmo no processo de trabalho. Cada um desses militantes teve uma relação peculiar com seu engajamento, e apesar de vivenciarem contextos históricos diferentes, partiram para uma luta social pela educação em saúde, constituindo assim a sua inserção na CIES.

Estas experiências são caracterizadas como experiências de militância por constituírem processos que condicionam as disposições dos profissionais, as representações sobre o mundo, sobre o trabalho, sobre a sociedade, sobre as políticas públicas, mas, também, a dedicação sociopolítica dos indivíduos, o envolvimento pessoal que marca fortemente suas vidas.

Vale dizer que essa militância é compreendida como uma forma de participação política, engajada e crítica, na qual são desenvolvidas ações voltadas para a conscientização política dos profissionais de saúde, ao mesmo tempo em que procura

desenvolver neles novos valores que possibilitem a sua inserção em mobilizações coletivas.

A militância também está vinculada ao desejo e ao interesse que os profissionais de saúde demonstram ter para conhecer a sua realidade, refletindo a partir dos seus significados e criação de representações, numa perspectiva de empoderamento para a mobilização transformadora da realidade. É nessa direção que os militantes entrevistados destacam que suas ações somente ganham sentido quando conseguem mobilizar outros sujeitos, para que possam se integrar nas lutas e nas mobilizações em favor da construção de políticas públicas de educação permanente em saúde. A manifestação de Cida é ilustrativa:

Eu acredito que em função dessa minha militância, dessa ânsia em conhecer a saúde, de estar participando, acabei indo para Porto Alegre, para o seminário de PET, para Brasília, em seminário do PET, pra poder falar de nosso trabalho, como era integrado, de como a gente busca e constrói a rede pra fazer o trabalho de PET e buscar construir entendimento de que o trabalhador de saúde é o nosso preceptor. Que a gente precisava que ele se interessasse pela nossa atividade pra que ele também sãsse ganhando porque não ia fazer sentido a gente estar ali pesquisando dados, coletando informações e aquela pessoa não ia ter vínculo nenhum com a ideia enfim, ia estar distante ai foi chamando a equipe e todas as pessoas, os agentes comunitários para estarem com a gente. Pra discutir assim ó: a gente tem determinadas informações, o que vocês podem dizer sobre isso e tal, então foi uma experiência assim, muito, muito importante e empolgante (Cida. Representante de Trabalhadores Estaduais de Saúde na CIES).

A construção coletiva da educação permanente em saúde, vivenciada pelos profissionais em saúde, é, então, valorizada, assim como é notória a percepção de que quando exercida na individualidade uma ação não gera mudança. Por isso é que se faz necessário ampliar o olhar, inclusive nas equipes de trabalho, constituindo formas coletivas de ação. A participação na CIES, nesse contexto, aparece como uma consequência desse compromisso que vai sendo gestado nas trajetórias de reflexão e de mobilização coletivas. Rozaura e Cellinha assim se manifestam:

E aí, quando começou a formalizar a CIES, eu já estava lá ajudando [...] a formular os projetos de Saúde Mental, essas coisas todas eu participava por gostar, por militar, porque assim, e isso até acho que sempre tive uma certa autonomia com a gestão, porque eu conseguia dizer que aquilo era legal. Então, participo desde o início, acho que é um espaço importantíssimo, assim, alguns municípios agora parece que estão acordando, que estão despertando, entendo a importância deste trabalho de forma coletiva. Fico chateada em ver como é difícil a participação da própria universidade que está ligada diretamente, tem tempos que estão presentes, tem tempo que estão ausentes, eu acho que vai muito pela motivação das pessoas, pelo desejo das pessoas, de militar também né (Rozaura. Representante de Serviços Municipais de Saúde na CIES).

Esta questão da militância e é bem interessante que a gente constrói isso, né como pessoa, questão de vida, está dentro de nossa personalidade [...]. Nós não comprovamos cientificamente, mas acreditamos que quando a comunidade participa do processo e constrói junto, ela vai também se qualificar no processo e trazer a sua necessidade pra qualificar o próprio processo. Então por dentro mesmo da CIES tem tanta coisa pra fazer (Cellinha. Representante da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde na CIES).

A militância proporciona, em contrapartida, crescimento pessoal e profissional. Na visão dos militantes entrevistados, essas questões não são questões que “se busca”, mas acontecem como consequência da própria militância. Ser militante, nesse sentido, é estar inserido em dinâmicas que possibilitam aprendizagem e construção do conhecimento, significando que a militância permite também o desenvolvimento dos profissionais. Através da militância, os integrantes da CIES puderam aprender sobre si mesmos, sobre as relações pessoais, sobre o mundo, sobre a sociedade, permitindo mudanças de comportamento e possibilitando uma realização pessoal.

Eu aprendi a me relacionar com as pessoas, com a vida, com os problemas, com o mundo, a estar no mundo de uma forma diferente. Hoje eu sou uma pessoa melhor do que eu poderia ter sido se eu tivesse buscado um caminho sozinha. Aprendi muito profissionalmente. Eu cresci e se tenho uma competência profissionalmente, eu dou graças ao movimento realizado na CIES (Thamy. Representante da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde na CIES).

A educação permanente em saúde dos trabalhadores, a avaliação sistemática das novas práticas, a inclusão de movimentos sociais no processo dentre outras, são vias importantes e necessárias ao estabelecimento dos novos referenciais na prática cotidiana. É um conhecimento que potencializa novas formas de saber, novas formas de inserção profissional, novas formas de atuação social e política. (CAMPOS, 2000b).

Ao assumirem a militância, os profissionais de saúde que atuam na CIES afirmaram que ela representou um marco, um “divisor de águas” em suas vidas, ao vivenciarem mudanças na área da saúde que trouxe junto uma oportunidade permitindo mudar, crescer, tanto pessoal quanto profissionalmente. Com a militância, eles adquiriram respeito, conhecimentos e ampliaram seus relacionamentos interpessoais e se realizaram como seres políticos e sociais e ainda cresceram na sua própria militância à medida que foram avançando e assumindo outras esferas de atuação.

#### 4.4.4. A CIES e a construção da política pública de educação permanente em saúde na Região 28 de Saúde.

Como uma última reflexão, que expressa também a intenção maior do estudo realizado, cabe analisar a importância que a CIES, através de sua militância, tem na construção da política pública de educação permanente em saúde na Região 28 de Saúde, tanto no que diz respeito à reflexão sobre a política, quanto no que diz respeito à articulação de ações que visam desenvolver e afirmar tal política na Região 28 de Saúde. Elementos que se constituíram através do relato de ações que a própria CIES realizou no período de análise, mas, também, através das manifestações de gestores municipais e de trabalhadores de saúde. Nesse sentido, se reforça essas questões:

Então, acho que a função da CIES até como análise do que foi construído naqueles projetos e depois, dos resultados e da busca pelo apoio dos secretários de saúde eu acho que atinge assim esse objetivo e por isso ela se mantém, sabe. Porque estão vendo os resultados. São pequenos passos que têm modificado a realidade do serviço de saúde [...]. Daí, eu faço uma síntese [...] eu penso que [...] dá pra considerar que a CIES é o espaço de formulação das alternativas da política de educação em saúde, da tomada de decisões, formulação da política, porque ali é o espaço onde se concentram as buscas dessas ações que serão implementadas nos municípios da região. Um espaço em que a nós com outros atores, pessoas dos movimentos sociais que direta ou indiretamente vão se beneficiar (Cida. Representante de Trabalhadores Estaduais em Saúde na CIES).

De qualquer forma, e num esforço de síntese a ser construída, considerando a metodologia proposta pela teoria do “ciclo de políticas públicas”, cabe recolocar a questão da importância histórica da CIES na construção da política pública de educação permanente em saúde a partir das manifestações dos entrevistados sobre essa importância nos diferentes “ciclos das políticas públicas”: a identificação de problemas relacionados à educação de profissionais em saúde; a formação de agendas; a formulação de alternativas; o processo de tomada de decisões; a execução da política; a avaliação da política adotada.

Entende-se, inclusive, que uma análise como a proposta, tomando as manifestações dos entrevistados como referência principal, se constituiu num meio da própria pesquisa realizada proporcionar aos participantes da CIES um momento de reflexão sobre o que têm feito e qual a contribuição que a Comissão tem dado aos diferentes momentos da construção de uma política de educação permanente em saúde na Região 28 de Saúde.

#### 4.4.4.1. A militância na CIES e a identificação dos problemas na Política de Educação Permanente em Saúde.

A condução da Política de Educação Permanente em Saúde através da CIES é orientada por estratégias e práticas teóricas e políticas que pretendem estar vinculadas com as políticas do SUS. Nesse sentido, são estabelecidas articulações coletivas de participação dos segmentos que compõem a Comissão, para a reflexão de ações educativas a serem contempladas em programas e projetos abrangidos pelo Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde, a partir das diretrizes regionais, principalmente constituída pela “identificação dos problemas” (CIB/RS. 2007b).

Esta primeira aproximação de “identificação de problemas”, em sua interface com as políticas públicas estabelecidas nos serviços de saúde é considerado pelos participantes da CIES um aspecto que requer um tempo maior, pois o propósito é identificar em cada um dos municípios da região aqueles problemas que impedem que as ações de educação em saúde alcancem seus objetivos enquanto política pública.

Segundo Quintana (2016), em se tratando de educação em saúde, são diversas as possibilidades para a “identificação de problemas”, tais como experiências individuais ou grupais e o papel específico educativo de transformação do trabalho supondo a condição histórica e subjetiva dos trabalhadores de saúde; porém, o principal problema está relacionado aos processos de trabalho (QUINTANA, 2016, p. 57). Por isso que a investigação da educação permanente em saúde aplicada à análise do trabalho é uma ferramenta que permite mais transparência a partir de uma posição teórico-metodológica vinculada às necessidades educativas, podendo ser mais eficazes para a transformação desse processo (QUINTANA, 2016).

A importância que a militância tem na identificação dos problemas está nas descobertas de necessidades de educação em saúde e nos vazios de conhecimento institucionais, sendo necessária uma mudança urgente e de forma estratégica. Róvere (1993) define como “problema” a brecha entre uma realidade e um desejo acerca de como deveria ser essa realidade para um determinado observador (RÓVERE, 1993, p. 79). A partir desta perspectiva, o autor ressalta que os problemas não existem independentemente dos sujeitos que o problematizam, mas emergem pelo caráter subjetivo de conhecer, pensar e problematizar a transformação das práticas do trabalho (RÓVERE, 1993).

Interessante notar que, ao ser apresentada essa temática para os participantes da CIES, em princípio a pergunta foi entendida como problemas que a própria Comissão enfrenta para organizar suas atividades. Nesse sentido, inclusive, elencaram alguns desses problemas, tais como o problema da burocracia documental e financeira, a falta de entendimento conceitual de educação permanente em saúde e o de gestão. Pela importância das questões apontadas, as visões acerca desses problemas são registradas, ainda que, após, cabe precisar a análise sobre a identificação de problemas que, efetivamente, contribuem para a formação das agendas de políticas públicas.

Em relação ao problema da burocracia documental e financeira, os participantes da CIES apontam para diferentes tipos de dificuldades encontradas para o encaminhamento das ações, tanto na relação que estabelecem com os municípios quanto na relação que estabelecem com outras instâncias governamentais. A manifestação de Beatriz é ilustrativa:

E uma burocracia muito demorada e que aí não envolve só a CIES, mas pelas outras instâncias que tem que percorrer, como a SETEC, CIES, CIR e CIB, e isso são bastante demorados no sentido de que a gente tem que fazer o projeto correndo pra passar pela SETEC se possível, e assim garantir lugar na CIR e pra ser aprovado ou não e [...] depois disso parece que tranca e é muito complicado fazer isso andar [...] (Beatriz. Representante do Movimento Estudantil na CIES).

