

FAGNER LUIZ LEMES ROJAS

LINGUAGEM MICROPOLÍTICA NA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE



**LINGUAGEM MICROPOLÍTICA NA
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE**



UFMT

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

Reitor

Evandro Aparecido Soares da Silva

Vice-Reitora

Rosaline Rocha Lunardi

Coordenador *pro tempore* da Editora Universitária

Ana Claudia Pereira Rubio

Supervisão Técnica

Maria Auxiliadora S. Pereira Melo

Conselho Editorial



Membros

Ana Claudia Pereira Rubio (Presidente - EdUFMT)
Ana Claudia Dantas da Costa (FAGEO - Campus Cuiabá)
Caiubi Emanuel Souza Kuhn (FAENG - Campus de Várzea Grande)
Carla Gabriela Wunsch (FAEN - Campus Cuiabá)
Cassia Regina Primila Cardoso (ICS - Campus de Sinop)
Charlotte Wink (ICAA - Campus de Sinop)
Evaldo Martins Pires (ICNHS - Campus de Sinop)
Evando Carlos Moreira (FEF - Campus Cuiabá)
Felipe Rodolfo de Carvalho (IHGMT)
Frederico Jorge Saad Guirra (ICBS - Campus do Araguaia)
Graziele Borges de Oliveira Pena (ICET - Campus do Araguaia)
Gustavo Sanches Cardinal (DCE)
Harold Sócrates Blas Achic (IF - Campus Cuiabá)
Hélia Vannucchi de Almeida Santos (FCA - Campus Cuiabá)
Irapuan Noce Brazil (IC - Campus Cuiabá)
Jorge Luis Rodriguez Perez (FANUT - Campus Cuiabá)
Léia de Souza Oliveira (SINTUF - Campus Cuiabá)
Leonardo Pinto de Almeida (IL - Campus Cuiabá)
Luiza Rios Ricci Volpato (IHGMT - Campus Cuiabá)
Mamadou Lamarana Bari (FE - Campus Cuiabá)
Manoel Santinho Rodrigues Júnior (FAET - Campus Cuiabá)
Marcos de Almeida Souza (FAVET - Campus Cuiabá)
Maria Corette Pasa (IB - Campus Cuiabá)
Maria Fernanda Soarez Queiroz Cerom (FAZZ - Campus Cuiabá)
Monica Campos da Silva (FACC - Campus Cuiabá)
Neudson Johnson Martinho (FM - Campus Cuiabá)
Nilce Vieira Campos Ferreira (IE - Campus Cuiabá)
Rodolfo Sebastião Estupinã Allan (ICET - Campus Cuiabá)
Rodrigo Marques (IGHD - Campus Cuiabá)
Sandra Negri (ICHS - Campus do Araguaia)
Saul Duarte Tibaldi (FD - Campus Cuiabá)
Wesley Snipes Correa da Mata (DCE)
Zenésio Finger (FENF - Campus Cuiabá)

FAGNER LUIZ LEMES ROJAS

**LINGUAGEM MICROPOLÍTICA NA
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE**

1ª Edição


EduFMT
DIGITAL
Cuiabá, MT
2023

Copyright © Fagner Luiz Lemes Rojas, 2023.

A reprodução não autorizada desta publicação, por qualquer meio, seja total ou parcial, constitui violação da Lei nº 9.610/98.

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

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

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

R7411 Rojas, Fagner Luiz Lemes. Linguagem micropolítica na educação permanente em saúde [recurso eletrônico] / Fagner Luiz Lemes Rojas. 1.ed. - - Cuiabá-MT: EdUFMT Digital, 2023. 96p. ISBN 978-65-5588-153-0 1. Educação permanente em saúde. 2. Micropolíticas em saúde. 3. Linguagem micropolítica. I. Título. CDU 614.2

Ficha catalográfica elaborada pelo Bibliotecário Douglas Rios (CRB1/1610)

Coordenação da *pro tempore* EdUFMT: Ana Claudia Pereira Rubio

Supervisão Técnica: Maria Auxiliadora S. Pereira Melo

Revisão Textual e Normalização: Eliete Huguency de Figueiredo Costa

Diagramação & Projeto Gráfico: Kenny Kendy Kawaguchi

Arte da capa do livro. Título da xilogravura: Manifestação. Elaborada em novembro de 2022. Autor - xilógrafo: Pita Paiva.

