

POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: APRENDER PARA TRANSFORMAR

Hêider Aurélio Pinto¹

1. INTRODUÇÃO

Educação permanente em saúde (EPS) é um conceito que segue presente e com muita força nas reivindicações dos diversos atores do Sistema Único de Saúde (SUS) e nas propostas formuladas para o desenvolvimento do sistema. É sem dúvida um conceito polissêmico que muitas vezes significa coisas distintas, mas normalmente compreendidas na ideia de práticas educativas para melhoria e transformação do trabalho. É nessa perspectiva que pretendemos desenvolver esse ensaio, analisando questões relevantes de sua implementação como política, como prática de ensino-aprendizagem e como estratégia de gestão da educação para o desenvolvimento do trabalho.

Acreditamos que a ação de mudança das práticas, do processo de trabalho, dos próprios sujeitos e de suas relações, necessárias à qualificação da atenção, gestão, educação e participação em saúde, demandam processos de educação nos quais os sujeitos da ação sejam também sujeitos da problematização e transformação de suas práticas. Por isso são necessárias ao SUS políticas - não só nas três esferas de governo, mas também na gestão dos serviços e coletivos - que busquem identificar essa necessidade de processos de educação. As políticas precisam ainda provocar os sujeitos e territórios para que os processos aconteçam além de reconhecer, apoiar, fortalecer, renovar e promover a sustentabilidade onde ocorrem.

Para avançarmos nesse sentido é necessário refletir criticamente sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) identificando acertos, limitações avanços e potencialidades; e explorando caminhos possíveis para o desenvolvimento de políticas, em todos os âmbitos, que promovam e fortaleçam essas práticas. Buscaremos fazer isso com muita franqueza, reconhecendo a implicação institucional do autor com a PNEPS, mas deixando claro que o sujeito que fala é o militante do SUS e o sanitarista e

¹ Médico especialista e mestre em saúde coletiva, atuou como médico em equipe de saúde da família, como apoiar, preceptor, docente e facilitador de educação permanente, foi diretor de instituições relacionadas à atenção básica nos âmbitos regional, estadual e federal e atualmente é Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde.

não o sujeito da instituição que aqui estaria falando em nome dela ou em defesa de um período à sua frente. Não é um texto de prestação de contas até porque ele analisa sobretudo o período anterior à nossa investidura no cargo, apontando no presente apenas questões que podem ser aspectos potentes para um próximo momento da PNEPS.

Ao longo do texto, para não ser repetitivo, quando falarmos genericamente de mudanças das práticas estamos nos referindo não só a ações realizadas por sujeitos, mas também a processos de trabalho e até mesmo a serviços e organizações. Quando falarmos de mudanças na política estamos falando de toda ordem de ações, programas e políticas desde o âmbito de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) até uma política do Governo Federal. Além disso, estamos considerando práticas e políticas não só de atenção, mas também de gestão, educação e participação/controle social.

A reflexão presente neste ensaio busca: a- sistematizar brevemente uma crítica atual feita pelos gestores do SUS à PNEPS; b- problematizar, por meio de uma caricatura, o desencontro entre a demanda de uma ação de educação no trabalho e a oferta institucional apresentada em resposta; c- refletir sobre certas capturas e limites no modo como está normatizada a PNEPS; d- analisar na história da PNEPS avanços, potências e limites importantes que deveriam ser levados em conta para o seu fortalecimento; e e- identificar elementos no contexto atual que podem servir de base e potência para um novo avanço na PNEPS.

É importante destacar ainda que esse texto é tributário de três fontes principais. A avaliação da PNEPS que a Secretaria de Gestão da Educação e do Trabalho na Saúde (SGTES), em especial o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), vem desenvolvendo desde 2013 junto aos gestores municipais e estaduais, instituições de ensino e escolas do SUS, pesquisadores, movimentos sociais e diversos outros atores da saúde. A extensa fonte conceitual e teórica de diversos pensadores desse campo como Ricardo Ceccim, Laura Feuerwerker, Emerson Merhy, Luiz Cecílio, Alcindo Ferla, Gastão Campos, Túlio Franco e Ruben Mattos, só para citar os que mais frequentemente estudo e afirmar que as reflexões conceituais aqui em sua maioria tiveram como base importantes construções dos mesmos. E, principalmente, as riquíssimas experiências de diversos coletivos que pude ter contato, no Brasil e fora, e com os quais dialoguei, aprendi e estudei em minha trajetória de atuação em equipes de cuidado e de gestão nas três esferas de governo sempre muito relacionado ao tema da EPS.

2. CRÍTICAS FEITAS PELOS GESTORES DO SUS À PNEPS

De 2013 ao primeiro semestre de 2015 a SGTES, por meio do DEGES, realizou várias atividades para identificar junto a diversos atores do SUS o andamento das ações de EPS e as críticas e sugestões que os mesmos tinham à PNEPS. Foram estudadas a execução das ações feitas pelos entes com recursos do Ministério da Saúde (MS) para ações de EPS, aplicados questionários e realizados diversos diálogos por meio de oficinas, reuniões ou comunicação à distância. Parte importante da sistematização dessas contribuições foi apresentada na “Oficina de Educação Permanente em Saúde – dialogando sobre a política”, evento realizado pela SGTES em Brasília, nos dias 17 e 18 de dezembro de 2014. Destacaremos desse conjunto os pontos a seguir.

Os sujeitos responsáveis pela gestão da EPS nas Secretarias Estaduais de Saúde (SES) queixaram-se da falta de prioridade dada ao tema, tanto no próprio estado quanto nos municípios. Apontaram que a rotatividade dos interlocutores nas Secretarias Municipais de Saúde (SMS) aumentava ainda mais essa dificuldade, gerando descontinuidade ou atrasos na realização de projetos.

Contudo, a maior parte das dificuldades apontadas foi da ordem administrativa: insegurança quanto ao legalmente adequado e possível uso do recurso de EPS do MS; dificuldades e demora em licitar, firmar contratos e convênios com instituições parceiras que se responsabilizariam pela execução direta das ações de EP; limitações na legislação específica dos estados que não previam dispositivos que facilitariam a execução de ações de EPS como, por exemplo, o pagamento de horas-aula, a contratação de educadores por meio de editais, bancos de educadores, pagamento a servidor de outro ente etc.

Os gestores municipais consultados fizeram importantes críticas aos fluxos e processos previstos na normativa da PNEPS, a Portaria 1996, de 2007 (BRASIL, 2007). Para eles os Planos de Ação Regionais para Educação Permanente em Saúde (PAREPS) tramitam de modo “complicado” nas instâncias de pactuação, acabam “desconfigurando” as necessidades locais e, via de regra, estão desarticulados das demais políticas de saúde. Duas outras queixas recorrentes foram as relacionadas ao excesso de ofertas “desencontradas”, “duplicadas” e “descontextualizadas” vindas das SES e do MS, muitas vezes, atrapalhando e confundindo os processos municipais, e a lógica de execução regional do recurso apontando que ela perdia em eficiência e qualidade.

Também foi alvo de críticas o fato da maioria das ofertas de EPS serem “cursos”. Para os gestores, os cursos são importantes, mas a PNEPS não pode ser um somatório de cursos. Insistiram na importância da adaptação das estratégias de implementação das ações de EPS às realidades, necessidades e processos locais. Ao mesmo, tempo identificaram dificuldades na participação dos trabalhadores, tanto nos cursos quanto em outras atividades, tanto por pouco interesse, quanto por dificuldade na liberação dos mesmos por seus “superiores”.

Por fim, e isso merece um destaque especial, foram enfáticos em afirmarem que a EPS é muito mais do que as ações realizadas com os recursos de EPS do MS. É também mais do que aquilo que as próprias pessoas que fazem reconhecem como tal, ou seja, muita EPS se faz nas unidades de saúde embora seus próprios agentes não a identifiquem assim.

Com relação à crítica dos gestores estaduais, é fato que as SES são o maior destino dos repasses da PNEPS decorrentes da Portaria 1.996/2007 e a execução é realmente muito baixa. Em 2014 houve cobrança dos estados e municípios para que os repasses, interrompidos em 2012, fossem retomados. Nessa ocasião, em um debate na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), o Fundo Nacional de Saúde do MS mostrou que do total de recursos repassados entre 2007 e 2011 apenas 50% havia sido executado até aquele momento, ou seja, três anos depois do último repasse realizado. De todos os estados da federação, apenas um executou 100% dos recursos, dois executaram mais de 90%, 10 executaram menos de 40% e dois não realizaram nenhuma ação com o recurso.