O outro problema identificado foi a falta de entendimento conceitual entre educação permanente em saúde e a sua relação com educação continuada. Conceitos que foram se apresentando na área da saúde como sinônimos, mas com significados diferentes. Nessa direção, Jacira esclarece essa dificuldade:

Eu acho que é a visão do que realmente é educação permanente e educação continuada. Dos conceitos até então, mas eu acho que é a dificuldade de entender a mudança, do olhar, da prática, de articular mais, de buscar, de colocar [...]. Eu entendo como um grande problema esse desconhecimento, do que é educação permanente em saúde, desvalorização pela educação dos profissionais de saúde [...]. Então, assim, daqui a pouco tu nem chega a um problema, ou como eu vou resolver esse problema, de educação em saúde, como vai ser o processo até resolver o problema? (Jacira. Trabalhadora em Saúde).

Nas últimas décadas, no Brasil, o conceito de educação permanente tem se fortalecido como um conceito de competência processual, cuja abordagem é orientada para enriquecer a essência dos seres humanos e suas subjetividades em todas as etapas da existência e não somente dos trabalhadores (MÂNCIA, 2004). É entendida como uma atualização cotidiana das práticas para a construção de relações e processos que emergem do interior das equipes, com seus agentes e práticas organizacionais. E é



justamente nesses processos de reflexão sobre os problemas da prática do trabalho e da busca das intervenções necessárias para alcançar a transformação das mesmas que muitas vezes os profissionais se veem inclinadas a buscar por atualizações para obter novos conhecimentos, principalmente quando falta o apoio e compreensão do gestor.

Identifico como um problema a dificuldade de entendimento do gestor para nos liberar para qualificação. Nesse momento até essa questão da dificuldade de participar da CIES, enquanto gestora de serviços. Como é que tu vai passar ali, uma manhã por mês? Na verdade é uma manhã por mês na CIES Regional e um dia e meio, dois, para a CIES Estadual. E aí é visto [...] mesmo não tendo custo para o município, é visto, como se fosse [...] como se eu estivesse brincando. É um momento bastante difícil! (Keila. Trabalhadora em Saúde).

Por fim, em relação ao problema relacionado ao desconhecimento dos gestores sobre a política pública de educação permanente em saúde, os participantes da CIES cobram uma maior aproximação dos gestores com as próprias atividades que se desenvolvem a partir da Comissão.

Acho que o principal problema ainda é o gestor não ter se dado conta de quanto isso é fundamental para os trabalhadores, né. Pois no momento que estes são qualificados, se qualifica também o atendimento ao usuário. (Felícia. Trabalhadora em Saúde).

O não entendimento da política por parte dos gestores em saúde dos municípios da região. Eu acredito mais no desconhecimento do que pelo conhecimento, até pelo conceito de saúde que a gente trabalha. Muitos gestores ainda têm como área prioritária de suas ações as instituições hospitalares, que por sua vez [...] ainda o foco é na doença né, não pela saúde [...]. Mas acho que isso vai muito do conceito de saúde que a gente trabalha ainda, né. Que não é um conceito ampliado, que é focado nas doenças, nas questões biológicas [...]. Não é o gestor que vai detectar o problema. É quem está lá no dia a dia, na ponta e que percebe as dificuldades, as potencialidades [...]. (Duda. Trabalhadora em Saúde).

Problemas de gestão. Acho que a forma como se faz a gestão dos serviços determina o andamento das coisas. A gestão não está [...] não tem uma troca, não tem momento de troca. Então, até no espaço da educação permanente, as pessoas não têm acesso à informação como deveriam (Rozaura. Representante de Serviços Municipais de Saúde na CIES).

Observa-se que os depoimentos colocam em evidência problemas distintos, o que deveria levar a intervenções diferentes para sua resolução. Nesse contexto, a gestão redefine o espaço, o papel e a orientação do componente de educação permanente para a construção do trabalho coletivo. Os problemas identificados pelos entrevistados exigem estratégias específicas de pactuação entre gestores, de mudança de concepção de educação e de determinadas atividades estatais e dos profissionais. Nesses casos, a qualificação e a formação exercem forte influencia, principalmente porque, além da espontaneidade do cuidado necessário, ajuda a entender que nem todos os problemas são transformados em problemas educacionais, mas sim, por uma busca explicativa dos

problemas identificados no dia a dia dos serviços de saúde, assumindo uma atitude pedagógica no desdobramento de suas soluções técnicas (CONASS, 2011).

Cabe notar também que através da educação permanente é permitida a articulação de diferentes problemas, com necessidades de diversas estratégias a serem formuladas e implementadas junto à gestão no sistema. É impossível para os atores públicos concentrarem as suas atenções e atenderem a todos os problemas existentes em um determinado município ou região, pois além de abundantes, os recursos necessários são insuficientes. No entanto, é necessário entender quais questões serão tratados pelo gestor nesse processo de definição dos principais problemas identificados estarem contemplados na Formação da Agenda.

Essa constatação serve já para dizer que, em que pese a pergunta sobre a participação da CIES na definição dos problemas não ter sido entendida num primeiro momento, a forma como foi compreendida pelos entrevistados permitiu-se perceber que os mesmos indicavam questões importantes e, inclusive, algumas delas vinculadas a dificuldades encontradas pela própria Comissão no que diz respeito à discussão da realidade da saúde em sua Região de abrangência e, também, à definição dos problemas efetivamente existentes e, nesse sentido, balizadores das ações em educação permanente em saúde.

Nesse sentido, há a compreensão de que a CIES tem uma importância fundamental na identificação de problemas que fundamentam a própria elaboração de uma agenda de atuação no campo da educação permanente em saúde. A avaliação da importância da CIES (anteriormente apresentada), contemplando tanto participantes da Comissão quanto gestores municipais, afirma essa proposição, pois se há algo que apareceu como consenso nos diferentes depoimentos é que a Comissão tem sido de fundamental importância para que a própria temática da educação permanente em saúde ganhe visibilidade na Região 28 de Saúde.

Isso não significa, é claro, que é somente na CIES que ocorre a identificação de problemas, a partir dos quais os gestores articulam suas ações de educação permanente em saúde. Também já foi registrado que, mesmo em nível municipal essa ação é realizada, inclusive através dos NUMESCs (onde existem). Mas a existência de outros mecanismos de identificação de problemas não relativiza a importância que a CIES tem nesse ciclo de construção das políticas públicas de educação permanente em saúde na Região 28 de Saúde.

#### 4.4.4.2. A militância na CIES e a formação da agenda na Política de Educação Permanente em Saúde.

A definição da agenda determina o processo de decisão dos governos, no que diz respeito à constituição de um problema e quais ações de política pública serão resolvidas. Surge quando são listados os problemas que inquietam os governantes e outros membros da sociedade, em certo momento implicando que o governo reconheça que um problema é uma questão ‘pública’ e mereça a sua atenção (ARRETCHE, 1999).

Nesse sentido, é importante destacar que, mesmo que determinadas agendas sejam consideradas importantes pelos trabalhadores em saúde ou pelos participantes da CIES, uma vez encaminhados para as instâncias de decisão governamental, não necessariamente essas agendas se transformam em agendas públicas. Ou seja, não necessariamente recebe prioridade em relação a outros, pois tal prioridade ocorre com a junção de diversos fatores, como a própria vontade política, uma forte mobilização social e a avaliação de custos para a resolução destes problemas (ARRETCHE, 1999).

Através das entrevistas realizadas, pode-se observar que nem sempre os gestores públicos têm sensibilidade para ouvir a própria CIES na definição das agendas públicas de educação permanente em saúde.

A gente percebe uma desqualificação em relação à educação em saúde, onde esta política não é prioridade. O profissional não é ouvido da forma que deveria né, como atuante, se isso será colocado como pauta de agenda pelo gestor dos processos de trabalho, dos serviços de saúde? Só se houver muita pressão dos membros da CIES (Duda. Trabalhadora em Saúde).

Não tem prioridade para a política de educação no município, não. Gestores de serviços não sabem o significado da sigla NUMESC – Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva. Então, se tu ouves isso de colegas de gestão, que tem o cargo de coordenar as unidades, e não sabe que tem um espaço específico de educação permanente, justamente para discutir essas questões, fica muito complicado tentar descobrir onde estão as prioridades de educação, qualificação, sabe? Não tem prioridade, não (Rozaura. Representante de Serviços Municipais de Saúde na CIES).

Claro que não dá para desconsiderar que a CIES constitui um espaço privilegiado de debates e de sistematização dos problemas e das propostas constituídas pela militância e outros profissionais, representantes da gestão de saúde nos municípios. E, nesse sentido, inclusive como já foi registrado, tem autonomia para definir ações e/ou propor projetos que, em alguns casos, são aprovados e tem consequências.

No que diz respeito às prioridades na agenda governamental, no entanto, um processo que envolve vários sujeitos, com interesses e concepções distintos, nem

sempre os participantes da CIES têm condições de interferir de modo significativo. Nesse sentido, através dos depoimentos, o próprio caráter consultivo da CIES coloca limitações em sua atuação nesse ciclo das políticas de educação permanente em saúde.

Para uma questão passar a ser vista como um problema envolve processos sociais e políticos, bem como as circunstâncias de dinâmica complexas. Para minimizar esses fatores, os gestores públicos precisam de uma base sólida de conhecimento, capacidade de estratégias, de análises. A inclusão de um problema na agenda de políticas públicas é apenas um começo. Ele ainda precisa de outras etapas nesse processo. A política é pra fazer a gestão, ela está na agenda a partir de uma discussão lá do conselho nacional de saúde que conseguiram um espaço dentro da secretaria de gestão do trabalho e educação em saúde, né (Cellinha. Representante da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde na CIES).

Como nós temos muitos projetos bons e que para a CIES eles ainda vigoram, a gente batalha, e pensa em cima desses projetos para ver quais a gente vai priorizar para tentar que o município implemente em suas políticas. Pois já podem ser executados. Só que como tudo é muito moroso, não adianta nós querer executar tudo. Então se pensa, qual a gente vai dar prioridade. Nós, enquanto CIES, pensamos a proposta, enviamos como pauta de agenda para que a CIR aprove como prioridade, ou não (Thamy. Representante da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde na CIES).

Os dois depoimentos anteriores também indicam conflitos, identificados pelos gestores entrevistados, entre posições distintas em relação às prioridades da educação em saúde. A maioria desses conflitos confronta os militantes da CIES, muitas vezes propondo ações a partir da atenção a problemas estruturais de qualificação dos trabalhadores de saúde, e os gestores municipais, mais preocupados com o atendimento de demandas de curto prazo, ou, então, a demandas específicas de seus próprios municípios. Note-se, inclusive, que os gestores municipais tendem a definir suas prioridades a partir de suas próprias realidades municipais. Nesse sentido, é simbólico que entre os gestores municipais entrevistados (alguns gestores de pequenos municípios) se observe uma maior pressão por ações vinculadas à atenção básica.

O que temos como prioridade é a questão da atenção básica de saúde, do atendimento primário. Claro que a gente tem muita dificuldade pra fazer essa atenção de prevenção porque a parte curativa ela não para, ela nunca cessa, não tem tempo que tu vá ter uma pausa pra te dedicar totalmente a atenção primária. (Oliver. Gestor Municipal de Saúde).

Acreditamos que trabalhar a atenção básica é a prioritária pra que a gente possa dar andamento, dar atendimento a saúde, então. Buscamos trabalhar com a atenção básica como sendo a porta de entrada no sistema. Isso não é muito fácil de fazer porque existe toda uma cultura de se valorizar muito o sistema de hospitais e as especialidades. Então é um trabalho que dentro da cultura da população também tem uma certa resistência o que faz com que esse processo seja bastante lento, mas o que ocupa a agenda do gestor como prioridade ainda é a atenção básica (Alberto. Gestor Municipal de Saúde).

#### 4.4.4.3. A militância na CIES e a formulação de alternativas na Política de Educação Permanente em Saúde.

Numa dinâmica de construção de políticas públicas, na medida em que uma agenda é estabelecida, torna-se necessário definir as linhas de ação que serão adotadas visando enfrentar os problemas identificados. É o momento da formulação de alternativas, que compreende um processo em que se definem os objetivos das ações, que programas serão executados, que metas se pretendem alcançar.