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



Associação Brasileira
das Editoras Universitárias

*as mulheres mais tenazes que já conheci,
que definiram para mim o verdadeiro sentido da resiliência,
que diziam: “Reclamar não resulta em nada,
apenas siga!” e “Te amo.” (com ternura),
que mais amava a vida e cujo café da tarde deixou boas lembranças,*

*com quem eu queria ter passado mais tempo para ouvir as histórias,
que jamais reclamaram ou se entregaram,
nem mesmo em piores dias (duas guerreiras),
que eu gostaria de ter abraçado e beijado mais (quanta saudade!),
de quem o câncer nefasto nos roubou tempo,*

*que eram poesia em ser quem realmente eram,
donas dos violões cheios de cordas que perderam o tom,
que cantavam e queriam sempre aprender as coisas na vida...*

*muito do que aqui apresento, registrei no
acolhimento, do leito hospitalar delas,
as lembranças serão eternamente um bálsamo e rompantes de saudades,
do sorriso luminoso e dos principais ensinamentos,
Jecira e Isaura: minhas maiores mestras!*

À minha mãe, Jecira Ferreira Lemes (in memoriam)

À minha avó, Isaura Pereira Lemes (in memoriam)

AGRADECIMENTOS

Na minha família, especialmente minha avó (in memoriam) e minha mãe (in memoriam), além das minhas tias, foram mulheres de uma força e de uma capacidade agregadora que eu jamais vira igual. Eram ativas, lindas de morrer, sábias e maduras, mas jovens em sua capacidade de compreender o mundo. Mamãe e vovó deixaram um vazio cheio de saudade, igualmente preenchido pela ausência do meu pai (in memoriam). Elas e ele foram meus exemplos e me ensinaram lições essenciais para a minha vida hoje e sempre:

Respeitar todas e todos.

Jamais se apropriar de algo indevidamente.

Pedir licença.

Ser cordial.

Ser grato.

Dar exemplos, porque “tem sempre alguém nos observando”. E valorizar as oportunidades grandiosas, tais como de ter estudado em instituições públicas de ensino, portanto, de “ser filho das políticas públicas de formação-inclusão”, que certamente mudaram os rumos da minha vida. Tornei-me o primeiro doutor de uma família composta por brasileiros e paraguaios, rompendo uma barreira e abrindo uma fissura que ecoa no tecido social.

Gratidão à Prof^a Dra. Ruth Terezinha Kehrig, e aos professores(as) que, gentilmente, analisaram esta obra. À Dra. Emília Carvalho Leitão Biato, à Dra. Neuci Cunha dos Santos, à Dra. Karine Wlasenko Nicolau e ao Dr. Ricardo Burg Ceccim. A todas e todos que direta ou indiretamente fizeram parte do meu percurso de vida e do doutorado, em meio aos desafios e alegrias.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIS	Ações Integradas em Saúde
CIES	Comissão Integração Ensino-Serviço
CIR	Comissão Intergestores Regional
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DeCS	Descritores de Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde
EUA	Estados Unidos da América
FAO	Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura
GM/MS	Gabinete Ministerial do Ministério da Saúde
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
NEPEPS	Núcleo de Estudos e Pesquisa da Educação Permanente em Saúde
NOB/RH	Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OSS	Organização Social de Saúde
PAREPS	Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde

PEC	Projeto de Emenda Constitucional
PEPS	Polo de Educação Permanente em Saúde
PEPS/SUS	Polo de Educação Permanente em Saúde para o Sistema Único de Saúde
PICO	População, Intervenção, Comparação e Desfecho (<i>Outcome</i>)
PMEPS	Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SUDS	Sistema Unificado Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFMT	Universidade Federal de Mato Grosso
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