Com efeito, em 2015, devido à baixa execução do Bloco de Financiamento de Gestão (aquele pelo qual é repassado o recurso da PNEPS) pelos estados e municípios e à necessidade de recursos adicionais nos Blocos de Atenção Básica e Média e Alta Complexidade (MAC), a CIT pactuou a autorização do remanejamento de recursos entre os blocos.

Aqui é necessária uma consideração: independente de quaisquer outras sugestões, é preciso reconhecer a necessidade de subsidiar os entes federados do ponto de vista administrativo e jurídico para que as organizações do Estado ganhem mais agilidade, eficiência e efetividade na execução do recurso. É necessário fazer gestão do conhecimento a partir de inovações e experiências bem-sucedidas de gestores que têm conseguido utilizar o recurso com qualidade, além de um bom repositório para os gestores com informações e orientações importantes acerca dos pontos supracitados.

Já no tocante à crítica feita pelos municípios, na próxima seção, buscaremos refletir um pouco sobre a relação entre o fluxo normativo de planejamento e obtenção dos recursos definidos na PNEPS e possíveis desconexões entre as ofertas resultantes dos mesmos e a necessidade dos municípios e trabalhadores.

3. UMA CARICATURA COMO MODO DE PROBLEMATIZAÇÃO

Para facilitar a problematização com fins pedagógicos e analíticos temos utilizado casos fictícios, que caricaturamos para exacerbar certos elementos em um dos encadeamentos possíveis de acontecimentos decorrentes da exploração de um problema, tema ou processo. A ideia é que a caricatura vá a extremos ou no sentido da captura do processo pelo instituído, pela rotina, pressupondo maiores dificuldades e menor iniciativa e inovação dos atores ou justamente o contrário. A depender de que dimensões se quer problematizar com o grupo em questão, destacar os pontos de captura ou mesmo os de fuga da captura (DELEUZE, GUATARRI, 2003).

Esses casos caricaturados já nos foi útil para refletir, por exemplo, sobre a modelagem (COSTA, DAGNINO, 2008) de uma política; problematizar o modelo lógico de um programa (MEDINA, 2005); simular analisadores (LOURAU, 1995) numa situação; representar conflitos para serem analisados (CECÍLIO, 2005); ou mesmo problematizar se um programa só funciona se os trabalhadores em questão encarnarem os “sujeitos morais” idealizados como nos alerta Luiz Cecílio (2007). São exemplos de uso, mas obviamente podemos recheá-los com outros temas e usar outras estratégias de problematização. Na construção dos casos, as situações concretas são a matéria a ser trabalhada, a imaginação é motor, a correspondência com a realidade vivida o limite, o potencial pedagógico a meta e a produção de reflexão, análise e ação no coletivo o objetivo.

Usaremos aqui um caso fictício e caricaturado inspirado em relatos de gestores municipais e trabalhadores cujo objetivo é problematizar capturas potenciais do modo como os fluxos da PNEPS estão normatizados. Para não ficar extenso vamos simplificá-lo: não comporemos personagens e ao invés de fazer uma narrativa, descreveremos a situação.

Num dado município de médio porte, de nome Querente, uma equipe de saúde da família (eSF) em reunião com representante da secretaria municipal de saúde, cujo tema foi redução das filas de espera de encaminhamento de pessoas com dor lombar

crônica, solicitou maior agilidade e um número maior de cotas para o encaminhamento ao ortopedista. O representante da SMS concordou em aumentar as cotas, mas interrogou os membros da equipe se eles estavam certos que todos os casos precisavam mesmo serem encaminhados. Indagava se mais casos não poderiam ser cuidados na própria unidade e se não haveria outras possibilidades de encaminhamento que não só ao médico ortopedista. Depois de um bom debate, a equipe solicitou uma capacitação para a atenção à dor lombar crônica que pudesse também envolver a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

No núcleo de EPS da SMS, o responsável reuniu as demandas que vieram de todos os serviços e aquela foi enquadrada num grupo denominado: necessidades de formação em problemas ortopédicos. Ali estava desde a formação de técnicos em imobilização ortopédica demandada pela unidade de pronto atendimento do município até a atualização dos ortopedistas do centro de referência.

A demanda foi levada pelo secretário de saúde à Comissão Intergestores Regional (CIR) na reunião de elaboração do PAREPS. Lá foi combinada com a de outros municípios e encaminhada à Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES) da região num bloco chamado “capacitações em problemas traumato ortopédicos para a atenção básica e rede de urgências”.

Na CIES regional o tema foi discutido com relatos de formações feitas por escolas de governo e centros de educação permanente sob gestão municipal e também pela instituição de ensino superior (IES) da região. Na parte de encaminhamentos da reunião o representante da IES da região disse já ter uma oferta pronta que responderia “relativamente bem” à demanda e se tratava de uma especialização multiprofissional para a atenção básica. A proposta agradou à maioria dos representantes. Mesmo o secretário de Querente não gostando muito da solução, aprovou-a quando a proposta voltou à reunião posterior da CIR para ser encaminhada à CIES estadual.

Na CIES estadual o representante da SES quanto abordou as demandas traumato ortopédicas, que estavam entre as 5 priorizadas dentre um número total de 15 grupos de demandas, propôs que os agentes das ações de EPS fossem a própria escola técnica do SUS do estado e uma IES localizada na capital. Justificou a decisão por ela já possuir um curso similar ao demandado e pelo estado já ter instrumento jurídico que viabilizaria a execução do recurso de EPS do MS. A decisão da reunião encaminhada à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para composição do Plano Estadual de EPS foi de um curso para os profissionais de nível médio que atuam nas urgências e uma atualização em traumato-ortopedia para médicos da rede de urgências.

Aproximadamente 5 meses depois da reunião da equipe lá em Querente, aconteceu a reunião da CIB que acatou as duas formações propostas pela CIES e incluiu ainda no plano a proposta de um aperfeiçoamento em ortopedia para médicos da atenção básica feita na própria plenária da CIB por um secretário de saúde que era professor desta área em uma faculdade.

Um ano depois, o representante da SMS voltou à equipe reclamando que o curso, aprovado após muita luta, teve suas matrículas abertas e ninguém daquela equipe, que tinha sido uma motivadora da demanda, havia se inscrito. Ao constatar o silêncio e ar de desinteresse dos profissionais, o representante se colocou a pensar por alguns instantes sobre a potência ou impotência de seu trabalho e não conseguiu esconder o desânimo no olhar.

São muitas as possibilidades de reflexão sobre este caso caricato, afinal, ele está recheado de “motes” com essa finalidade. Daria para debater horas, como foi o caso do que fizemos com a equipe do próprio MS. Pode-se construir perguntas ao texto com o próprio grupo ou provocar o mesmo com algumas perguntas previamente formuladas. Faço uma pausa no texto para deixar que o leitor possa dar “asas à sua problematização”

e volto na seção seguinte fazendo um dos recortes analíticos possíveis, no meu caso, guiado pelos objetivos deste ensaio.

4. IDENTIFICANDO CERTAS CAPTURAS POSSÍVEIS NO MODO ATUAL COMO A POLÍTICA ESTÁ NORMATIZADA

O caso fictício, mesmo caricaturado, não é difícil de acontecer na realidade. Os acontecimentos presentes nele mostram certa captura que o instituído opera (LOURAU, 1995) nas iniciativas e atos que vão sendo produzidos pelos atores sociais.

O início do processo reflete uma atividade de negociação da gestão municipal com os trabalhadores da equipe, em busca do enfrentamento de um problema que ambos encararam como comum: melhorar o atendimento às pessoas com dor lombar crônica. A reunião discute ações para qualificar o cuidado e mobilizar ofertas de serviços. De um lado a redefinição na quantidade da cota de encaminhamentos, que a nosso ver não seriam o melhor mecanismo de gerenciar o acesso. De outro, uma atividade educacional. A demanda nasce singular: uma atividade que apoie a eSF e o NASF a modificar o trabalho para manejar melhor os casos de usuários com o problema em tela e também a articular a rede de cuidados.

Contudo, a singularidade é perdida no trânsito da demanda entre esse sujeito que está tentando agenciar a ação junto à equipe e aquele que a ressignifica e agrupa a outras: não se fala mais de uma solução concreta para um caso concreto, passa-se a se falar de um tema abstrato relacionado a um campo de conhecimentos e práticas. No caso, por ser uma demanda reconhecida como “de educação permanente”, seu processamento passou ao setor que cuida disso na organização e que é conhecedor dos recursos, fluxos, instâncias e instrumentos previstos na Portaria 1996 (BRASIL, 2007) e que tratou de fazer a demanda trilhar esse caminho.