No caso da política de educação permanente em saúde, há uma disposição legislativa de que todo o processo de construção das políticas públicas ocorra de forma cooperativa, envolvendo não somente agentes governamentais, mas, também, a sociedade civil organizada. Nesse sentido, o desenvolvimento e a formulação da Política de Educação Permanente em Saúde devem (ou deveriam) se constituir pelos diversos atores sociais que compõem a CIES, levando em consideração as especificidades da região no que refere à educação em saúde para a elaboração do Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde. Portanto, este é o momento em que é reconhecida a importância que essa militância tem na formulação de alternativas da política de educação permanente, pois o fortalecimento da participação intersetorial e coletiva contempla a representatividade e os interesses dos diversos segmentos no SUS, e o compromisso dos gestores no processo de educação permanente dos trabalhadores da saúde (BRASIL, 2007a).

Sendo assim, a militância aqui identificada pelos trabalhadores de saúde dos municípios da 28ª Região de saúde entende esse processo de construção como reflexão sobre as práticas de educação em saúde nos serviços e a formulação de propostas com possibilidades de transformar tais práticas conforme seus depoimentos em relação a importância da formulação de alternativas da política pública de educação permanente.

Acho que a formulação de projetos e as ações têm que começar pelos dirigentes, pelos coordenadores, começar pelo gestor, mostrar que ele está também tentando se qualificar, que ele está participando das formações em políticas de saúde, enfim, mostrar que ele também vai lá adquirir conhecimento e a partir daí disseminar com os demais servidores e formular ações de educação em saúde. E eles conseguem fazer isso, se tiverem o desejo, porque no dia a dia a gente não consegue ser todo o tempo suficiente e quando a gente consegue ir, a gente volta entusiasmado com o processo educativo e consegue transmitir com os seus coordenados, mas ainda falta uma coisa que se chama constância de propósito. Isso deve ser permanente, isso que é o grande problema que a gente acaba também no dia a dia não fazendo. Mas pelo menos a gente tem a consciência que pela constância de

propósito é que a gente vai conseguir formular essa política no município também (Tony. Gestor Municipal de Saúde).

Embora esse depoimento afirme uma centralidade das ações dos gestores na formulação de alternativas, é importante notar que não é uma visão consensual, pois entre outros gestores há uma compreensão da importância de que esse momento da construção das políticas públicas, como os demais momentos, deve se basear numa metodologia cooperativa, garantindo-se a participação dos diversos sujeitos e espaços que a própria legislação defende.

Para a formulação de alternativas, acho que é uma questão de articulação com o NUMESC, onde se pode reunir independente de recursos financeiros. Claro que o gestor tem que liberar. Tem que valorizar gente da rede, não trazer apenas gente de fora. O funcionário tem que sensibilizar o gestor, tem que ter iniciativa, tem que buscar sua educação permanente, tem que se reunir. A pessoa se bloqueia, ela mesma se poda na prática educativa, na participação [...] (Keila. Trabalhadora de Saúde).

Agora, as alternativas que encontramos em relação a formulação, enquanto saúde coletiva é o fortalecimento e a publicização, do NUMESC. Estamos montando um folder informativo sobre a rede e o NUMESC se incumbiu disto. Então vamos aproveitar este espaço enquanto estratégia pelo NUMESC. Isso também é uma alternativa de formulação de ações, de organização, em cima de coisas que a gente está vivenciando na prática. Seriam alternativas de tentar de alguma forma falar sobre educação permanente, falar sobre o NUMESC (Rozaura. Representante de Serviços Municipais de Saúde na CIES).

Percebe-se, a partir desses últimos depoimentos, uma expectativa de que as alternativas se constituam através do fortalecimento da gestão participativa. Que impulse a mobilização social, consolidando instrumentos de ação participativa.

As expectativas quanto ao como deveriam ser, no entanto, não definem como a realidade é. Nesse sentido, fica ainda a pergunta sobre qual é, efetivamente, a participação da CIES na formulação de alternativas, face aos problemas e às agendas construídas. Face à questão dessa natureza, alguns militantes procuraram, em suas entrevistas, clarear a atuação da Comissão nesse momento da construção de políticas públicas, tal como o depoimento seguinte ilustra:

Enquanto equipe matricial, a CIES faz o apoio de formulação do projeto, e ficou lá no regulamento da CIES. Refere-se ao processo de gerar, de criar um conjunto de escolhas, de políticas plausíveis para resolver problemas. E com isso surgem uma gama de potenciais, de escolhas de políticas que são identificadas como ferramentas ou instrumentos de políticas públicas de governo, os meios pelos quais os governantes se utilizam para implementar as políticas. Assim, é uma peça fundamental que envolve algumas dificuldades, pois aí são levantadas as propostas de soluções viáveis e

consistentes para a tomada de decisão [...]. A portaria já tem ancorado o olhar pra atenção básica. Após fazer o plano a partir da necessidade regional, vão encaminhar esse plano pra CIR. A CIES discute, levanta os dados, levanta as temáticas com todos os interessados e todos os que tenham vontade de participar e chama os que têm compromissos com os gestores né, e tenta formular isso pra região e faz o plano. E no plano contém recursos do fundo estadual de saúde. Os municípios podem fazer uma estratégia em como ele vai planejar. Ele pode planejar junto com a CIES regional. Então ele vai precisar atender o que aparecer no plano regional como necessário para o ano em curso né (Cellinha. Representante da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde na CIES).

Parece claro, nesse depoimento da Cellinha, que a CIES tem importância fundamental na formulação de alternativas, sendo um espaço não somente de reflexão sobre as necessidades, sobre os problemas, sobre as agendas, mas, também, sobre as alternativas de ações, que muitas vezes resultam em projetos, encaminhados pela própria CIES, que, uma vez recebendo recursos financeiros, são executados nos municípios e na Região.

A CIES, nesse sentido, constitui um espaço relevante para a construção coletiva de propostas educativas estabelecidas, pois é a partir do momento que são definidas as linhas de ação que se busca, através do Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde, definir a sua operacionalização pela formulação das propostas com os atores envolvidos e a militância. É um espaço, nesse sentido, de discussão sobre formas de atuação, sobre procedimentos e alternativas, auxiliando na escolha e contribuindo na execução das propostas. Nesse processo também está constituído a análise objetiva da viabilidade técnica, legal, financeira, política, dentre outras. Da mesma forma, a análise de riscos, as medidas de eficácia e a eficiência, a fim de que possa atender os objetivos propostos.

No momento de formulação dos projetos de Educação Permanente em Saúde pelos membros da CIES, são reveladas a complexidade e a articulação das explicações dos diferentes problemas, tornando-se evidente a necessidade de diferentes estratégias que, para serem formuladas e implementadas, necessitam de articulação com a gestão do sistema. Nesse sentido, apresenta-se também como uma estratégia de gestão, para que os necessários recursos de poder sejam mobilizado para enfrentar problemas de diversas naturezas e que incorporem estratégias educativas para fomentar o desenvolvimento de pessoas e equipes, na múltiplas dimensões dos sujeitos envolvidos no processo.

#### 4.4.4.4. A militância na CIES e a tomada de decisões na Política de Educação Permanente em Saúde.

Teoricamente, tal qual a etapa de formulação de alternativas, o processo decisório da política de educação permanente em saúde exige participação e envolvimento dos sujeitos que, pela própria legislação, define a importância da participação popular na construção das políticas públicas.

O processo decisório na Política de Educação Permanente em Saúde na Região 28 é instituído em espaços organizativos, com encontros e debates abertos, onde os atores representativos são a Comissão Intergestores Regional (CIR) e a própria CIES. É um processo de participação vital para o aperfeiçoamento da democracia em que governo e sociedade representados por seus segmentos aceitam-se como interlocutores legítimos com capacidade de dialogar sobre a Política de Educação Permanente em Saúde na região conforme a observação de alguns entrevistados.

É importante ver como essas decisões são tomadas em relação à Educação Permanente, pois geralmente os trabalhadores não têm autonomia para decidir nos serviços de saúde e isso vem dos gestores e numa instância maior como a CIES. Também vem possivelmente da CIR que é quem autoriza os processos formulados de Educação em Saúde para a região. Isso eu pude perceber com os trabalhadores com quem eu pude conversar (Beatriz. Representante do Movimento Estudantil na CIES).

A gestão estadual tem como responsabilidade prover o apoio e fortalecimento da articulação regional com os municípios aos processos de formação, qualificação e desenvolvimento dos trabalhadores para o SUS (BRASIL, 2006). Esta responsabilidade vem ocorrendo na região pela consolidação dos segmentos enquanto partícipes da CIES e da CIR. No entanto, como já foi indicado nesta dissertação e como o depoimento anterior indica, a CIES tem apenas poder consultivo, não sendo, portanto, a instância onde as decisões são tomadas.

Agora o processo decisório [...] passa além da CIES, a educação permanente passa pela CIES e passa por este órgão de gestão que é a CIR, né, um colegiado regional que fica sempre muito preocupado e envolvido com recursos para assistência, mas que tem também a responsabilidade de decisão, de tomada de decisão como uma função de política pública em que se decide ou não por uma determinada ação, né. Para tratar de um problema, muitas vezes levamos em conta uma série de considerações e análises políticas e técnicas. É mais política do que os processos que a antecedem, pois é trabalhada por atores mais experientes nomeados ou eleitos, mas nem por isso deixa de ser técnica, dependendo das evidências de sua análise né. Se pegar lá as pautas dos gestores, na CIR, a gente tem a pauta da educação permanente porque colocamos, estamos sempre lá, sempre lá, com um assuntinho ou outro, e isso são estratégicos, técnico, isso é proposital (Cellinha. Representante da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde na CIES).



O depoimento de Celinha é claro. As decisões são tomadas no Colegiado Regional. Formalmente, é isso que ocorre. Mas sua fala indica que os participantes da CIES se fazem presentes naquele Colegiado e, através de negociações, embates, pressões, tentam definir estratégias de ação também. A democratização do processo decisório das Políticas de Educação Permanente em Saúde é, portanto, um processo que convive em tensionamentos entre os participantes das duas comissões. Este momento tenso torna-se mais concreto quando se dispõe a analisar o processo decisório em suas diferentes etapas, pois elas dão mais visibilidade aos embates e acordos travados. Desta maneira, a análise de um processo decisório precisa levar em conta os atores que dele participam e em que etapas do processo participam.

É importante destacar, nesse sentido, que frente a diversidades de interesses, a formulação de uma política pública passa a ser uma tarefa complexa e com graus de dependência em determinantes sociais, econômicos e políticos (VIANA, 1996). E com a Política de Educação Permanente em Saúde não é diferente, pois, como em qualquer processo decisório, existe necessidade de interação, negociação, pactuações entre os diversos segmentos que compõem tanto a CIES quanto a CIR.

A tomada de decisão, a formulação e a implementação de políticas públicas fazem parte do mesmo processo político. Para acontecer à formulação de uma política há primeiramente a necessidade imprescindível de se ter acesso às informações e aos conhecimentos, a fim de se ter argumentos para suas propostas, que no caso das políticas regionais de educação permanente em saúde são levantados e apontados no Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde, construído coletivamente com os membros militantes e representantes da CIES e submetido à CIR para homologação, o que nem sempre acontece de forma harmônica. A democratização do processo decisório da Política de Educação Permanente em Saúde é, portanto, um processo que convive em tensionamentos entre os participantes das duas comissões.

A CIES certamente se constitui como um espaço público privilegiado, pois a participação produz estímulo e instiga a formação de cidadãos mais conscientes, ampliando a democracia e motivando os participantes. Nessa perspectiva, a CIES contribui significativamente para a qualificação do processo decisório.