PREFÁCIO	<i>11</i>
1 DESCORTINAR O TEMA	<i>18</i>
2 SISTEMÁTICA DO ESTUDO	<i>21</i>
3 A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NOS MÚLTIPLOS CENÁRIOS	<i>31</i>
4 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E O TERRITÓRIO: DESAFIOS E POSSIBILIDADES	<i>37</i>
5 GESTÃO DEMOCRÁTICA E AS MICROPOLÍTICAS EM SAÚDE	<i>63</i>
6 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: INTERSETORIALIDADE E FINANCIAMENTO	<i>79</i>
7 REFLEXÕES ACERCA DA LINGUAGEM MICROPOLÍTICA EM SAÚDE	<i>86</i>
8 REFERÊNCIAS	<i>90</i>

PREFÁCIO

Linguagem micropolítica na transformação em saúde

Em sua obra de determinação e ousadia intelectual inovadora, Fagner Rojas nos convida a desafios que compartilha: a linguagem micropolítica, à luz de Deleuze e Guattari¹, acompanhados de Foucault², compondo o quadro teórico utilizado para a compreensão de processos e práticas de Educação Permanente em Saúde (EPS) no âmbito do Sistema Único de Saúde, o SUS brasileiro. Tal abordagem anuncia a perspectiva da reconstrução das práticas de saúde pela linguagem micropolítica.

Partimos aqui da questão: será a micropolítica uma linguagem transformadora da EPS enquanto prática dos serviços e sistemas de saúde? Se pensamos a EPS enquanto prática instituída no âmbito do SUS, sendo sua razão de ser a transformação das práticas, pois se trata de educação transformadora, podemos afirmar que a EPS existe para promover a mudança e melhoria das práticas de saúde. Inclusive a própria política nacional de EPS, vigente no SUS³, afirma essa finalidade.

As políticas de saúde convivem com o desafio da transformação das práticas de cuidado, buscando evitar ou dar uma resposta devida ao sofrimento das pessoas, sendo este também o desafio da política de humanização, por um SUS mais humano (MATTOS, 2009)⁴. Acompanhando Rojas nesta obra, podemos aqui nos reportar às segmentaridades (DELEUZE; GUATARRI)¹, como a molar e a molecular, que nos atravessam na vida em sociedade, sempre uma tendo a outra por pressuposto. E nos lembram esses autores que: “Em suma, tudo é político, mas toda política é ao mesmo tempo macropolítica e micropolítica” (op cit, p. 90). O processo político difere, a construção de micropolíticas difere, pois operam e capilarizam de outra forma.

Há no Brasil uma Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no SUS (BRASIL, 2004)⁵, a PNH, sintetizada na sua expressão em codinome “HumanizaSUS”. No segundo ano do primeiro governo popular que levou duas décadas para se eleger na democratização socialmente construída após a ditadura militar da segunda metade do século 20, foi instituída no SUS a política nacional de humanização, voltada para valorizar as pessoas partícipes dos processos de produção da saúde, sejam seus usuários, sejam os trabalhadores e gestores dos serviços.

A política acima citada (PNH), vem trazer para a relação entre os trabalhadores e com a gestão de saúde a mesma ética do cuidado pressuposta na relação entre profissionais de saúde e usuários dos serviços. Aqui vale uma chamada a autores referidos por Rojas que entendem a educação e a participação sempre atreladas à atenção e à gestão de saúde (CECCIM; MERHY, 2009)⁶. No mesmo ano de 2004 foi instituída uma política nacional de EPS, em sua primeira edição³. Ambas as políticas (de EPS e PNH) mobilizaram o campo de conhecimento e práticas em Saúde Coletiva no processo de produção social da saúde no país.

Mas haveria potencialidade da linguagem micropolítica na mudança da atenção e da gestão em saúde? Sim, pela via da EPS defende a tese apresentada nessa obra. O autor nos traz uma linguagem micropolítica de humanização e educação permanente no SUS brasileiro. Ao situar o objeto de estudo de sua tese em questões micropolíticas construídas no espaço da implementação da política nacional de educação permanente em saúde, a pesquisa problematizou como as relações entre os sujeitos envolvidos possibilitaram o surgimento e formulação de uma linguagem própria daquele contexto e realidade.