Na CIES regional e estadual, na CIR e na CIB, as demandas, que já haviam virado temas, tiveram que ser retraduzidas e agregadas a outras “semelhantes” compondo grupos cada vez mais genéricos. Além disso, teve que ganhar maioria nesses fóruns de decisão e assim se acomodar às diferentes necessidades e interesses; se adequar ao que já estava dado administrativamente, no caso, o instrumento de contratação daquela IES específica, e isso, em vez de problema, foi apresentado como solução; se adequar a uma solução pedagógica previamente construída que só tematicamente, e nem tanto, guarda

relação com as demandas iniciais; e teve que fazer concessões para garantir apoio à aprovação da proposta a fim de alcançar o recurso.

Num dado momento, é difícil saber se o objetivo continuou sendo mudar o processo de trabalho para cuidar melhor das pessoas, se passou a ser a realização de algum processo de educação para os trabalhadores, se foi transformado numa oportunidade de alcançar de algum modo o recurso ou se foi simplesmente consumir uma oferta educacional que estava disponível.

Vamos destacar na situação quatro papéis que os sujeitos assumiram. Há uma equipe, demandante, que está inserida num processo de trabalho concreto, com necessidades específicas e que recebeu como resposta um curso genérico, disciplinar e dirigido a apenas uma categoria profissional. Essa equipe foi passiva: decidiu, demandou, aguardou, não se interessou e não realizou. Existe um agenciador que iniciou de maneira muito interessante o processo, mas que foi capturado pelo “fluxo de produção padrão” e “terceirizou” a produção e gestão da resposta. Há outros agenciadores, no âmbito das gestões local, regional e estadual, que se contentaram em agregar demandas, ligá-las a ofertas que supostamente as respondia e que seriam custeadas com recurso federal. E, por fim, agentes de educação, todos institucionais, que garantiram novos públicos a ofertas pré-construídas independente de responderem ou não à necessidade dos demandantes.

Queremos dizer com isso que qualquer processo que tenha que passar por esse fluxo é necessariamente capturado por essa lógica? Não. A caricatura está aí para colocar em análise o processo, suas forças de captura e as possibilidades de mudança, inovação e singularização.

Poderíamos ter vários outros caminhos. O sujeito da SMS que buscou agenciar junto à equipe ações de mudança do trabalho poderia não ter reduzido a ação de mudança a uma ação isolada de educação e nem transferido a responsabilidade da ação ao setor “responsável” pela educação. Poderia ter pedido ajuda a esse setor sem se desresponsabilizar da demanda concreta: melhorar o cuidado às pessoas com dor lombar crônica. Poderia ter composto ações de gestão-atenção-educação-participação nas quais se pactuariam mudanças no processo de trabalho, ações laterais e compartilhadas de educação que envolvessem profissionais de outros serviços da rede, ofertas educacionais específicas ou que dessem suporte ao plano de ação pactuado etc.

Nesse caso, os saberes necessários ao processo pedagógico de apoio à ação de mudança poderiam, por exemplo, ter sido buscados no próprio corpo de profissionais do município, entre “pares”. No diálogo, poder-se-ia identificar a importância de saberes que não estavam sendo manejados por nenhum dos profissionais o poderia demandar uma variedade de ações desde formações específicas, por exemplo, em práticas integrativas e complementares, até o uso do Telessaúde como dispositivo num processo de construção de redes de diálogos, definição de fluxos assistenciais, realização de ações de ensino aprendizagem e compartilhamento da decisão do caminho do usuário na rede de serviços.

Enfim, as possibilidades são as mais diversas, nossa intenção é chamar a atenção para aquilo que foi criticado na avaliação dos gestores municipais: o altíssimo risco da demanda ser descaracterizada, descontextualizada e perder sua especificidade e utilidade ao percorrer esse fluxo. Também criticar a simplificação da resposta, deixando de ser uma prática pedagógica que apoia a mudança das práticas de atenção e gestão, por exemplo, e virando uma atividade pedagógica que busca transmitir um conhecimento específico. Questionar ainda a “terceirização” da resposta como se a prática pedagógica, ressaltados todos os problemas acima, pudesse sozinha substituir uma ação de mudança mais complexa e consciente construída e gerida pelos sujeitos implicados com aquele fazer.

Poderíamos também ter tido nas demais instâncias de agenciamento, negociação e construção do processo de educação sujeitos que problematizassem a demanda, inquirissem seu sentido e utilidade, evitassem a “resposta padrão”, e buscassem construir um processo de EPS com real possibilidade de provocar e apoiar os trabalhadores na transformação de seu trabalho. Mas é interessante notar que, no âmbito regional, por mais que se consiga produzir uma boa crítica da oferta, a distância da situação traz mais dificuldades para “recuperar” a concretude, contexto e especificidade da demanda. Além disso, depois da demanda se descolar da oferta, é muito difícil desse lugar “externo” propor e disparar ações que tenham o impacto no agir dos sujeitos necessário para mudar efetivamente o processo de trabalho.

Claro que uma ação de EPS pode surgir de “fora para dentro”, surgindo como oferta a um grupo para a mudança de algo que ele não decidiu ou não havia sido convencido a mudar. Mas para isso, a própria proposta terá que produzir essa decisão e adesão ao

processo de mudança, do contrário será só uma oferta educacional e não parte de uma agenda de mudança.

Assim, melhor seria que o processo de educação fosse demandado por um processo de mudança assumido e conduzido pelos sujeitos locais (equipe, gerência, “apoiador”, gestor local da política...) e funcionasse como apoiador, potencializador, “amadurecedor” de novas ações. Ou seja, a ideia força da EPS como parte da estratégia de transformação das práticas.

Assim, se o objetivo é mudar as práticas, temos que perceber que a EPS é uma estratégia potentíssima, que deve estar necessariamente articulada e sinérgica com as demais ações, e dando suporte a elas e aos próprios sujeitos envolvidos no processo de mudança. As práticas de educação em si podem ser mais ou menos complexas, mais ou menos inovadoras, pontuais ou processuais. O mais importante a nosso ver é estarem integradas ao processo de mudança e serem capazes de produzir os resultados esperados na perspectiva da mudança que quer – lembrando sempre que a mudança inclui os “sujeitos” e as “coisas”.

Disso decorre que não temos que colocar “na conta” da prática de EPS a capacidade de disparar, gerir e sustentar a mudança. Assim substituiríamos um conjunto de funções de gestão por uma certa visão de EPS algo totalizante. Apostamos sim é que a EPS não só seja dimensão central das estratégias de gestão como também contamine e influencie com seus princípios os modos de realizá-la fazendo-a mais permanentemente pedagógica, democrática, dialógica, aberta à diferença, não acomodada, problematizadora da realidade e criativa em construir soluções junto com sujeitos que se desenvolvem e se emancipam cada vez mais nesse processo.

5. AVANÇOS E LIMITES COM OS QUAIS APRENDER PARA AVANÇAR MAIS

5.1-Recursos, Fluxos e Instâncias

A PNEPS, formulada em 2003, foi criada em 2004 pela Portaria nº 198 (BRASIL, 2004). Pinto e Ferla (2015) destacaram que a PNEPS analisada a partir de sua Portaria de criação, definiu:

“as regras de distribuição de recursos para as ações de educação para a saúde no SUS (um escopo mais amplo que a EPS propriamente dita); o fluxo e processo para que projetos

pudessem ser analisados e “acreditados” pelo governo federal, “de acordo com as diretrizes e orientações” da política, e assim poderem contar com o recurso previsto; a constituição de um novo espaço loco-regional, os Polos de Educação Permanente, que tinham a atribuição de identificar as demandas do território, processá-las à luz das diretrizes da política e decidir o que seria submetido à avaliação para acreditação do Governo Federal” (PINTO; FERLA, 2015 pag. 85)

O fluxo criado em 2003 e modificado em 2006 no contexto do Pacto pela Saúde por meio da Portaria 1996 (BRASIL, 2006) foi um avanço com relação ao que existia anteriormente. Saiu-se de um modelo baseado na celebração de convênios do governo federal com estados e municípios para outro, menos discricionário, mais transparente e permeável à participação democrática dos diversos atores, baseado na análise de projetos previamente debatidos e com modalidade de repasse “fundo a fundo”.

O dispositivo de participação democrática e de permeabilização do espaço de decisão às necessidades e interesses dos diversos atores sociais foi num primeiro momento o Polo de EPS. Somado a um movimento de mobilização e formação de sujeitos para que o ocupassem. Mais tarde esse papel foi atribuído às CIES com redução tanto da diversidade dos sujeitos quanto do movimento de fortalecimento dos sujeitos menos empoderados.