#### 4.4.4.5. A militância na CIES e a implementação na Política de Educação Permanente em Saúde.

A etapa de implementação de uma política pública compreende o momento da sua execução. Parte do entendimento de que há uma série de fatores e condições que influenciam ações e decisões tomadas: “ela representa um processo no qual as decisões são acomodadas à realidade, se ajustando ao campo de aplicação e se inscrevem nas rotinas dos agentes que implementam a política”. (FLEXOR & LEITE, 2006, p.10).

Sobretudo, a implementação acontece quando os problemas se potencializam em função das negociações envolvendo diversos órgãos na sua execução. Trata-se de uma fase extremamente difícil, entre outras razões, porque tem implicações diretas sobre os resultados que a política produzirá.

É importante compreender como se configura o seu contexto na política pública em questão e, especialmente, quais são os fatores que sobre ela incidem e a determinam compreendendo o envolvimento de atores comprometidos com a política. Entre essas configurações estão o estabelecimento de metas a atingir, a natureza dos problemas que envolvem a implementação, as ideias que eles têm em como lidar com esse problema, considerando o contexto político em que estão inseridos, ou o montante dos recursos que serão investidos. (FLEXOR & LEITE, 2006).

A Política de Educação Permanente em Saúde, à medida que envolve uma série de particularidades com relação ao processo de formulação e implementação, inclui diferentes entes federativos, distintos atores com poderes específicos de tomada de decisão e uma relação diferenciada entre vários segmentos implementadores.

A sua implementação efetiva está a cargo dos municípios, especificamente das secretarias municipais de saúde, desde a sua adesão pela assinatura do Termo de Compromisso através do Pacto de Saúde (BRASIL, 2006). No entanto, as normas, regulamentos e orientações foram decididos no plano federal, a partir de negociações com outros níveis de governos e entidades como as CIR e CIES em âmbito regional regulamentado pelo Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde.

No que diz respeito a importância da CIES na implementação da Política de Educação Permanente da Região 28, os participantes da entrevista contextualizaram que a CIES tem não apenas responsabilidades, mas também potenciais para fortalecer o processo de empoderamento dos militantes, em seus diferentes espaços de intersecção,

na participação efetiva da construção e na implementação da política pública. Assim, a proposta de elaborar ações que sustentam a Educação Permanente em Saúde, é uma possibilidade viável para promover uma sensibilização dos membros da CIES para mudança nas ações desenvolvidas no ensino e no trabalho, e também de conscientização, de aprendizagem cotidiana, conforme os seguintes depoimentos.

A instituição dos NUMESCs nos municípios é um processo conhecido pelas políticas públicas aqui na região como implementação. Dinâmico, traduzido em ações, importante para a sua eficácia e onde são produzidos os resultados concretos da política pública original. Então ele [NUMESC] vai precisar atender o que aparece no plano regional como necessário [...]. Então o que tem no plano regional para este ano, né. Precisa discutir as redes. Aí o NUMESC tem que se preocupar com isso [...]. E fazer uma coisa que vem lá da CIES para ele. Mas ele também pode reunir o grupo todo de trabalhadores, de coordenadores de serviços, conselheiros de saúde municipais, e população interessadas nos processos educativos. As equipes podem fazer trocas de experiências dos seus locais de trabalho. Parar pra pensar. Fazer intercâmbio dos locais de trabalho dentro do município, botar pra conversar entre si. O que foi bem legal que fizemos no plano anterior foi a RESC. Foram as trocas de experiências. Foi bem legal o projeto no governo anterior. Outro envolvimento possível são as escolas, escolas estaduais e mesmo particulares, existentes nos municípios. É tradicional o envolvimento delas com outros setores e principalmente da saúde. Essa é a característica da luta né, pois quem está envolvido em querer que o SUS realmente se efetive e se mantenha, vai trazer o conhecimento que busca para as coisas andarem melhor, claro que dentro da coerência das diretrizes e dos princípios (Cellinha. Representante da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde na CIES).

Este depoimento remete à articulação da política de educação permanente em saúde entre trabalhadores de outros setores também. É importante compreender o diálogo como uma ferramenta que implica a práxis social, que se configura no compromisso entre a palavra dita e a ação realizada (FREIRE, 2006). Portanto, a partir do momento em que se estabelece um diálogo verdadeiro entre sujeitos sociais, isso possibilita o compromisso entre os envolvidos a fim de se atingir mudanças possíveis na realidade, fato que mobilizou a socialização dos problemas pelo “povo da CIES” na Região 28 de Saúde com os municípios para a implementação dos NUMESCs, e possibilitou que todos assumissem o compromisso com a resolução das dificuldades.

Nesse sentido, cabe aos militantes da CIES organizarem-se a fim de proporcionar ações de Educação Permanente em Saúde que sensibilizem os gestores sobre a sua importância para o desenvolvimento do SUS, em nível também municipal, além de regional, de modo que tenham argumentos para defender os investimentos em Educação Permanente em Saúde como, por exemplo, a criação de estruturas municipais,

bem como a contrapartida de recursos financeiros e humanos que se responsabilizem pela Política de Educação Permanente em Saúde em nível local (municípios).

Neste contexto, se torna importante também possibilitar a outros profissionais perceberem a implementação da política de educação em saúde e a sua importância na região como aparece na fala de Patrícia.

Ao formularmos um projeto para atuação em uma comunidade, nós fazíamos oficinas com as mulheres dentro do Bairro [...], e foi um trabalho, que originou a minha inserção na CIES com essa participação. Eu desenvolvi com o apoio de outras pessoas, um olhar que se pudesse trabalhar autonomia nas comunidades e aí fizemos um trabalho na comunidade, né? E naquela época o Bairro não tinha um posto de Estratégia da Saúde da Família e aí nós, através da militância, através de um trabalho todo voltado à isso, eu participei de um projeto de extensão da universidade, eu quis isso para poder inserir um trabalho de autonomia naquelas mulheres onde tem hoje na comunidade, enfim uma Associação de Moradores para que eles pudessem trazer as demandas ao gestor, secretário de saúde da época, e essas mulheres se reuniram, reivindicaram e hoje elas tem acesso à saúde e estão lá instaladas onde se trabalhou o grupo de mulheres e aí eu fiz essa parte, formulei e implantei junto com meus pares, um projeto que hoje faz parte da política pública de saúde do município e outras pessoas estão tomando parte, outros estão dando continuidade à essa discussão (Patrícia. Representantes do Movimento de Mulheres Negras na CIES).

O que Patrícia pretendeu afirmar em sua fala é que a cogestão e o protagonismo são importantes para que os participantes e militantes da CIES deixem a posição de sujeitos e assumam a de sujeitos sociais; que por meio da ação e reflexão estabeleçam e trabalhem para efetivação de mudanças, sendo necessário, para isso, que compreendam e assumam a sua posição na CIES de modo crítico, por meio de atos comprometidos.

A subjetividade então aparece e se movimenta em todo o processo de formação pedagógica e de saúde a partir das vivências, do experimento da vida, no seu modo de pensar, ser e agir sobre a realidade incentivada pelos membros que a compõem, pois nessa estrutura, todos são considerados articuladores nos processos, como ilustra a situação vivenciada por Rozaura.

O processo de implementação da política de educação permanente em saúde no município se dá através do NUMESC. Neste espaço de discussão estamos buscando falar também sobre as políticas públicas. O NUMESC está em processo de implementação, com reuniões sistemáticas quinzenais. E assim aos poucos, vamos agregando mais pessoas, mas tem um grupo assim, que se mantém, que já tem uma representatividade. Então o NUMESC dá a impressão de que está agregando várias coisas, então, está como um órgão articulador. Ele acabou sendo um espaço em que as pessoas possam se encontrar, trocar ideias, pensar e formular políticas públicas e disseminar a política de educação em saúde. O NUMESC é um espaço que os participantes gostam pois conhecem outros profissionais com os mesmos ideais, conhecem

novos programas, novas informações. E fora que você pode estar tornando outras pessoas militantes, né? E o gestor não gosta muito, isso incomoda, eles vêem a militância como incomodação, como pedra ali no sapato, mas a militância é isso, né? A militância desassossega, Enfim, pois mesmo a gente tendo um vínculo profissional no momento, não abre mão em poder fazer isso, levantar a bandeira, e defender também o poder público, defender as políticas públicas, né? E eu acho que tem alguns serviços, em específico, que também está a engessar a gente de uma forma que tu não pode fazer todas essas coisas (Rozaura. Representante dos Serviços Municipais na CIES).

Pode se considerar estas ações como uma busca constante na construção de estratégias, que direta ou indiretamente servem para analisar e implementar o processo de trabalho de educação permanente em saúde que foram desenvolvidos no interior da CIES, no processo de desvelamento crítico, tão importantes que possibilitam aos sujeitos sociais perceberem a política como uma estratégia que busca a formação dos profissionais da saúde e mudança dos serviços seguindo a lógica da integralidade (CECCIM, 2005). Isto porque pensar o tema de educação em saúde coloca o desafio de se construir ferramentas conceituais, teóricas e metodológicas que permitam a sua apreensão, mas, centralmente, a capacidade de identificar além dos problemas, oportunidades e estratégias para superá-los (OLIVEIRA, 2005). Pois, por onde passa a política pública, é necessário a preocupação com a implementação, sendo nesta fase de execução que permite que as metas definidas no processo de formulação sejam alcançadas com sucesso.

Por isso a militância na área da saúde, acaba trabalhando com políticas, no caso a educação permanente em saúde com a imagem e objetivo, e a gente sai por aí fazendo várias ações tentando implementar aquilo que nós temos como nosso ideal. E quando a gente para pra ver, percebemos que não necessariamente a gente tem que carregar esse ideal pronto, e fazer ele reverberar em vários locais, né, mas que a gente vai [...] na chegada do local, no processo da implementação, a gente vê que ali se produz, eu acho que isso é o rico. Porque se não, a gente fica imitando uma ideia que já está pré-estabelecida e a gente não consegue se dar conta do processo de dar vida que é uma das questões que está colocada na saúde coletiva é o que é interessante também na construção das políticas públicas. Eu acho que isso é aonde a militância perde. Porque a gente fica muito responsável para que um projeto que nós acreditamos avance e a gente sai por aí querendo defender ele a todo o custo e as vezes não se dá conta de que tem outras coisas aí acontecendo que não vão necessariamente prejudicar o nosso ideal e aí claro, tem que ter uma preocupação com as políticas neoliberais novas, né, que a gente acaba perdendo neste sentido (Elenara. Docente na área de Saúde Coletiva).

Independente do que seja a política ou a sua estrutura, o seu sucesso ou não depende dos implementadores. Se eles estiverem preparados e motivados poderão mobilizar os recursos necessários para superar obstáculos. (CARVALHO, 2010).

#### 4.4.4.6. A militância na CIES e a avaliação na Política de Educação Permanente em Saúde.

No contexto das políticas públicas, a fase da avaliação é imprescindível para o desenvolvimento e os ajustes posteriores das formas e dos recursos da execução pública. E a política de educação permanente em saúde possui em seu processo educativo esse princípio crítico/reflexivo/criador/libertador, que coloca em análise a formação em saúde, pois ao estruturar-se a partir de relações concretas entre os sujeitos envolvidos possibilita a construção de espaços coletivos para reflexão e para a avaliação das ações produzidas no cotidiano do trabalho. (FEUERWERKER, 2007, p. 03).

Na configuração das políticas de educação permanente em saúde, e considerando sua dimensão regional, além da identificação de problemas, na formulação de agendas, na definição de prioridades e alternativas de ação, a CIES ocupa um espaço de fundamental importância na avaliação da política de educação permanente em saúde.

Flexor & Leite (2006), considera que a avaliação de políticas públicas é uma atividade normativa, individual ou grupal, e consiste em apreciar os efeitos atribuídos a ação do governo onde os avaliadores agem em função de várias referências, de seus valores e normas, de suas percepções com grande probabilidade de divergir quanto aos efeitos da ação pública. (FLEXOR / LEITE, 2006, p.11).