A construção de uma linguagem micropolítica, que emerge da reflexão coletiva entre os sujeitos das práticas de EPS, nos está apresentada pelo autor na apreensão empírica de sua tese, à luz das referências ético-normativas e teórico-metodológicas que embasam o

estudo realizado e dialogam com seu quadro teórico central^{1,2}. Neste livro-tese, Fagner Rojas está bem acompanhado no campo da Saúde Coletiva por autores que trazem a potencialidade transformadora da micropolítica operante na reflexão cotidiana sobre as relações entre os sujeitos das práticas de saúde (MERHY, 2002; FRANCO, 2006; CECCIM, 2005), estando esses sujeitos sintetizados no *quadrilátero - ensino, gestão, atenção e controle social - da formação para a área da saúde* (CECCIM; FEUERWERKER, 2004), compondo as referências citadas por Rojas nesta obra.

À guisa de introdução para compreender a linguagem micropolítica na transformação em saúde, ao anunciar a imersão empírica em questões micropolíticas no seu universo de estudo, junto a Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) localizadas em quatro regiões de um estado do Centro-Oeste brasileiro, o autor informa a que vem sua obra e explicita seus referenciais teóricos para o tema e objeto de pesquisa, descortinando uma linguagem do aprendizado micropolítico em saúde.

No segundo momento deste livro tem-se o quadro teórico-metodológico do estudo realizado, a partir de pressupostos foucaultianos², como o conceito de microfísica do poder, e de micropolítica em Deleuze e Guattari (1996)¹, construindo o autor a sua reelaboração para compreender as relações políticas nas instâncias locorregionais de saúde e como as CIES operavam na construção de micropolíticas de educação permanente em saúde. A opção pela análise de discurso, como método de análise das entrevistas com os sujeitos das CIES, configurou um diálogo produtivo com a teoria do objeto.

A revisão de literatura sobre as diferentes concepções nos múltiplos cenários internacionais, latino-americano e brasileiro da educação permanente em saúde, contextualiza histórico-conceitualmente e elucida os sentidos da EPS no Brasil.

A análise das relações entre os municípios e regiões de saúde revelou uma gestão democrática de políticas locais e regionais, frente

aos desafios da formação na configuração sociodemográfica dos territórios de abrangência das CIES no estado de Mato Grosso. A transposição das dificuldades operava a formulação de experiências inovadoras ao SUS, efetivadas no território. E propiciou a produção dos dados sobre as experiências diversas na promoção de discursos expressados em linguagem micropolítica.

Houve uma articulação entre as instâncias regionais via comissão de integração ensino-serviço com a gestão colegiada interfederativa estadual, via comissão intergestores bipartite, a CIB de Mato Grosso, que operava na interação entre os diversos sujeitos em movimentos produtores de governamentalidade, apreensível por vezes no seu contraponto das interdições discursivas emergentes.

Nos resultados emergentes, quanto à responsabilização pela EPS nas diferentes instâncias, destaca-se o diferencial da gestão democrática nos territórios de Mato Grosso, observando-se que as ações resultantes dos colegiados das CIES influenciaram as políticas de saúde, inclusive para além da EPS. Quanto à intersectorialidade, a diferenciação binária entre as lógicas na formação em saúde por entes públicos e privados não configura impeditivo na construção de redes, pela via da sua interlocução enquanto partícipes das comissões de integração ensino-serviço.

Por outro lado, o desfinanciamento crescente da saúde já era sensível nas regiões desde o contexto do ano anterior ao golpe parlamentar de 2016 à democracia brasileira: os coletivos regionais da EPS continuavam se mobilizando o quanto possível para assegurar suas pactuações, evitando maiores interrupções das atividades, enquanto os municípios operavam a própria autonomia para superar entraves, como as disputas de poder na aplicação dos recursos. O estudo de Rojas constata que o ganho real esteve pautado nas experiências oriundas da mobilização de instituições e sujeitos locais, que mesmo com pouco recurso aglutinaram a capacidade de estruturas, instituindo formas de organizar a sua política e o sistema local de saúde.

Nas reflexões finais sobre os desdobramentos do estudo objeto desta obra, a micropolítica no âmbito da educação permanente em saúde irradia sua linguagem tanto aos sujeitos trabalhadores, gestores, sujeitos do ensino e da participação social, quanto a esferas institucionais, conformando arranjos inovadores no cotidiano das políticas de saúde. Seu autor identifica em tais experiências o potencial de funcionar como balizadoras ou inspiradoras de formação educativo-política na perspectiva da transformação das práticas de saúde.