Contudo, a observação do caminho do recurso até sua execução e o comportamento dos espaços de decisão relacionado ao mesmo nos impõe a necessidade de fazer alguns apontamentos. Em primeiro lugar, reforço, é importante contar com um recurso destinado à PNEPS e ter critério e rito claros, transparentes e republicanos para alcançá-los.

Em segundo lugar, os números apontados em sessões anteriores mostraram que problema maior que o acesso ao recurso é a execução do mesmo. Essa dificuldade de execução tem feito com que o MS cada vez mais execute recursos centralmente e distribua a oferta diretamente aos entes e as ofertas da Universidade Aberta do SUS (UNASUS), por exemplo, são uma evidência disso quando o assunto são cursos de educação à distância (EAD).

Para enfrentar o problema, de um lado, é fundamental enfrentar os condicionantes legais e administrativos na linha do que apontamos na seção 2 deste capítulo. De outro lado, é importante contar, sempre que possível, com mais de um modo de execução de uma dada ação singularizando-o de acordo com as condições e a pactuação com o(s) ente(s) municipal(ais), da região ou estado no qual se quer desenvolver a ação. São exemplos práticos disso os modos distintos de operacionalizar o Plano Nacional de Formação de

Preceptores - bolsa direta ao beneficiário ou repasse fundo a fundo ao ente - e a Formação Técnica - fundo a fundo, execução pelo Pronatec (BRASIL, 2011c) ou pela FIOCRUZ.

Quanto às instâncias decisórias, podemos destacar três aprendizados. 1- É muito importante que tenhamos esferas públicas nos territórios que mobilizem e contem com a participação de diferentes sujeitos para que eles apontem prioridades, avaliem as atividades realizadas e proponham modificações e novos desenhos para as ações de EPS. 2- Sem embargo, também é importante que as instâncias de decisão do SUS, comissões intergestoras e conselhos, exerçam de fato o poder de decisão informada - expressão que inclui a capacidade de criticar certos instituídos, como por exemplo, a defesa de uma lógica que não esteja completamente capturada pela educação como consumo de conhecimentos. Ainda mais quando parece claro que, muitas vezes sem envolvimento dos sujeitos mais empoderados com relação à gestão dos serviços e políticas, as ações de EPS podem não estar na agenda central e fazendo parte da estratégia de mudança. 3- Contar com grupos que cumpram papéis assessores a essas instâncias e esferas analisando resultados das ações de educação articuladas às demais, debatendo e estudando as tecnologias utilizadas, a participação das pessoas, enfim, ajudando a adequar a organização e o método ao projeto, como nos diria Mário Testa (1992).

Contudo, vale toda a reflexão realizada nas duas seções anteriores disparada pelo caso caricaturado: a ação nas instâncias do SUS e naquelas previstas na PNEPS não pode substituir nem capturar a ação dos sujeitos implicados com a realização e gestão daquelas práticas que se quer mudar. Ou eles são agentes da mudança apoiados pelos processos de EPS ou, na maioria das vezes, teremos atividades de educação, mas não a transformação da realidade.

5.2- Política de EPS e práticas de EPS

Ceccim e Ferla (2008) consideram que o conceito de EPS se refere à política, mas também a certas práticas de ensino-aprendizagem. Assim, não seria qualquer educação na saúde no SUS que poderia ser entendida como EPS. De fato, no nascimento da política, seus formuladores e decisores (MERHY, 1992) defendiam que, além da definição de recursos e do estabelecimento de fluxos e instâncias de decisão (o que foi

feito com a portaria), era necessário intervir tanto nos modos de se fazer educação na saúde quanto na finalidade dessa educação – que deveria ser comprometida com o desenvolvimento dos sujeitos e do trabalho na saúde no sentido dos princípios do SUS.

Com efeito, mesmo sendo uma política nacional, a PNEPS (que é bem mais ampla que sua Portaria) buscou interagir diretamente com os próprios agentes das práticas locais (PINTO; FERLA, 2015): seja o sujeito responsável por realizar as práticas que se almeja mudar, seja o agente da prática de educação, seja os sujeitos ou coletivo responsável pela gestão dos processos e organização na qual as práticas em questão têm lugar.

Um desses modos de interagir foi buscado na disputa simbólica e tecnológica com vistas a promover reflexão crítica sobre como se fazia educação na saúde no SUS. Para isso foi estratégico que o conceito de EPS fosse entendido como um processo educativo que deveria colocar “o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise”, que se permeabilizaria “pelas relações concretas” do espaço de atuação e que possibilitaria “construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano” (CECCIM, 2004, p.161). No texto de exposição da política em seu nascimento (BRASIL, 2004) a EPS seria: uma aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporariam ao cotidiano das organizações e ao trabalho; baseada na aprendizagem significativa; e compromissada com a transformação das práticas dos trabalhadores da saúde.

Contudo, a PNEPS foi criada como uma política de educação na saúde induzida e financiada pelo MS, assumindo assim a responsabilidade de financiar o conjunto das ações de educação na saúde no SUS e não só aquelas que seriam “genuinamente” EPS. O que trouxe dificuldades para o MS recusar o financiamento de uma proposta de atividade de educação que tivesse sido pactuada pelos atores sociais com observação dos fluxos e critérios estabelecidos, fosse ela metodologicamente ou não entendida como EPS. Contudo, manteve nessa primeira fase uma nítida aposta tanto na mudança processual dos modos dos sujeitos realizarem as ações de educação em direção à EPS, quanto na possibilidade da educação passar a ocupar um lugar estratégico nos processos de mudança.

Sobre isso Pinto e Ferla (2015) analisando de maneira comparada a PNEPS e a Política Nacional de Humanização (PNH) apontaram que:

“o conteúdo da mudança de ambas as políticas está menos no “o que fazer” e mais no “como fazer” e “para que fazer”. Propõem modos contra hegemônicos de fazer coisas que os sujeitos já fazem: as práticas de atenção, gestão, educação e participação. Assim, ganha lugar destacado nas duas a promoção da reflexão crítica e interrogação do sentido do trabalho, a promoção de subjetivações inovadoras e a oferta de conceitos-ferramenta que buscam abrir as práticas dos sujeitos, suas relações e os próprio sujeitos à ação instituinte” (PINTO; FERLA, 2015 pag. 85).

Para avançar nesse desafio era necessário que os sujeitos assumissem para si o objetivo de transformar as práticas de educação que estivessem de algum modo compreendidas em seu espaço de atuação e gestão. Também era necessário que, ao pretender mudar as práticas, conseguissem fazê-lo produzindo experiências nas quais se percebia a materialização dos objetivos e princípios da EPS. E, de fato, na primeira fase de implantação da PNEPS apostou-se fortemente na mobilização e formação de sujeitos que atuavam nos vários “frontes” do SUS para que sua ação fosse orientada pela EPS.

Assim, o Governo Federal foi o proposito de diversos processos tais como: o VERSUS para os estudantes universitários com objetivos relacionados à construção do SUS e mudança da formação; os “Ativadores da Mudança” para os docentes com o objetivo de mudar a graduação em saúde; a formação de “Facilitadores de EPS” para os sujeitos que atuavam nos Polos de Educação Permanente; a estratégia dos “Municípios Colaboradores” para troca de experiências e apoio dos municípios avançados nas práticas de EPS em seu território; os vários processos de educação popular para um amplo público composto por diversos grupos sociais comprometidos com essa prática e projeto etc. Essas formações buscavam desenvolver uma prática de ensino aprendizagem coerente com a EPS para formar sujeitos para a implantação da política, para desenvolver atividades de EPS e para apoiar processos de mudança com a EPS. Buscava-se mais que cursos de formação, buscava-se mobilização, constituição de coletivos e vivências na qual meios e fins guardavam coerência.

Vale destacar também que essa aposta foi recuperada neste último período, a partir de 2012, com a retomada do VERSUS, com a criação de processos como o EPS em Movimento e Caminhos do Cuidado e na reorientação nesta linha de Programas como o PET Saúde e o INOVASUS.

A nosso ver é central, em especial para uma política como a PNEPS, que haja estratégias de formação, mobilização e produção de coletivos nos vários âmbitos de formulação e execução de políticas. Seja por meio de ações cujo objetivo central é este ou outras nas quais esta seria uma medida importante para fortalecer a estratégia central.

Importante é perceber que no território os “sujeitos reais” se “encontram” e por isso é oportuno que as políticas se ocupem de promover: sinergia de princípios entre as iniciativas; compartilhamento de objetivos, tarefas e recursos; e ações de articulação e “enredamento” desses sujeitos e coletivos no território usando para isso, inclusive, meios de comunicação e interação eletrônicos.