Entre as várias definições e modelos atribuídos à avaliação de políticas públicas, destacado por Viana (1996), a avaliação de impacto da política (considerado *ex-pos* – pois ocorre durante e depois da fase de implementação) é entendida como o modelo que mais se adequa à proposta do plano de ação de educação permanente em saúde, tal como se observa nas ações da CIES na Região 28. No sentido de acompanhar as suas propostas, a CIES estabeleceu um sistema de monitoramento e de avaliação das ações desenvolvidas e dos projetos executados com base nos problemas enfrentados na realidade, levando em consideração os conhecimentos e as experiências adquiridas. Esse sistema é uma etapa das atividades previstas no Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde, reavaliada sistematicamente em reuniões da CIR e CIES, e oferece elementos para a construção de disposições e engajamento percebidos no seguinte depoimento:

A portaria da CIB com orientações ao plano de ação de educação permanente em saúde já prevê uma avaliação, porque aí quando é contratada uma instituição pra executar o projeto é uma das responsabilidades, fazer

avaliação no término de cada atividade pelas pessoas que participam né? [...] Aí a instituição com a nossa participação vai criar um modelo de avaliação, vai ter alguém fazendo a relatoria e isso vai gerar um relatório que essa instituição de ensino vai fazer e vai nos passar. Então, [...] todos os projetos, eles tem uma avaliação, né? Terminou o projeto, se faz apresentação desse relatório, se compilam essas avaliações e aí se faz uma apresentação aos gestores na CIR. Mas também nós, “o povo da CIES”, os “militantes da CIES” temos esse compromisso de dar o retorno aos gestores né? Olha qual foi a avaliação desse projeto. Foi positivo, foi negativo, vieram muitas sugestões, o pessoal achou que não estava adequado. É isso! (Thamy. Representante da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde na CIES).

A importância da militância pela experiência adquirida é fundamental para a análise avaliativa da política de educação em saúde da CIES da Região 28 de Saúde. O monitoramento e a avaliação de impacto das ações desenvolvidas, de forma sistêmica, se tornaram de fundamental importância para a qualificação do processo de implementação da política, bem como norteia as futuras ações de formação dos profissionais de saúde levando-se em consideração a construção de indicadores, que possibilitem realizar o levantamento das necessidades e o estabelecimento de metas.

A avaliação é feita pelos cálculos dos índices de indicadores e visto por uma equipe de saúde qual o índice que o município está mais fraco, não atingiu a meta. Então neste item têm que reforçar os serviços, se é recursos humanos né, o que falta pra melhorar aquele serviço (Catarina. Gestora Municipal de Saúde).

As avaliações tanto de educação permanente em saúde quanto outras políticas de saúde são feitas com a equipe de trabalho e com o conselho municipal de saúde a cada quatro meses quando vem o relatório de gestão que é informatizado, né? Aí juntos, buscamos ver o que não foi alcançado de produção, o que pode avançar para trabalharmos nos próximos meses ou ano, dependendo da situação (Sérgio. Gestor Municipal de Saúde).

Em relação à educação profissional em saúde, as metas referem à qualificação e habilitação de profissionais para o SUS e estas devem ser articuladas à necessidade local e regional. Da mesma forma, a construção de indicadores que identificam estas necessidades auxilia as instituições no planejamento e no acompanhamento de ações específicas. O indicador é um parâmetro utilizado com o objetivo de avaliar e fornecer subsídio para o planejamento e, nesse caso específico, indicará o norte para qualificação dos profissionais que já atuam ou irão atuar no SUS.

Os resultados dos indicadores já seriam as avaliações que normalmente se fazem quando tem algum programa específico através de números que são levados para o gestor, e ele faz uma avaliação, depois tem a avaliação via instrumentos de avaliação como relatórios de gestão das ações de saúde que por sua vez são apresentadas ao gestor e ao Conselho Municipal de Saúde e

depois ao Estadual e assim por diante até chegar a esfera federal. Eu também acredito que essas avaliações depois vão influenciar muito na questão da elaboração do plano municipal de saúde, das diretrizes que depois das ações de saúde vão impactar toda a avaliação, e a avaliação impacta toda a questão do planejamento que impacta na utilização do próprio orçamento que a gestão tem pra botar em prática pelas ações e programas dessa política (Oliver, Gestor Municipal de Saúde).

A CIES da Região 28 de Saúde tem elaborado um conjunto de instrumentos visando subsidiar a avaliação que compreende a interrogação sobre o impacto da política e, por consequência, sustentar a tomada de decisão, tanto das gestões municipais quanto da CIR.

Assim que, pelo esforço conjunto dos atores envolvidos, principalmente da militância, foi estabelecido marco fundamental de engajamentos de profissionais de saúde na CIES da Região 28 de Saúde, tanto por experiências e valores quanto por motivações que foram se construindo e reconstruindo ao longo de sua história, estabelecendo articulações entre a militância e demais processos educativos de educação permanente em saúde. Oliveira (2005) refere que os relatos, mais do que transcrição de história de vida e a construção de acordo com as suas idealizações, apontam também para outros tipos de concepções de política pelos quais muitos sujeitos estão envolvidos na militância. Ou seja, o indivíduo reconstrói sua história conforme o que suas concepções de política lhe levam a pensar que seja um “início adequado” para sua trajetória militante. (OLIVEIRA, 2005, p. 132).

Portanto, para a conclusão deste que é o último capítulo desta dissertação, dois depoimentos são registrados, representando a importância da militância que se constrói através da CIES da Região 28 de Saúde e sua contribuição para a construção de uma Política Pública de Educação Permanente em Saúde na referida Região.

As políticas têm que ter os seus processos de identificação de necessidades, de como [...] na verdade precisa seguir o que está institucionalizado ao Sistema Único de Saúde. No momento em que ela tem essa margem de manobra, assim da gestão regional, da implantação da política mesmo dentro do ciclo da política, na fase de implementação, ela vai se modificando porque os jogos de interesses e disputas vão acontecendo e o que gente imaginou lá no começo não vai acontecer quando chega ali na ponta, dentro dos próprios municípios, está sempre presente, pelos diversos espaços que ela se articula, ela vai se modificando, de acordo com o movimento da política, no processo de implementação e para a política formulada, a política realmente executada, que acontece na prática. Aí eu penso que é importante a militância porque ela vem buscar aqui o lado original da política. A militância no sentido da política pública e o aprendizado. Acho que as duas coisas se complementam, porque quando tu aprendes sobre a política original, se entende porque ela é assim. É um trabalho de consciência das pessoas. É um trabalho que não



pode ser feito a cabresto, ele precisa estar sabendo por que está se fazendo aquilo e claro que nos jogos de interesse que dá um espaço pra isso, que dá um espaço pra pessoa dizer não, à determinados interesses que pareciam tão óbvios que tinha que ser assim (Cellinha. Representante da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde na CIES).

Vou te dar um exemplo bem prático disso. Que foi o PET Saúde Mental Regional, que tu deve estar lembrada que nós inventamos aqui na região, na UNISC junto com a 13ª, houve o primeiro PET Regional no Brasil. Nós inventamos isso! Porque sempre era o município sede da universidade que assumia, mesmo que os alunos fossem de outros municípios. E não foi fácil pra ninguém. Acho que foi uma das participações em processos de política de educação em saúde que mais me marcou. Marcou a minha vida, marcou a vida da UNISC, até desse movimento da Comissão de Integração Ensino Serviço na região. Eu fui apresentar o PET Saúde da Família na reunião dos gestores da região e o PET Saúde da Família era para atuação no município de Santa Cruz do Sul. E os gestores da região de outros municípios [...] da CIR, que era um espaço, né, de arenas decisórias como um espaço de negociação da formulação da política, não só de educação em saúde, mas de outras políticas públicas [...] de relevância e depois tinha que ter essa apresentação para ser aprovado aqui, depois na CIB, que também tinha a sua atuação na coordenação do processo de elaboração da política de saúde no Estado, em especial na operacionalização da diretriz constitucional de descentralização do sistema. A gente tinha que remeter à respectiva CIR como proposta de agenda de saúde, que uma vez aprovada, constituía a primeira etapa deste processo. É importante também dizer que [...] a Agenda de Saúde é um instrumento participativo, resultante da negociação e do consenso entre órgãos de gestão, conselhos de saúde e comissões Intergestores. Enfim, tinha todo esse fluxo. Então eu fui apresentar lá e os gestores me questionaram porque era só o município de Santa Cruz e no questionamento, como eu não tinha muitas respostas, né, eu dei uma resposta dizendo que os alunos que eram de origem dessas cidades, iriam vivenciar os projetos aqui e que iriam depois ser trabalhadores de seus municípios e que de qualquer forma os municípios receberiam o benefício. Mas não contente com isso, me comprometi com eles de que no próximo PET (sem saber que teria outro PET) que seria regional. Esta foi uma estratégia utilizada emergencialmente, né. E meses depois, não deu um ano, veio a proposta do PET Saúde Mental. E nós [...] eu por ter me comprometido, e o pessoal da 13ª, da CIES por ter tido essa discussão, nós propusemos um projeto envolvendo outros municípios. E foi muito difícil dentro da universidade. Não porque as pessoas não quisessem, mas porque era difícil a visualização da rede, realmente era uma dificuldade. Algo muito novo e que desprenderia muito, exigiria muito desafio. Então, esse foi um processo de tomada de decisão diante do momento, né. Foi um momento em que interesses e intensões tiveram um enfrentamento e necessitava de uma resolução imediata. Mas como ele era saúde mental, ele conseguiu existir. Como a saúde mental sempre tem esta questão de desafiar já faz parte da história, já é um processo militante, faz parte de a saúde mental fazer algo que ninguém faz que é difícil avançar [...]. Era eu e mais dois outros professores que naquele momento nos envolvemos com isso, nós selecionamos os alunos para os três municípios envolvidos da região. Enfim, foi outro processo da política, como é, o [...] processo de formulação que demandou uma negociação de várias partes com recursos humanos e físicos para a construção de uma proposta e com vários atores sociais. E esse processo de formulação, né de uma política de educação em saúde, ela explicita conflitos e interesses, sofrendo reformulações constantes em cada etapa do processo, né e foi isso que aconteceu, novas formas de negociações. Aí, com a execução, a implantação do PET Saúde Mental, os alunos gostaram muito e foi uma coisa muito legal. Porque eles saem daquela existência de ser um sujeito mediado pelo professor de fazer acadêmico com uma perspectiva curta ou mínima no seu entorno e passa a ser um sujeito e interage com autoridades dos

municípios e representa lá em última análise o seu curso, seus professores, seus colegas e sua universidade naquele município. E desse processo desencadearam projetos de PET-Saúde Regionais em todo o País. Então essa articulação [...] a gente em grupo militou dentro da Universidade, a gente fez uma grande discussão assim que professores juntamente com a 13ª e os profissionais é que trouxeram, então foi uma verdadeira interação da gestão com a universidade e depois disso uma interação ensino serviço – numa perspectiva regional. Durante e após a execução do Pet Saúde Mental foi feito o processo avaliativo, com todos os atores envolvidos, a UNISC, a CIES e também os gestores dos municípios e foi feito uma análise de mensuração conforme as previsões nos projetos governamentais e os efeitos e resultados efetivamente atingidos. Avaliados através de critérios e indicadores para proporem a continuidade dessa forma de regionalização dos próximos PETs Saúde. Percebeu-se pelas pessoas envolvidas, os atores, o quanto isso deu uma potência aos municípios trabalharem mais essa relação com as universidades e também pra preceptoria, porque, através do PET e do VERSUS que se expandiu a preceptoria que envolve profissionais competentes para isso e que outros profissionais no entorno começaram a olhar para isso. E também quando o gestor manifesta o interesse, ele também provê os recursos estruturais para a sua execução (Odethe. Docente na área de Saúde Coletiva – Unisc, na CIES).