5.3- EPS como parte e fortalecedora da estratégia de mudança

Reforçando o que dissemos na seção anterior, para que a combinação entre recursos e condições metodológicas de realizar uma atividade de EPS vire uma ação com potência de transformar um conjunto de práticas de cuidado, por exemplo, precisa que aqueles que as realizam e que as gerem assumam a ação de mudança como projeto e a ação de EPS como parte dele. Isso vale para os profissionais de uma eSF e o gerente da UBS numa ação de EPS que apoia a implantação de uma inovação na atenção à saúde dos idosos da comunidade; para os trabalhadores e gerentes de um Centro de Atenção Psicossocial que agora funcionará 24 horas; ou para os membros do controle social envolvidos num processo de ampliação da capacidade de intervenção e de renovação dos conselhos locais de saúde no exercício articulado do controle social num dado município.

Acreditamos que a EPS é muito mais potente se for parte de uma estratégia de mudança das práticas e de uma política de saúde, compartilhando com ela valores e objetivos, mas orientada e utilizada conforme os objetivos concretos do que se quer alcançar com a mudança do que naqueles casos em que, mesmo com a melhor e mais acertada proposta tecnológica, se descola da produção dos resultados mais importantes do projeto ou da agenda dos sujeitos sociais implicados com maior governabilidade sobre aquilo que se deseja mudar.

Recorremos mais uma vez à análise de Pinto e Ferla para reforçarmos essa posição num trecho em que debatem a importância da articulação tanto da PNEPS quanto da PNH com as políticas de atenção à saúde:

“Outra questão importante é que políticas que tratam dos modos de fazer e sentidos micropolíticos das ações, necessariamente precisam estar articuladas às políticas que estruturam e organizam as redes de serviços, que buscam induzir o modelo de atenção, que induzem e apontam prioridades para a ação nos serviços. Em termos de financiamento, por exemplo, dez anos de PNEPS e PNH envolveram a execução de menos recursos do que dois meses do financiamento da média e alta complexidade. São as políticas nacionais de atenção básica, de atenção especializada, de urgências, de saúde mental e etc. que reúnem a

maior quantidade de recursos financeiros e dispõem de outros tantos meios de mobilização dos gestores municipais, agentes econômicos e também dos trabalhadores na tentativa de capturar, induzir, estimular ou apoiar que ajam de um certo modo. Assim, políticas como a PNH e PNEPS precisam “transversalizar” estas outras, todas se transformando no processo e ampliando exponencialmente a potência de suas ações combinadas. (PINTO; FERLA, 2015 pag. 87).

Com o reforço dessa citação, entendemos que são muito importantes as já debatidas disputa simbólica sobre os modos de fazer as atividades de educação e a formação de sujeitos, com foco na mobilização, enredamento de coletivos e ampliação da capacidade de educação e de mudança. Mas é também a articulação com atores sociais, processos, programas e políticas para que a EPS seja parte da estratégia de mudança e, ao mesmo tempo, sinérgica, apoiadora e fortalecedora desta mudança. Nos textos que embasam a PNEPS percebemos esse entendimento, embora na PNH esteja mais presente e seja mais reafirmado. Ambas reforçam a necessidade de transversalidade com as demais políticas e mais do que isso: almejam também “contaminá-las” com seus princípios, valores, conceitos e tecnologias.

Isso é importante, porque é difícil para um sujeito de fora ou mesmo um sujeito da equipe de um serviço de urgência, formado como facilitador de EPS ou com boa experiência em processos de EPS, mas sem governabilidade, conseguir operar mudanças que façam com que o serviço de urgência desenvolva um cuidado mais longitudinal e seguro para o usuário. Este deve ser um projeto com forte atuação de todos aqueles importantes para as diversas ações que compõem a estratégia de mudança.

Desenvolver isso na urgência, por exemplo, pode demandar uma mudança do regime de trabalho de alguns profissionais para que tenham uma inserção longitudinal e não por plantões. Muita EPS pode ser necessária tanto para gestores (desde o setor de pessoal até as gerências do serviço) quanto para as próprias equipes de trabalhadores do serviço. E, conforme o que se quer, pode fazer parte da agenda de EPS, sempre em construção pelos ou com os sujeitos implicados, processos educacionais que são “genuinamente” EPS convivendo e se somando com outros que, isoladamente, não seriam assim compreendidos. Profissionais do serviço podem demandar pequenos cursos para atualização de conhecimentos e procedimentos, ainda que a implantação seja debatida num grupo de gestão. Outros precisam de um saber que demandará esforços de autoaprendizagem a partir de conteúdo disponível na internet e que, assimilado, pode ter a governabilidade necessária para a mudança de sua prática. Alguns deverão pesquisar e sistematizar experiências, com ajuda de uma rede colaborativa, e propor ao grupo novas

possibilidades de funcionamento do serviço. Para outros o local de maior aprendizado será as reuniões de gestão da mudança com importantes práticas de apoio institucional e matricial (CAMPOS, 2000; 2003).

Por tudo o que foi dito compreendemos que, seja no governo federal, estadual ou municipal, numa UBS ou num hospital, a alta direção deve cobrar que na formulação das políticas e estratégias de mudança sejam sempre identificados e construídos os processos de EPS que serão necessários e fortalecerão o projeto em questão. Do mesmo modo que essa alta direção passou a acolher orientações de algumas escolas de gestão quando apontam como parte necessária de um programa a sistemática de avaliação e monitoramento ou as avaliações de escopo e risco na gestão de projeto.

Isso demanda das equipes ou organizações responsáveis pela EPS uma postura mais matricial, apoiando na formulação da política, compondo o grupo estratégico de gestão da mesma e assumindo, conforme o que a organização de EPS dispõe naquele nível, diferentes papéis e tarefas a serem executadas. Pensamos ser um erro a organização responsável pela EPS se colocar, independente do projeto e do contexto, como o lugar responsável por fazer a gestão das ações de EPS ou ser necessariamente a unidade gestora de todo o recurso para essa finalidade. É mais fácil para a coordenação de atenção básica no âmbito municipal, por exemplo, mobilizar recursos (financeiros, organizacionais, políticos e técnicos) para desenvolver ações de EPS articuladas à agenda central de mudança que ela já gere. Do mesmo modo que no âmbito federal a Secretaria de Atenção à Saúde tem mais recursos (financeiros, organizacionais, normativos etc.) para desenvolver uma ação de EPS colada a um projeto de qualificação à saúde mental e ao cuidado de pessoas com drogadição e de implantação dos CAPS 24 horas em todo país.

A organização responsável pela EPS tentar deslocar isso para seu comando pode não lhe dar poder real de fazê-lo, desempoderar a estratégia, fazer com que o ator que governa a ação construa mecanismos paralelos de educação e ainda sofrer com a falta de recursos para executar a ação. No âmbito federal vale notar que criar mecanismos e propor dispositivos para que o recurso anual de MAC (que passa de 40 bilhões de reais em 2016) custeie também ações de EPS, ou ao menos autorizar que o gestor local possa decidir e fazê-lo, tem muitíssimo mais impacto que dobrar ou mesmo aumentar dez vezes o máximo de recurso que já foi repassado em um ano para EPS (88 milhões de reais, sendo 50 especificamente para cursos de formação técnica). Na perspectiva da

gestão, parecem mais adequadas as lógicas que incluem intensa (o que não quer dizer demorada) negociação para a organização de estratégias de EPS do que serem tomadas por um único lugar institucional, mais facilmente capturado pela fragmentação e especialização do conhecimento.

Daí a importância de um formato de gestão compartilhada sustentada e muitas vezes arbitrada pela alta direção da instituição, do diretor do hospital, passando pelo gerente da UBS até o ministro da saúde. Na seção que segue aprofundamos um pouco mais esse debate organizacional da EPS.

5.4- O lugar da EPS na organização e os agentes de práticas de EPS

Entendemos que os lugares organizacionais responsáveis pelas ações de EPS podem variar conforme o contexto, o projeto e a organização em questão. Ações de EPS dirigidas à implantação de um programa de segurança do paciente num hospital poderiam ser realizadas ou coordenadas pelo núcleo de EPS do hospital, por um departamento de EPS numa subsecretaria de atenção à saúde, por uma Escola de Governo ou um Grupo Estratégico de EPS ligado ao gabinete do secretário. Num mesmo municípios pode ter mais de uma dessas instâncias e elas guardarem funções distintas que inclusive podem mudar a depender do projeto. Com Mário Testa, em seu famoso “postulado de coerência” (TESTA, 1992), pensamos que os objetivos e a estratégia do projeto é que devem dizer qual a organização necessária para desenvolver e gerir as ações.

Em segundo lugar, pensamos que é um objetivo a ser perseguido o fortalecimento e autonomização dos próprios coletivos para que não só façam boas demandas de processos de EPS, mas que tenham capacidade de criar e desenvolvê-los em seus locais de trabalho. Objetivo esse que casa com a imagem do SUS como uma escola e com a potente ideia das equipes de trabalhadores como ativos “Pontos de Educação Permanente em Saúde” que aprendem com a experiência, que realizam ações de EPS naquele ponto de atenção, que ofertam e desenvolvem ações para trabalhadores de outros locais e que se enredam e aprendem um com o outro a experimentar modos de ser “Ponto de EPS”.

É necessário articular e superar possíveis contradições que podem surgir na concretização das duas diretrizes acima. Em nossa vivência, vimos muitas vezes

interessantes Escolas de Governo serem bem sucedidas em fomentar e empoderar equipes de apoiadores, gerentes e trabalhadores para ganharem cada vez mais autonomia na realização e gestão de ações de EPS e, na sequencia, assumirem uma postura de captura e tentativa de regulação dessas ações como reação do instituído a uma possível “perda de poder” ou de importância numa ação que era vista como de responsabilidade deles. Organizações que num momento foram instituíntes e que passaram a operar como um instituído castrador (DELEUZE, GUATARRI, 2003) quando se sentiram ameaçadas – as instituições, porque os projetos estavam sendo fortalecidos.

Defendemos que cada vez mais se aposte e invista no protagonismo dos trabalhadores e suas redes voltadas para o desenvolvimento do trabalho. Isso pode parecer consenso no discurso, mas não o é na prática. Além disso, costumamos ouvir isso quando a referência e à participação na gestão, em processos de mudança e também na decisão sobre as ações de EPS a serem realizadas para os próprios trabalhadores. Mas, nem sempre, as atividades de educação são realizadas com modelos pedagógicos construtivistas e mobilizadores da ação dos sujeitos envolvidos, como requerem os processos que visam o desenvolvimento do trabalho, com mudança nas práticas.

Além disso, algumas ofertas, presenciais ou não, não costumam ser flexíveis o suficiente a ponto de permitir a “customização”, o uso singular e a construção de um itinerário próprio por parte do trabalhador. Ele é muitas vezes protagonista na construção do conhecimento na atividade pedagógica específica, mas não costuma ser na formatação do processo de formação.

Também não é comum que, no momento de identificar de fato os “agentes” dos processos de EPS, os próprios trabalhadores possam ser eles mesmos os executores das práticas de EPS. A tarefa é “encomendada” a instituições de ensino ou a pessoas e equipes específicas preparadas para isso, poucas vezes são construídas soluções e arranjos inovadores que mobilizem os próprios trabalhadores a se aprenderem, ensinarem, experimentarem e se apoiarem horizontalmente.

Temos experiências muito interessantes nesse sentido acontecendo em diversas partes do Brasil e do mundo, destacarei quatro para concretizar a reflexão que está proposta neste ensaio. No sistema de saúde português, as organizações de gestão regional das unidades de saúde familiar (USF) desenvolvem práticas de apoio e de EPS articuladas, tendo como agente dessas práticas, profissionais que também atuam em USF’s, mas

com o tempo distribuído entre as duas atividades. Na saúde mental do Brasil há muito vemos potentes práticas de apoio matricial a equipes de outros serviços que, além de desenvolver ações de EPS, fazem a gestão compartilhada de casos. Em Curitiba se faz algo semelhante ao realizado na saúde mental só que em outras áreas (como neurologia, por exemplo) e utilizando o Telessaúde. Em Florianópolis acompanhamos o amadurecimento de uma proposta que combina apoio horizontal entre os trabalhadores e equipes com uma espécie de “clube de saberes e práticas” no qual se oferta e se solicita ações de educação e saberes. A própria ideia de Pontos de EPS que vem amadurecendo no MS se alimenta também nessas experiências.

O potente dessas estratégias e dispositivos é relacionar o processo educacional à atenção, ao manejo de situações de cuidado, à atuação dos profissionais. É fazê-lo de modo mais dialógico e instituinte, construído no encontro e diálogo/negociação com os pares. É reforçar lideranças que surgem no cotidiano do trabalho e aprender com os múltiplos modos que os trabalhadores vão construindo caminhos de diálogos e aprendizados. É ter como agente de EPS um sujeito que compartilha contexto, desafios e implicação, que tem um tipo de legitimidade junto ao outro assentada nessa identidade e por colocar em prática o que propõe em condições semelhantes. É desenvolver uma interação pedagógica que não só ajuda o outro a mudar a sua prática, mas que o convoca a ser agente de EPS também.

Hoje com o amplo acesso, uso e capacidade das tecnologias de informação e comunicação (TIC), ações nesta linha podem ganhar ainda mais amplitude e potência, porque além de acontecerem presencialmente podem ser fortalecidas ou mesmo desenvolvidas à distância. Mundo afora se multiplicam grupos de estudos virtuais, redes colaborativas, comunidades de práticas e comunidades de trocas de saberes.

Pensamos que combinar esses movimentos é fundamental numa PNEPS, seja no âmbito federal, estadual, municipal ou de um serviço. E se as TICs funcionam ainda como continuadoras, fortalecedoras, amplificadoras etc. dos processos que ocorrem nos encontros e interações concretas entre os atores no território, melhor ainda.

5.5- As tecnologias de informação e comunicação e a PNEPS

Numa segunda fase da PNEPS, entre 2005 e 2010, houve, por diversas razões, uma centralização da execução dos recursos federais. Nesse contexto, a política priorizou o

desenvolvimento de algumas experiências inovadoras no campo das TICS e apostou na extensão progressiva dessas práticas em todo o país como um modo de atingir, de alguma maneira com ações de educação, o imenso público de trabalhadores do SUS a custos aceitáveis considerando a parca quantidade de recursos disponíveis no precário padrão de financiamento da saúde no Brasil. Tratava-se, e muitas vezes se trata, de tentar fazer mais com o mesmo.

É desse período o investimento nas instituições que desenvolviam ações de EAD e a criação da UNASUS. E também o investimento nas universidades que experimentavam o Telessaúde e que foram fortalecidas, puderam ampliar sua expertise, desenvolver-se tecnologicamente e ganhar escala.

A ideia da UNASUS traz diversos avanços: aproxima as IES do fazer cotidiano dos trabalhadores de saúde e de suas necessidades de educação; fomenta uma produção muito grande de conteúdos e objetos educacionais que podem ficar disponíveis para uso gratuito de todos os trabalhadores; facilita processos de autoaprendizagem; e exponencializa a escala de algumas ofertas educacionais.

Pensamos que as ideias que motivaram a criação da UNASUS devem ser cada vez mais fortalecidas e concretizadas e que muitas das ferramentas que ela desenvolveu desde então devem ser aprimoradas e, inclusive, tornadas disponíveis para usos distintos daqueles que lhe deram origem. Além disso, suas ofertas devem ser customizáveis e contextualizáveis pelos educandos, suas equipes e gestores, conforme suas necessidades e de acordo com tudo o que foi dito sobre EPS nesse capítulo. De um lado, é fundamental contar com bom conteúdo e com boa tecnologia didático pedagógica de fácil acesso e customizável, conforme a necessidade do educando e do trabalho em que está inserido. Desde uma alternativa de prescrição, passando pela atualização em um protocolo de cuidado até a construção de um itinerário de formação conforme as necessidades, interesses e possibilidades do trabalhador que, por meio do mecanismo da intercredencialidade, poderia, ao fim, ser reconhecido de curso livre a atualização, aperfeiçoamento ou especialização, por exemplo. Teríamos aqui, mais do que o desenvolvimento do mundo do trabalho na saúde, também mudanças na forma como as instituições de ensino reconhecem as aprendizagens dos trabalhadores e aprendem com elas.

De outro, é necessário que essas ofertas estejam dirigidas a responder às múltiplas necessidades dos trabalhadores educandos, mas que tenham pontes passíveis de serem

articuladas a processos locais de EPS na linha do que estamos defendendo: orientado para a mudança das práticas e parte da ação de educação dos sujeitos para a mudança. Uma ação EAD que fortalece as demais ações no território protagonizadas pelos sujeitos da ação.