Por fim, cabe destacar então que a Comissão de Integração Ensino-Serviço da Região 28 de Saúde-RS têm realizado um trabalho relevante e desafiador no sentido de buscar a reorganização dos processos de trabalho a partir da realidade local e regional merecendo atenção e destaque no âmbito desta pesquisa científica enquanto política pública. Os recentes dispositivos de gestão descentralizada, por meio do Pacto pela Saúde, tornam-se interessantes na medida em que confere autonomia a seus representantes para legitimar necessidades regionais em saúde, ao passo que exigem responsabilidade e capacidade técnica, abertura ao diálogo e perseverança frente às adversidades.

Ao longo desses anos, a CIES tem reunido esforços coletivos e o trabalho articulado das ações propostas, o planejamento e a execução de diversos seminários, projetos e cursos com e aos profissionais de saúde em diversas instâncias e representações enquanto personagens de um movimento indispensável à sustentação da política de Educação Permanente em Saúde na Região 28 de Saúde-RS.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS.

Esta dissertação teve a pretensão de contextualizar a discussão de uma política de educação permanente em saúde no Brasil, com ênfase no caráter regional que a mesma tomou a partir da primeira década do presente século, levando a pesquisa a decifrar os caminhos que levaram à definição do objeto de estudo da presente dissertação, ou seja, ao espaço político que a militância e participantes da CIES ocupam na construção de uma política de educação permanente em saúde na Região 28 de Saúde, no Rio Grande do Sul.

A partir dessas discussões, outras questões teóricas sobre políticas públicas de saúde se fizeram notar, sobretudo as comprometidas com as especificidades regionais e a superação das desigualdades regionais atribuídas às Comissões Intergestores Regionais com a participação da Comissão de Integração Ensino-Serviço enquanto condutores regionais da política de educação permanente em saúde articuladas ao processo de formação profissional entre diferentes concepções de educação em saúde e nos diferentes segmentos da sociedade na CIES.

As questões levantadas inicialmente (apresentadas na introdução deste trabalho) e que fizeram parte de todo o percurso da dissertação, buscaram esclarecer e dar sentido ao problema de pesquisa, quais sejam: Expectativas dos gestores municipais de saúde e dos diferentes segmentos que compõe a CIES em relação aos espaços regionais de discussão e decisão de uma política de educação permanente em saúde, e as suas concepções que sustentam as práticas sociais diante dos embates presentes em contextos de definição de políticas de qualificação dos profissionais de saúde. Da mesma forma se buscou entender as trajetórias de atuação política da militância e as articulações que se realizam para que no âmbito da CIES se tornem consequentes na própria definição das políticas municipais de educação em saúde.

Diante dessas questões, se objetivou analisar a dinâmica de participação do poder público, das instituições de ensino, dos trabalhadores em saúde e dos movimentos populares na CIES da Região 28 de Saúde identificando as ações voltadas aos profissionais em saúde e desenvolvidas no âmbito da Região e perceber o posicionamento desses participantes em relação às exigências em termos de qualificação aos profissionais em saúde defendidas pelo Sistema Único de Saúde.

Constatou-se também que a CIES, vinculada com a participação política e comprometimento de seus membros com a temática da educação permanente em saúde, forneceu uma nova reflexão a esta investigação, qual seja: a participação de uma militância objetivada no ativismo político de diferentes agentes que participam desta comissão procurando refletir sobre o próprio alcance político que esse espaço de discussão da política de educação permanente em saúde tem alcançado na referida região. A pesquisa orientou-se então, em investigar as trajetórias de atuação política que esses militantes têm no campo da política de educação permanente em saúde buscando compreender, nessa construção (histórica, sociopolítica, espacial), a importância política ocupada por esta militância na Região.

A CIES da Região 28 de Saúde tem se constituído num espaço a partir do qual uma militância no campo da educação permanente em saúde se constrói na referida Região. E se constrói enquanto uma militância que estrutura suas ações tomando como recorte a própria Região, na medida em que comprometida com a afirmação da Política Nacional no território que constitui tal Região. Nesse sentido, essa análise é uma análise, também, norteada pela questão acerca da própria importância que essa militância tem na identificação dos problemas, na formação de agendas políticas, na formulação de alternativas, no processo de tomada de decisões, na execução das políticas e na avaliação da política de educação em saúde.

Consequentemente, o presente estudo também mostrou que a CIES têm em sua proposta metodológica, ações estratégicas de educação permanente em saúde e constitui-se como um instrumento essencial para a capacitação e qualificação dos profissionais, buscando suprir as lacunas de formação e possibilitando um novo olhar de conhecimento e atitude, trazendo subsídios para que eles possam entender e atender às necessidades de saúde da população, de resolutividade, de organização dos serviços e de transformação da realidade, para identificar os possíveis problemas no cotidiano de trabalho e com isso contribuir para a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho.

Outro destaque importante neste estudo foi a participação de indivíduos, de instituições, e sujeitos sociopolíticos na construção de políticas públicas que compreendidas a partir de suas necessidades, de seus interesses (econômicos, políticos, sociais, culturais), de suas visões de mundo, interferiram em diferentes espaços nos quais as políticas públicas foram construídas. Espaços de diálogo, reflexão e ação

fundamental no interior da CIES, haja vista a responsabilidade que os sujeitos militantes possuem na consolidação de propostas de Educação Permanente em Saúde e que vem de uma trajetória de engajamento na militância pelo SUS determinando a efetivação de mudanças nas práticas de saúde, e o envolvimento de distintos segmentos da sociedade em instâncias de tomadas de decisões.

A partir das percepções dos entrevistados, percebe-se que as propostas e as ações desenvolvidas pela e através da CIES têm grande importância, na medida em que possibilita aos gestores municipais e aos trabalhadores de saúde perceber a política como uma estratégia que busca a formação dos profissionais da saúde e a própria mudança dos serviços, seguindo a lógica da integralidade, proporcionando espaços para a discussão de temas que permite à Educação Permanente em Saúde configurar o desenvolvimento das ações preconizadas no SUS. Assim como se verificou que o conhecimento adquirido pelos gestores de saúde sobre a CIES e demais estruturas da educação em saúde imbricadas neste contexto, influencia muito o processo de desenvolvimento da Política de Educação em Saúde na região e são constituídas em mobilizações de diferentes formas no seu enfrentamento, inclusive quanto ao financiamento e planejamento das ações, visualizando, assim um processo contraditório, em relação à percepção da militância, porém de mobilização nas ações realizadas, visando desenvolver a educação permanente em saúde nos municípios da Região 28 de Saúde.

No decorrer da análise afirmam-se os avanços que foram alcançados no que diz respeito à formação dos trabalhadores em saúde, desde os anos 1990, mas, ao mesmo tempo, atenta-se para as dificuldades que uma política de formação dos trabalhadores em saúde ainda enfrenta na construção de propostas e a inserção em programas de educação permanente, que inclusive nos municípios vem sendo desenvolvida de forma lenta e gradual, em especial quando se pensa na relação propugnada pelo SUS de uma formação profissional articulada com o cuidado integral.

Entretanto, a discussão analisada neste estudo, aponta que mesmo que a CIES esteja presente na região, propondo o debate sobre educação permanente em saúde há anos, ainda torna-se necessário um processo de consolidação. Pois se é importante que os gestores públicos e os trabalhadores participem da construção da política pública de educação permanente em saúde, é ainda mais importante que os participantes da CIES se tornem referências no trabalho de socialização do conhecimento sobre a referida

política, tanto na relação que se estabelece com as instâncias estaduais quanto na relação que deve ser estabelecida com os municípios.

À gestão em saúde, por sua vez, cabe estimular o processo de mobilização social, a fim de fortalecer a participação social nas políticas de saúde e de educação permanente em saúde e somar forças nesse processo de possibilidades sendo necessário que as várias instâncias do SUS assumam um papel de indutor dessas mudanças que ainda não foi incorporada ao cotidiano dos serviços em todos os municípios da 28ª região de saúde.

Vale ressaltar que, embora a educação permanente em saúde seja um tema que se discute há vários anos, considera-se que ainda torna-se necessário manter e introduzir, na prática, seus pressupostos teórico-metodológicos. E, além disso, é importante investigar, discutir e tornar o assunto cada vez mais presente no cotidiano dos serviços, onde novos estudos devem estar presentes com o intuito de analisar, problematizar e aprofundar novas formas de compreensão de educação em saúde destacando a importância deste tema na atualidade. Pois devido ao processo dinâmico que se instalou no decorrer desta pesquisa de dissertação, certamente os seus resultados servirão de subsídios para discussão e identificação de aspectos semelhantes que precisam ser trabalhados e aperfeiçoados em outras regiões do País.

Estas são apenas algumas considerações sobre a experiência de uma CIES Regional do Estado do Rio Grande do Sul. Muito ainda precisa ser construído na área da educação permanente em saúde. Muito ainda precisa ser conversado, apre(e)ndido, discutido, incorporado numa prática que somente o cotidiano mostrará avanços no fazer da saúde. A principal característica da CIES da Região 28 de Saúde é não se pautar pela lógica de cursos verticalizados, segmentados, vindos de interesses corporativos. A lógica é de trabalhar com todos os atores do quadrilátero, integrando-os, buscando avançar na política de uma forma coesa e significativa trabalhando com a interdisciplinaridade da militância como uma forma de luta, inspirada na ideia do papel do intelectual orgânico (Gramsci, 1979), para um combate constante e desfazer as barreiras de poder/saber impostas e instalar em seu lugar a problematização do próprio posicionamento.

## REFERÊNCIAS

ABRUCIO, FL. Descentralização e coordenação Federativa no Brasil: lições dos anos FHC. In: ABRUCIO, FL, LOUREIRO MR. **O estado numa era de reformas: os Anos FHC - parte 2**. Brasília: MP, SEGES; 2002. 316 p.

ALBUQUERQUE, M. do C. A. **Participação social no Brasil hoje**. São Paulo: Editora: Instituto Pólis, 2002. (Pólis Papers)

ALBUQUERQUE, VS, GOMES, AP, REZENDE, CHA, SAMPAIO, MX, DIAS, OV, LUGARINHO, RM. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Rev. Bras. Educ. Méd.** 2008; 32(3): 356-62.

ALMEIDA, L.P.G; FERRAZ, C.A. Políticas de formação de recursos humanos em saúde e enfermagem. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, 2008. jan-fev; 61(1): 31-5.

ANTUNES, M.J.M. AABEn na defesa dos princípios éticos, políticos e técnicos na implementação do SUS. **Revista Eletrônica de Enfermagem** (online), Goiânia, v.3, n.2, jul-dez, 2001. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>. Acesso em dez.2015.

ARRETCHE, M. A Política da Política de Saúde no Brasil, in: LIMA, N.T; GERSCHMAN, S; EDLER, F.C; SUAREZ, J.M. **Saúde e Democracia, História e Perspectivas do SUS**, parte III, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2006.

\_\_\_\_\_. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um estado federativo. **Rev. Bras. Cienc. Soc.** 1999; 14(40): 111-41.

BAPTISTA, T. W. de F; REZENDE, M de. A ideia de ciclos na análise de políticas públicas. In: MATTOS, R.A; BAPTISTA, T.W.de F. (org). **Caminhos para análise das políticas de Saúde**, ENSP, Rio de Janeiro, 2011

BATISTA, K. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.20, n.4, p.884-899, 2011.

BECKER, H. **Outsiders: estudos de sociologia do desvio**. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

BRASIL. Casa Civil. **Decreto nº7. 508, de 28 de junho de 2011**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional Presidência da República, Brasília, DF, 2011a.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**, Brasília-DF, 1988.

\_\_\_\_\_. **Lei Orgânica da Saúde**, Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. 1990a Brasília-DF.

\_\_\_\_\_. **Lei Nº 4.182 de 28 de dezembro de 1990**, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências

intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990b Brasília-DF.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 198/04, de 13 de fevereiro de 2004.** Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, DF, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.** Aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde. Brasília, DF, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.996/07, de 20 de agosto de 2007.** Brasília, DF, 2007 a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. A educação permanente entra na roda: polos de educação permanente em saúde: **conceitos e caminhos a percorrer.** Brasília DF, 2005

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria – Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS. Brasília, MS; 2007b. (**Série Pactos pela Saúde;** v.3).