O Telessaúde, por sua vez, quando articulado ao processo de trabalho e aos fluxos assistenciais na rede tem a oportunidade de ser mais que uma oferta pedagógica baseada na resolução de um caso concreto, podendo ser também: apoio clínico à distância, apoio matricial para a resolução de problemas, tomada de decisão compartilhada, gestão compartilhada do cuidado, mobilização de recursos da rede quando envolve, por exemplo, uma central de regulação ou as ofertas de um serviços de referência etc. Ao fim e ao cabo se mostra nesses casos uma potente e surpreendente ferramenta de EPS.

Ou seja, pensamos que foi fundamental a visão do MS em apostar, fortalecer, desenvolver e amadurecer essas experiências, restando agora a necessidade de, cada vez mais, construir estratégias que integrem e reorientem esses processos em função das necessidades e potencialidades de uma política de EPS no sentido que estamos defendendo neste ensaio.

Fora isso, citamos apenas dois exemplos, mas várias outras TICS poderiam potencializar diversas ações analisadas neste capítulo. Dos grupos de WhatsApp com troca de conhecimento entre profissionais, passando por curadorias virtuais de conteúdo até o diálogo por meio de prontuários eletrônico, as TICs podem fortalecer muito e de maneira criativa os processos de educação.

6. O CONTEXTO DO QUAL PARTIRIA UM FORTALECIMENTO DA PNEPS

Encerraremos esse capítulo identificando no atual contexto, visto desde a perspectiva nacional, o que deveria ser levado em conta e aproveitado num processo de formulação, renovação e fortalecimento da PNEPS. Antes disso, faremos um breve levantamento do que caracterizou a PNEPS nos três períodos que trabalhamos ao longo do capítulo.

Poderíamos sintetizar o período inicial de implantação da PNEPS como: formulação de ampla política de educação para o SUS; viabilização de recursos, estruturação dos fluxos e espaços de discussão e decisão das ações da política; proposição do conceito de EPS como base de importante disputa simbólica e tecnológica para transformação das práticas de educação; e mobilização de vários sujeitos sociais que não participavam da

formulação e decisão da política para ocuparem espaços estratégicos na definição de seus rumos.

Uma segunda fase focou mais no: ajustamento dos fluxos e instâncias da PNEPS ao processo de decisão dos atores e instâncias de decisão do SUS; enfrentamento do tema da dificuldade da execução dos recursos via execução mais centralizada e dirigida; investimento em iniciativas que combinavam expertise das Universidades com uso das TICs na educação na saúde; e aproximação com o Ministério da Educação para desenvolvimento de iniciativas articuladas.

A fase mais recente, que seria a terceira e que podemos considerar que se iniciou em 2012, vimos que: manteve toda a normatização e as principais ações da segunda; resgatou algumas ações da primeira; foi palco do debate sobre a não execução dos recursos de EPS, que culminou com a interrupção de novos repasses dos recursos previstos na Portaria 1996 (BRASIL, 2007); investiu na ampliação da formação por meios das residências médicas e em área profissional, predominantemente multiprofissionais; e focou as ações de EAD no grande esforço de criação e execução de Programas como o Programa de Valorização da Atenção Básica – PROVAB (BRASIL, 2011a) e Programa Mais Médicos - PMM (BRASIL, 2013).

É pelos dois últimos programas que iniciaremos a identificação dos elementos colocados no contexto atual que são importantes para o fortalecimento, renovação e/ou aperfeiçoamento da PNEPS. O PMM, Eixo Provimento (BRASIL, 2015), incorporou o PROVAB em 2015 e hoje está presente em mais de 70% dos municípios do Brasil e aproximadamente 45% das equipes de saúde da família. Em todas essas equipes se desenvolvem ações da PNEPS como curso de especialização realizado pela UNASUS, tem-se acesso ao Telessaúde e há uma atividade regular de orientação educacional realizada *in loco* por supervisores do Ministério da Educação (MEC).

Essas atividades não necessariamente acontecem articuladas e poucas vezes são pautadas e reorientadas em função do protagonismo e projeto de mudança locais na linha do que viemos defendendo no capítulo. É aqui que salta aos olhos o enorme potencial que deve ser muito bem aproveitado no fortalecimento da PNEPS: 18 mil eSF com médicos que realizam uma série de atividades de integração ensino serviço que poderiam ser integradas, ampliadas para os demais profissionais da equipe e pautadas conforme a realidade e interesse local de implantação de mudanças no processo de trabalho.

Uma primeira medida nessa linha já foi iniciada em 2015 com a construção do chamado “segundo ciclo formativo”. Outra vem sendo formulada pelo MS e MEC e também buscaria esses objetivos e envolveria os profissionais de apoio e formação de ambos os ministérios, os gestores locais e a conjunto dos trabalhadores das eSF com médicos do Programa.

Também no Eixo Formação Médica (BRASIL, 2015), o PMM tem expandido as vagas e escolas de medicina e as residências médicas, em especial a de medicina de família e comunidade, com vistas à universalização desta última. O potencial que foi apontado acima no outro eixo se repete nesse na medida em que um número ainda maior de eSF terão que ter preceptores, residentes e estudantes de medicina com o cotidiano repleto de atividades educacionais. Atividades essas pautadas, cada vez mais, pelas novas diretrizes curriculares que exigem formação multiprofissional e pedagogias mais ativas e baseadas na comunidade.

Além disso, os Contratos Organizativos de Ação Pública de Ensino Saúde (COAPES), previstos na Lei do PMM (BRASIL, 2013), celebrados até o momento nos tem mostrado que os campos de prática estão sendo pensados e organizados também para as demais graduações e residências da saúde. Ou seja, tudo isso aponta para uma rede de saúde que vem se organizando para se constituir como uma “rede escola” cada vez mais preparada para a realização de processos de formação multiprofissionais e com capacidade crescente de formar pessoas numa perspectiva cara à EPS e que utiliza como disparadores do processo educativo as situações de cuidado vividas no cotidiano do trabalho.

O potencial de sensibilidade, interesse e capacidade de ação que os profissionais e serviços dessa rede terão às diversas iniciativas da PNEPS deverá ser considerado na formulação de estratégias que vêm sendo amadurecidas, como a dos “Pontos de Educação Permanente em Saúde”, e de outras que já estão em implantação e experimentação, como é o caso do Plano Nacional de Formação de Preceptores.

Vale lembrar que, com as Diretrizes Curriculares exigindo que as IES desenvolvam obrigatoriamente projetos de formação dos profissionais da rede, o COAPES, além de tudo o que foi dito, poderá ser ainda um dispositivo local e regional de construção e pactuação, entre IES, municípios e estados, de ações de educação, além daquelas descritas anteriormente e relacionadas à graduação e pós graduação, com a grande

vantagem de já contar com um amplo contingente de profissionais e serviços mobilizados e com capacidade de desenvolver processos na perspectiva da EPS.

Para concluir efeitos do Programa Mais Médicos no contexto que abrem oportunidades no fortalecimento da PNEPS, vale dizer que a Lei do Programa, com tudo o que já foi apontado e lembrando que a mesma possui um dispositivo que permite estender as ações às demais profissões de saúde, muniu o Estado brasileiro de instrumentos para cumprir efetivamente o princípio constitucional que prevê que o SUS deveria ser responsável pela “ordenação da formação de recursos humanos em saúde” (BRASIL, 1988, art.200).

Outro elemento importante do contexto se refere à perspectiva de expansão da formação técnica em saúde a partir da soma das ações que o MS já realiza com as ações que passarão a ser realizadas na parceria dos dois ministérios, MS e MEC, por meio do PRONATEC (BRASIL, 2011c). Soma-se a isso experiências que têm mostrado que a educação de trabalhadores de nível médio e fundamental podem acontecer nos serviços nos moldes das mais inovadoras práticas de EPS como, por exemplo, mostrou o projeto Caminhos do Cuidado (2016). Esses dois componentes do cenário apontam para a necessidade de superar uma tradicional separação entre as ações dirigidas à educação dos trabalhadores de nível médio e fundamental e pensar uma política de EPS abrangente que articule a formação desses profissionais e reconheça que no território as equipes atuam juntas independente do modo como formalmente a formação de cada um é reconhecida pelo sistema educacional.

Nas ações da política que poderíamos chamar de gestão e negociação do trabalho no SUS, duas questões merecem destaque: a Agenda do Trabalho Descente no SUS, priorizada e pactuada pela Mesa Nacional de Negociação do SUS e relacionada a uma agenda da Organização Internacional do Trabalho e a previsão de discussão e pactuação dos protocolos de educação permanente e preceptoria. Ambas apontam para uma oportunidade de colocar o tema da EPS num outro patamar na agenda do movimento e organizações sindicais dos trabalhadores na saúde. E isso não é pouco importante pois muitos elementos da gestão do trabalho condicionam possibilidades dos trabalhadores de participarem como educandos e como educadores de ações de EPS: da liberação de carga horária, passando pela autorização e garantia de condições de realização de EPS no espaço de trabalho, até mecanismos como incentivos financeiros por atividades ou papéis realizados. A agenda do trabalho descente, por exemplo, afirma a generosa ideia

de que é necessário um trabalho com direitos assegurados, boa remuneração, mas que também, entre outras coisas, garanta participação democrática, cogestão do processo de trabalho, livre de toda forma de discriminação e que se caracterize por importante investimento na educação e desenvolvimento humano e profissional do trabalhador.

Considerando as políticas de atenção - que defendemos no capítulo que devam ter a EPS como uma das dimensões estratégicas de sua formulação - muito aconteceu nos últimos 4 a 5 anos que também deve ser levado em conta na definição de prioridades nacionais de investimento em mudança dos serviços e, logo, de investimento em EPS para apoiar essa mudança. Assim da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011b) até as diversas políticas das redes de atenção, passando por programas e políticas para serviços específicas da “média e alta complexidade”, há potencial, demanda e muitas vezes iniciativas de atividades de educação, realizadas com maior, menor ou nenhuma articulação com a PNEPS, que poderiam compor um modo diferente do MS atuar naquilo que se entende ser prioritário. Passando a colocar a EPS como uma dimensão estratégica dessas políticas resultando às vezes na articulação com iniciativas já em curso da PNEPS, outras vezes demandando ações e arranjos específicos da mesma, e outras ainda exigindo iniciativas que não estavam previstas e não serão executadas pela SGTES, mas que podem sim ser levadas a cabo pelas áreas responsáveis e mesmo assim compor a PNEPS.

Por fim, além do que já vinha sendo desenvolvido em termos de comunicação e TICs na EPS vimos importantes desenvolvimentos que também deverão ser levados em conta no desenho dessa renovada PNEPS como, por exemplo: a crescente utilização de intervenções e práticas do campo da educomunicação que além da qualificação e potencialização imediata de várias ações da PNEPS tem mostrado que reserva ainda um importante potencial de inovação para a política; o enorme crescimento da informatização da atenção básica com a banda larga e o eSUS; a criação de repositórios educacionais e do conhecimento produzido como o Acervo de Recursos Educacionais em Saúde e o Portal Saúde Baseado em Evidências; e o desenvolvimento de plataformas educacionais e/ou colaborativas como o Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS (AVASUS) e a Comunidade de Práticas, pelo MS, e agora o SUS Conecta numa parceria MS, Conselho Nacional de Saúde, instituições de ensino e organizações da sociedade civil.

Para concluir, é importante que no âmbito federal, estadual, municipal ou num serviço a formulação das políticas de EPS e a composição do plano estratégico se atente a algumas dimensões, para as quais utilizaremos metáforas espaciais, além das evidentes e já tratadas definições sobre: fluxos, arenas de construção e decisão, recursos, organização, metodologias, instrumentos de execução, sistemática de avaliação e monitoramento etc.

Verticalmente, é importante definir na alta direção (que deve levar em conta a gestão interfederativa e o controle social do SUS) o que será a prioridade estratégica relacionada a políticas que se quer priorizar, sejam novas ou não, e que terá um esforço mais concentrado do conjunto da organização. Nestas, a coordenação da ação cabe à área definida pela alta direção como responsável e deve ter da área da organização “responsável” pela EPS, quando não for ela designada para a referida coordenação, a participação na formulação, o apoio matricial na execução e gestão das ações e o compartilhamento de tarefas pactuadas.

Horizontalmente, formular as ações que apostam no fomento, incentivo, reconhecimento, identificação, socialização, mobilização de sujeitos sociais, experiências, dispositivos, organizações e estratégias de EPS com vistas a ampliar a capacidade de propor, formular, realizar e gerir práticas e a política de EPS no cotidiano seja de um ente federado ou de uma região, de um serviço ou mesmo de um sujeito.

Transversalmente, desenhar ações com foco nos princípios, valores e mais generosos objetivos da política compreendendo-a como uma transversalidade com capacidade de inovar a ação dos diversos sujeitos, atores e organizações sociais. Aqui há que se utilizar a imagem de que cada ação deva ser percebida também com um fractal que guarda pontes com os princípios, valores e modos de fazer de toda a contribuição que a EPS pode dar a uma gestão mais pedagógica e democrática.

Sem dúvida alguma, e agora posso dizer com a implicação do local que ocupamos no MS quando escrevemos esse capítulo, que essas reflexões têm feito parte das análises, debates e formulações das equipes de trabalhadores da SGTES. Contudo, para falar disso ou para descrever e apresentar ações e iniciativas que apontam para o que seria esse esforço a ser construído de fortalecimento e renovação da PNEPS seria necessário um outro ensaio escrito junto com outros sujeitos que têm somado braços, mentes e corações nesse generoso projeto de uma educação e gestão emancipadora e que transforme, nos sentido dos princípios do SUS, as práticas de cuidado e atenção,

formação e educação, participação, gestão e controle social. Registrados aqui esses dois compromissos: tanto o de produzir o novo ensaio quanto o de seguir ainda com mais empenho na luta apontada.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAREMBLITT, Gregório F. *Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Record, 1998.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. *Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências*. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, 2007.

BRASIL. Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.087, de 1º de setembro de 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, 2011a. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=92&data=02/09/2011>>. Acesso em: 22 maio 2014.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, 2011b. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=24/10/2011&jornal=1&pagina=48&totalArquivos=128>>. Acesso em: 22 maio 2014.

BRASIL, Presidência da República. Lei Nº 12.513, de 26 de outubro de 2011. Institui o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec); altera as Leis nº 7.998, de 11 de janeiro de 1990, que regula o Programa do Seguro-Desemprego, o Abono Salarial e institui o Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), nº 8.212, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre a organização da Seguridade Social e institui Plano de Custeio, nº 10.260, de 12 de julho de 2001, que dispõe sobre o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior, e nº 11.129, de 30 de junho de 2005, que institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens (ProJovem); e dá outras providências. Brasília, 2011c.

BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, 2013. Disponível em:

<<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=23/10/2013>>. Acesso em: 22 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros* / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

Caminhos do Cuidado Site. [Internet]. Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ. Disponível em <http://www.caminhosdocuidado.org>. Consultado em 06/02/2016.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.

_____. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface: comunicação, saúde, educação*, São Paulo, v. 9, n. 16, p. 161-77, set. 2004/fev. 2005.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trab. Educ. Saúde*; 6(3): 443-456, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v6n3/03.pdf>. Acesso em 14/04/2014.

CECCIM RB; FEUERWERKER Laura Camargo Macruz. O Quadrilátero da Formação de para a área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle social. *Physis: Rev. de Saúde Coletiva*. 14(1): 41-65. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>. Acessado em 14/04/2014.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde? *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 21(2):508-516, mar-abr, 2005.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira.. O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. v.11, n.22, p.345-63, mai/ago 2007.

COSTA, Greiner; DAGNINO, Renato. (Org.). *Gestão estratégica de políticas públicas*. Rio de Janeiro: Editora T+8, 2008.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Felix. *O Anti-Édipo: Capitalismos e Esquizofrenia*. Lisboa: Assírio & Alvim, 2003.

MEDINA, Maria Guadalupe; SILVA, Gerluce Alves Pontes; AQUINO, Rosana; HARTS, Zulmira Maria de Araújo. *Uso de Modelos Teóricos na Avaliação em Saúde: aspectos conceituais e operacionais*. In HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; SILVA, Lígia Maria Vieira organizadoras. *Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

LOURAU, René. *Análise institucional*. Petrópolis: Vozes, 1995.

MATUS, Carlos. *Política, planejamento e governo*. Brasília: IPEA, 1993.

MERHY, E. E. *A Saúde Pública como Política: um estudo de formuladores de políticas*. São Paulo: Hucitec, 1992.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

PINTO, H.A.; SALES M.J.T.S.; OLIVEIRA, F.P.; BRIZOLARA, R; FIGUEIREDO, A.M.; SANTOS, J.T. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, Volume 38, outubro de 2014.

PINTO, H.A.; SOUSA, A.N.; FERLA, A.A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, Volume 38, outubro de 2014.

PINTO, Héider Aurélio; FERLA, Alcindo Antônio. *Formulação e implantação de políticas como pedagogias para a gestão: um ensaio a partir de três casos para o Sistema Único de Saúde*. *Saúde em Redes*. 2015; 1 (1): 81-94.

TESTA, Mário. *Pensar em Saúde*. Porto Alegre: ARTMED, 1992.