BUSS, P. M. Promoção da Saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.163-177, 2000.

CALDART, R. S. **A Pedagogia do Movimento Sem Terra.** São Paulo: Expressão Popular. 3. ed. 2004.

CAMPOS, G.W.de S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos.** São Paulo: Hucitec, 2000.

CAPELLA, A. C. N. Formação da Agenda Governamental: Perspectivas Teóricas. XXIX Encontro Anual da ANPOCS, GT19, 2005 - Políticas Públicas. **Anais.** Disponível em: [http://portal.anpocs.org/portal/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=3789&Itemid=318](http://portal.anpocs.org/portal/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=3789&Itemid=318)

CARTA DE OTTAWA, Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde - **relatório**- Ottawa, novembro de 1986

CARVALHO, A. I. de. **Conselhos de Saúde no Brasil:** participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: Fase/Ibam, 1995.

CARVALHO, M.L; BARBOSA, T.R.C.G; SOARES, J.B. **Implementação de política pública:** uma abordagem teórica e crítica. X Coloquio Internacional sobre Gestión Universitaria em el marco de los Bicentenarios de America del Sur, Mar del Plata, Argentina, 2010.

CECCM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário, **Interface:** Comunicação, Saúde, Educação. Campinas,v9,n.16,p.161-77, set. 2004/fev.2005.



\_\_\_\_\_. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v.10,n.4, p. 975-986, out/dez. 2005

\_\_\_\_\_; FEUERWERKER, L. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Caderno de Saúde Pública**. [s.l]: v.20, n.5, p.1400-10,2004a.

COHN, A. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: LAURELL, A. C. (Org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. 2ed. São Paulo: Cortez, 1997, p. 225-244.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de saúde. Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, In: **Para entender a gestão do SUS**. Nº 9, Brasília: CONASS 2011.

CUTOLO, R.L.A. **Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica**. Arquivos Catarinenses de Medicina Vol. 35, no. 4, de 2006.

DYE, Thomas R. Mapeamento dos modelos de análise de políticas públicas, In: HEIDERMANN, Francisco G.; SALM, José Francisco (org.) **Políticas Públicas e desenvolvimento: bases epistemológicas e modelos de análise**. UnB, Brasília, DF, 2010.

ESCOREL, S; NASCIMENTO, D.R; EDLER, F.C. As Origens da Reforma Sanitária e do SUS in: LIMA, N.T; GERSCHMAN, S; EDLER, F.C; SUAREZ, J.M. **Saúde e Democracia História e Perspectivas do SUS**, parte III, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2006.

\_\_\_\_\_. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 323-364.

ESCOREL, S; Giovanella, L; Mendonça, M.H.M; Senna, M.C.M. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam. Salud Publica/Pan Am J Public Health** 21(2), 2007

ETGES, Virginia E.. A região no contexto da globalização: o caso do Vale do Rio Pardo. In VOGT, Olgário P., SILVEIRA, Rogério L.L. (organizadores). **Vale do Rio Pardo: (re)conhecendo a região**. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2001.

FAURE, Edgar. **Aprender a ser**. Lisboa: Bertrand, 1981.

FEUERWERKER, L. Educação na saúde: educação dos profissionais de saúde – um campo de saber e de práticas sociais em construção. **Revista Brasileira Educação Médica**, v. 31, n. 1, p. 3-4, 2007.

\_\_\_\_\_. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS, **Interface** (Botucatu), Botucatu, v.9, n.18, Dez, 2005.

FLEXOR, G; LEITE, S, P. **Análise De Políticas Públicas: Breves Considerações Teóricas- Metodológicas** (Subárea 4: Economia e Estado – Sessão Ordinária), 2006

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 33 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2006.

FREY, Klaus. Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 21, 2000.

GIL, C.R.R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(2): 490-498, mar-abr, 2005.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. Editora Atlas S.A. São Paulo, 1995

GRAMSCI, A. **Os intelectuais e a organização da cultura**. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1979.

IBGE. **Censo Demográfico 2010 - Resultados do universo**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 30 jan. 2016.

KINGDON, John. Juntando as Coisas. IN: SARAVIA, E; FERRAREZI, E. **Políticas públicas**; coletânea. Brasília: ENAP, 2006. V 1

LOPES, S.R.S. et al. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Comunicação em Ciências Saúde**, Brasília, v.2, n.18, p.147-155, abr.2007.

MANCIA, J.R.; CABRAL, L.C; KOERICH, M.S. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. **Rev. Bras. Enferm.** V.57 n.5 p.605-10 Brasília ser./out.2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a18v57n5.pdf> acesso em: 20 dez. 2015.

MASSON, G. **As contribuições do método materialista histórico e dialético para a pesquisa sobre políticas educacionais**. IX AMPEDSUL-Seminário de Pesquisa em Ação da Região Sul, UEPG, 2012

MELUCCI, A. **A invenção do presente**: movimentos sociais nas sociedades complexas. Petrópolis: Vozes, 2001.

MENDES, A. N. **Tempos turbulentos na saúde pública brasileira**: impasses do financiamento no capitalismo financeiro. São Paulo: Hucitec, 2011.

MENDONÇA, F. F.; NUNES, E. F. P. A. Necessidades e dificuldades de tutores e facilitadores para implementar a política de educação permanente e saúde em um município de grande porte no Estado do Paraná, Brasil. **Interface - Comunic. Saude, Educ.**, v.15, n.38, jul./set., 2011. p.871-82.

MORAES, J. L.A, Potencial Econômico dos Principais Segmentos da Cadeia Produtiva do Girassol nas Regiões Vale do Rio Pardo e Vale do Taquari. **Revista Estudos do CEPE**, Santa Cruz do Sul, n36, p.61-85, jul./dez. 2012.

NICOLETO SCS, MENDONÇA FF, BUENO VLRC, BREVILHERI ECL, ALMEIDA DCS, REZENDE LR, Polos de educação permanente em saúde: uma análise da vivência dos atores sociais no norte do Paraná. **Interface**. 2009; 13(30): 209-19.

NÚCLEO REGIONAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA, 13ª CRS. Biblioteca. ATAS de Reuniões da CIES da Região 28 de Saúde, **Livro 01**. Santa Cruz do Sul-RS.

OLIVEIRA, G.N; PENA, R.S; AMORIM, S.C; CARVALHO, S.R; AZEVEDO, B.M.S; MARTINS, A.L.B. Novos possíveis para a militância no campo da Saúde: a afirmação de desvios nos encontros entre trabalhadores, gestores e usuários do SUS. **Interface** (Botucatu). 2009; 13 Supl. 1:523-9.

OLIVEIRA, W. J. **Paixão pela Natureza**. Atuação profissional e participação na defesa de causas ambientais no Rio Grande do Sul entre 1970 e início dos anos 2000. Tese (Doutorado em Antropologia – UFRGS), 2005.

PAIM, J.S. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 18 [ 4 ]: 625-644, 2008a, p. 626

PAOLI, M. C. Movimentos sociais em busca de um novo estatuto político? In: HELLMANN, M. (org). **Movimentos sociais**. São Paulo: Marco Zero, 1995.

PINTO, I, C, de M. MUDANÇAS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS: a perspectiva do ciclo de política, **Rev. Pol. Públ. São Luis**, v. 12, n. 1, p. 27-36, jan./jun. 2008.

PIRES, R. R.; VAZ, A. Participação faz diferença? Uma avaliação das características e feitos da institucionalização da participação nos municípios brasileiros. In: AVRITZER, L. (Org.). **A dinâmica da participação local no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010. p. 253-304.

QUINTANA, P.B; ROSCHKE, M.A.C. **Educação permanente processo de trabalho e qualidade de serviço na saúde**. Tradução livre por Fernando Cardoso Nascimento – Jornalista MT-DRT 05489. Disponível em: [www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/](http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/) último acesso em 22 de fevereiro de 2016.

REIS, E. **Contestação, engajamento e militantismo**. da luta contra a ditadura à diversificação das modalidades de intervenção política no Rio Grande do Sul. Tese (Doutorado em Ciência Política), 2007.

RIBEIRO, A.C.T, Regionalização: fato e ferramenta. In: LIMONAD, E; HAESBAERT, R; MOREIRA, R. (org.). Brasil, século XXI por uma nova regionalização, agentes, processos, escalas. **Espaço & Sociedade**, Max Limonad, Rio de Janeiro, 2004.

RIO GRANDE DO SUL, Colegiado de Gestão Regional da 13ª CRS. **Resolução nº 01/07**. Secretaria Estadual de Saúde, 06 de novembro de 2007a.

\_\_\_\_\_. Colegiado de Gestão Regional da 13ª CRS. **Resolução nº 03/07**. Secretaria Estadual de Saúde, 06 de novembro de 2007b

\_\_\_\_\_. Secretaria Estadual de Saúde. CIB. Distribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino Serviço (CIES). CIB/RS. **Resolução nº 143/07**. Porto Alegre (RS): SES; 2007c.

\_\_\_\_\_. Secretaria Estadual de Saúde. CIB/RS **Resolução nº 45/07**, de 16 de maio de 2007, Porto Alegre, RS, 2007d.

\_\_\_\_\_. Secretaria Estadual de Saúde. CIB/RS **Resolução nº 170/07 de 19 de setembro de 2007**, que Define as atribuições do Colegiado de Gestão

Regional (COGERE), no âmbito da Educação Permanente em Saúde, Porto Alegre, RS 2007c.

\_\_\_\_\_. Secretaria Estadual de Saúde. **CIB/RS Resolução nº 77/08 de 06 de abril de 2008**, Porto Alegre, RS 2008.

\_\_\_\_\_. Secretaria Estadual de Saúde. **CIB/RS Resolução nº 555/12 de 19 de setembro de 2012**, altera a configuração e a quantidade de Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul, e institui as Comissões Intergestores Regionais – CIR, Porto Alegre, RS, 2012

RODRIGUES NETO, E.R. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, sua proposta, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Incentivo à participação popular e o controle social no SUS**. Brasília, 1994.

RÓVERE, M.R. Planificacion Estratégica de recursos Humanos em Salud Programa de Desarrollo de Recursos Humanos em Salud Organizacion Panamericana de La Salud. Serie **desarrollo de recursos humanos** nº 96 Oficina Sanitária Pan-americana \* Oficina Regional de la organizacion mundial de la salud Washington, D.C. 20037, E.U.A. 1993

SANTOS et all. A definição de prioridade de investimento em saúde: uma análise a partir da participação dos atores na tomada de decisão, **Physis** Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 25 [ 4 ]: 1079-1094, 2015

SANTOS, M. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. São Paulo: Hucitec, 1996.

SARRETA, F.O. **Perspectivas da Educação Permanente em Saúde: Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

SECCHI, Leonardo. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006, p. 20-45. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16.pdf>

TEIXEIRA, C. (Coord.). **Planejamento & gestão de sistemas e serviços de saúde**. São Paulo: Bireme/Opas/OMS, 2002. Disponível em: [http://www.saudepublica.bvs.br/itd/plan/plan\\_intro.pdf](http://www.saudepublica.bvs.br/itd/plan/plan_intro.pdf). Acesso em: 4 dez.2015.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais; a pesquisa qualitativa em educação**. 4. ed. São Paulo: Editora Atlas, 1994.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP). Fundação Faculdade de Medicina (FFM). Departamento de Medicina Preventiva. Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde. **Relatório Final**. Coordenação de Ana Luiza D'Ávila Viana. São Paulo: FM/USP, 2008, 248p.

VALVERDE, M.E.G.L. **Militância e poder** (Balizas para uma genealogia de militância).1986. 309 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas)- Departamento de Historia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, UNICAMP, Campinas, 1986.

VASCONCELOS, M. et al. Práticas pedagógicas em atenção básica a saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. **Módulo 4:** Belo Horizonte: Editora UFMG – Nescon UFMG, 2009. 70 p.

VIANA, A.L.D. Abordagens metodológicas em políticas públicas, **Cadernos de Pesquisa Nepp**, 5 Unicamp-Nepp, Campinas, SP, 1996.

## ANEXOS

### Anexo A– Roteiro de Entrevista– (1)

#### **Militância e políticas de educação em saúde: uma análise a partir da CIES (Comissão de Integração Ensino-Serviço) na 28ª Região de Saúde (RS).**

Objetivos: Analisar como as tensões entre as concepções de educação em saúde pressupostas pelo Sistema Único de Saúde e as concepções de formação profissional implicadas em processos de reestruturação neoliberal dos serviços de saúde condicionam a gestão e a execução das políticas públicas de educação dos trabalhadores em saúde.

#### **Entrevista com Gestores de Saúde**

##### **Dados da entrevista:**

Nome do Gestor: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

Grau de escolaridade: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Tempo de ocupação no cargo: \_\_\_\_\_

Data da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

##### **Roteiro da entrevista:**

#### **1. A gestão municipal da saúde**

- Qual é a sua concepção sobre as políticas públicas do SUS?
- Como se dá o planejamento das ações de saúde em sua gestão?
- Na sua gestão é realizada avaliações em ações de saúde no município? Como são realizadas as avaliações?
- Quais as áreas prioritárias em sua gestão?

#### **2. A organização do trabalho na saúde pública (no município)**

- Como é organizado, e qual a sua avaliação a respeito da infraestrutura disponibilizada para os serviços de saúde deste município?
- Quais têm sido as formas de contratação de profissionais no município?

- Como são definidos os espaços de pactuação e discussão de ações, prioridades, etc? Quem participa desses espaços? Como ocorrem? Há definição de uma agenda comum de ações?

- Quais as principais facilidades e dificuldades enfrentadas pela equipe para o desenvolvimento de ações? No caso das dificuldades, como superá-las?

**3. As políticas municipais voltadas à educação dos trabalhadores que atuam na saúde pública no município (identificação das ações existentes no município num período recente – quando existem).**

- Quais são as políticas municipais de saúde e como são organizadas?

- Como você percebe a Política Pública de Educação em Saúde em âmbito geral?

- Existe política de educação permanente com os profissionais de saúde? Como ocorre?

- Quais problemas são identificados em relação à educação em saúde no seu município?

- Que lugar este problema ocupa na agenda política? Ou seja: ele é prioritário? Recebe atenção, é necessário? Se não, Por quê?

**4. O processo de discussão e de implementação das políticas voltadas à educação dos trabalhadores que atuam na saúde pública no município?**

- O que é necessário para implementar a Política de Educação Permanente em Saúde?

- Como você (enquanto gestor) se percebe no processo de implementação da política de Educação Permanente em Saúde?

- Quais são os resultados trazidos por essas ações? De que maneira esses resultados são avaliados?

- Quais alternativas ou estratégias são utilizadas para a solução do problema? Alternativa de qualificação, programas e temáticas no âmbito do trabalho com vistas à mudança da prática profissional no seu município?

- Com a formulação de alternativas, quem toma as decisões? Ou seja: Como se dá a tomada de decisão para a solução do problema?

**5. Avaliação da formação profissional dos trabalhadores que atuam na saúde pública do município**

- Quais são suas percepções sobre o processo de formação dos profissionais da saúde? A graduação é suficiente?

- E no município, como são avaliadas as formações profissionais e as experiências práticas dos trabalhadores em questão?
- Em sua opinião, quais competências os profissionais precisam ter para o trabalho em saúde coletiva?
- De que forma é realizada a análise da competência, habilidades/capacidades para o cuidado?

#### **6. Representações acerca da educação (desejada e necessária) para os profissionais que atuam na saúde pública do município.**

- Como se dá o processo de participação dos profissionais nas ações de saúde? É de forma representativa ou voluntária?
- De que forma são problematizadas as ações, as práticas educativas e a participação dos atores?
- Como são realizadas as estratégias para a formação dos profissionais no seu município?
- Quais os fatores que dificultam a adesão dos profissionais a uma qualificação?
- Como você avalia essas práticas de educação em saúde desenvolvidas pelos profissionais? Qual a contribuição dessas práticas?

#### **7. A relação do município com a CIES (se conhece, se tem representante, se participa)**

- Na pesquisa que estou realizando, o foco é dirigido às ações de Educação em Saúde como atuação na Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES). Nesse sentido, você poderia me dizer o que entendes sobre esta Comissão?
- Qual sua opinião sobre a Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) enquanto instância colegiada intersetorial e interinstitucional permanente que participa da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde?
- Quais qualificações realizadas a partir da Comissão de Integração de Ensino-Serviço (CIES) entre os anos 2007 a 2014 o seu município fez parte?
- Quais foram, na prática, a resolubilidade dessas ações?
- A política de Educação em Saúde tem sido implementada? Como tem se dado? Como tem sido aplicada?



## **8. As representações sobre a importância da CIES.**

- O município se faz representar na Comissão de Integração de Ensino-Serviço (CIES)?
- Como é realizada a representação/participação do município nesse processo de educação permanente em saúde que vem ocorrendo de forma regionalizada pela Comissão de Integração de Ensino-Serviço (CIES)?
- De que forma os representantes da Comissão Permanente de integração Ensino-Serviço (CIES) se tornam agentes de construção quando se posicionam ao fazer saúde em âmbito municipal?
- Quais são os impactos na prática profissional: motivação para compartilhar o conhecimento pelos trabalhadores participantes de qualificações a partir da Comissão de Integração de Ensino-Serviço (CIES)?

– Roteiro de Entrevista– (2)

**Militância e políticas de educação em saúde: uma análise a partir da CIES (Comissão de Integração Ensino-Serviço) na 28ª Região de Saúde (RS).**

Objetivos: Analisar como as tensões entre as concepções de educação em saúde pressupostas pelo Sistema Único de Saúde e as concepções de formação profissional implicadas em processos de reestruturação neoliberal dos serviços de saúde condicionam a gestão e a execução das políticas públicas de educação dos trabalhadores em saúde.

Entrevista com Trabalhadores em Saúde

**Dados da entrevista:**

Nome do Gestor: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

Grau de escolaridade: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Vínculo institucional: \_\_\_\_\_

Tempo de ocupação no cargo: \_\_\_\_\_

Data da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Roteiro da entrevista:**

1. Como é organizado o processo de trabalho em saúde do qual fazes parte?
2. Como você percebe a Política Pública de Educação em Saúde em âmbito geral?
3. Quais problemas são identificados em relação à educação em saúde no seu município?
4. Que lugar este problema ocupa na agenda política? Ou seja: ele é prioritário? Recebe atenção, é necessário? Se não, Por quê?
5. Quais alternativas ou estratégias são utilizadas para a solução do problema? Alternativa de qualificação, programas e temáticas no âmbito do trabalho com vistas à mudança da prática profissional no seu município?
6. Com a formulação de alternativas, quem toma as decisões? Ou seja: Como se dá a tomada de decisão para a solução do problema?
7. Na organização do trabalho, de que forma são problematizadas as ações, as práticas educativas? Como avançam?
8. Como se dá o confronto crítico entre as formações profissionais e as experiências práticas dos trabalhadores em questão?
9. A política de Educação em Saúde tem sido implementada? Como tem se dado? Como tem sido aplicada?

10. Como se estabelecem as relações de autonomia e a criatividade no cotidiano do trabalho?
11. Como são as condições de trabalho e de forma se realizam os processos de negociação entre trabalhador e empregador/gestor?
12. Em que consiste a avaliação sobre a Política de Educação em Saúde? Possui indicadores? Que critérios?
13. De que forma é realizada a análise da competência/capacidades para o cuidado?
14. Quando e como começou sua militância pela saúde?
15. Quais as dificuldades que você encontra na militância?
16. Como você se percebe enquanto um militante da educação em saúde e representante da Comissão de Integração de Ensino-Serviço (CIES), no processo de implementação da Política de Educação em Saúde na Região e em seu ambiente de trabalho?
17. Como ou de que forma os representantes da CIES se tornam agentes de construção quando se engajam na militância e se posicionam ao fazer saúde em âmbito municipal?
18. Como se dá o espaço de troca e discussão nos quais a problematização do trabalho fortaleça processos de mudança também nas Comissões de Integração de Ensino-Serviço (CIES)?
19. Quais as discussões predominantes nos encontros da Comissão de Integração de Ensino-Serviço (CIES)? Como ela se organiza (reuniões, periodicidades)? De que atividade você participa?
20. Qual a quantidade, tipos de qualificações ofertados pelas Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES/RS) aos profissionais da saúde no decorrer nos anos 2007 a 2014 de que fizeste parte?
21. De que forma você considera a regionalização de uma educação permanente em saúde e como ela se desenvolve?
22. Como essa participação tem contribuído com sua prática de trabalho?

– Roteiro de Entrevista – (3)

**Militância e políticas de educação em saúde: uma análise a partir da CIES (Comissão de Integração Ensino-Serviço) na 28ª Região de Saúde (RS).**

Objetivos: Analisar como as tensões entre as concepções de educação em saúde pressupostas pelo Sistema Único de Saúde e as concepções de formação profissional implicadas em processos de reestruturação neoliberal dos serviços de saúde condicionam a gestão e a execução das políticas públicas de educação dos trabalhadores em saúde.

**Entrevista com Militantes na CIES**

**Dados da entrevista:**

Nome: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

Grau de escolaridade: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Vínculo institucional: \_\_\_\_\_

Tempo de ocupação no cargo: \_\_\_\_\_

Data da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Roteiro da entrevista:**

Esta entrevista se destina a um grupo específico de profissionais militantes em saúde engajados na causa. Serão narrativas de forma biográfica com relatos de experiências vividas no decorrer dos caminhos percorridos até o engajamento, suas formas e modos de agir e suas histórias. Assim, também é possível perceber as articulações estabelecidas entre a militância e os demais momentos da prática de educação em saúde.

As questões abaixo percorrerão a narrativa.

- representações na CIES.
- relação com os municípios
- relação com a região de saúde
- o ser militante no campo da educação em saúde
- o espaço político (na identificação dos problemas, formulação das agenda das políticas, formulação das alternativas, tomada das decisões, implementação das políticas, e avaliação das políticas).

**Anexo B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

A aluna, Maria Raquel Pilar Steyer, do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional – Mestrado e Doutorado. Área de concentração: Desenvolvimento Regional, Linha de Pesquisa “Estado, instituições e Democracia”, da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC está propondo uma pesquisa sobre: “Militância e políticas de educação em saúde: uma análise a partir da CIES (Comissão de Integração Ensino-Serviço) na Região 28 de Saúde – RS.” como trabalho de conclusão do mestrado, sob orientação do Professor Dr. Marco André Cadoná. O objetivo é buscar entender o conhecimento e necessidade dos profissionais sobre a temática e mostrar a realidade de Política de Formação Profissional em Saúde aos gestores municipais da região e para auxiliar no planejamento e avaliação dessas ações. O projeto justifica-se à medida que proporciona um conhecimento ampliado sobre a Política de Formação profissional de saúde.

Você, como profissional de saúde e representante social da Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES), está sendo convidado para participar deste estudo. Sua participação tem que ser livre e voluntária, se concordar em participar, será entrevistado e deverá responder as perguntas relacionadas ao tema do estudo. A entrevista será posteriormente transcrita para a análise. Sua identidade é confidencial, ou seja, quando os resultados forem publicados ela será preservada. Não haverá custo algum para participar desta pesquisa.

Você ficará livre para que em qualquer momento do estudo possa se retirar, sem que isso lhe cause problemas, também terá direito de entrar em contato com o pesquisador e com seu orientador para esclarecer dúvidas referentes ao estudo através dos telefones 51-37317265 (Maria Raquel), 51-37177392 (Professor Dr. Marco André Cadoná). Sob o parecer nº 1.155.032 do CEP – Comitê de Ética em Pesquisa da UNISC.

Este termo será assinado em duas vias, ficando uma com você e outra com o pesquisador.

Santa Cruz do Sul, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015

---

assinatura participante

---

assinatura pesquisadora