Este livro é produto de um processo de trabalho de tese amadurecido nos seus diferentes tempos e parcerias*, que tenho a satisfação de prefaciar, no seu tempo, 2023. Vejo esta obra como uma esperança, ou imagem objetivo do movimento das micropolíticas na Saúde Coletiva.

É pertinente a menção à obra “Manifestação” do xilógrafo Pita Paiva 2022, escolhida por Fagner Rojas para a capa deste livro: é bela e anuncia a militância política. Esta fachada simboliza a saúde à frente, junto com a educação, a diversidade e as mulheres na luta por justiça social. Afinal, aqui se trata de Saúde Coletiva.

Paim (2008)⁷ discute os desafios da práxis no processo de implementação dos princípios e valores ético-normativos construídos na Reforma Sanitária Brasileira, que teve por horizonte a transformação social da vida. O próprio texto constitucional de criação do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1988)⁸ assume os princípios doutrinários e diretrizes do direito universal e equitativo à saúde da população. Sua consecução é política, e frente aos desafios persistentes, vemos com Paim (op cit, p. 625) o quanto a “radicalização da democracia contribuiria para a alteração da correlação de forças, desequilibrando o binômio conservação-mudança em benefício do segundo termo”.

* Cabe destacar e agradecer a parceria acadêmica com a Prof^ª Dra. Emília Carvalho Leitão Biato da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB), coorientadora da tese ora transformada em livro, lembrando que no tempo do seu desenho, ou construção do projeto de tese, formamos um grupo de estudo orientadoras-orientando para um aprendizado compartilhado sobre a obra de Deleuze e Guattari.

A potencialidade da linguagem micropolítica no cotidiano das práticas sociais de saúde é construída na reflexão crítica dos sujeitos coletivos e individuais que a exercem. Estas reflexões, construídas por intelectuais livres no espaço dos sistemas e serviços de saúde, articulando-se os trabalhadores de saúde, a gestão, a formação e o controle social, conformam uma importante militância de transformação na Saúde Coletiva. As células de produção intelectual alimentam possíveis rizomas que pulsam na vida cotidiana da micropolítica em saúde.

Cuiabá, junho de 2023.

Ruth T. Kehrig

Doutora em Saúde Pública, professora associada do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso.

Referências

1. DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia. 5. ed. Tradução: Aurélio Guerra Neto, Ana Lúcia de Oliveira, Lúcia Cláudia Leão e Suely Rolnik. São Paulo: Editora 34, 1999.
2. FOUCAULT, M. Microfísica do Poder. 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.
3. 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, DF: Ministério da Saúde, 2007.

4. MATTOS, R. A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. Revista Interface Comunicação, Saúde e Educação, v.13, n.1, p.771-80, 2009.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Humaniza SUS – Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
6. CECCIM, R. B.; MERHY, E. E. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. Botucatu, Revista Interface Comunicação, Saúde e Educação, v. 1, n. 6, p. 531-542, 2009.
7. PAIM, J. S. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. Rio de Janeiro, Revista PHYSIS Saúde Coletiva, v. 18, n. 4, p. 625-644, 2008.
8. BRASIL. Constituição Federal (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

1 DESCORTINAR O TEMA¹

O levantamento de questões micropolíticas na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) revela em que medida as relações entre os envolvidos possibilitam o surgimento de uma linguagem particular, ancorada em processos do cotidiano do trabalho não previstos em nenhuma normativa, manual, livro ou qualquer outro material. Dito de outro modo, esse levantamento evidencia como tais micropolíticas operam nas Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES), contexto no qual se pressupõe a existência de novas estratégias de Educação Permanente em Saúde (EPS) nas regionais de saúde do estado de Mato Grosso, com potencial de formular micropolíticas que redundem na inovação, regionalização e reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS) local.

Trata-se, pois, de um empreendimento desafiador, que implica a identificação, no âmbito da PNEPS, dos desdobramentos das micropolíticas nas CIES, ou seja, os movimentos, os modos de as ações efetuadas nos territórios perpassarem os acordos, os instrumentos legais, as leis ou mesmo legitimarem os pactos que fogem ao formalismo institucional.

Foucault (2015), em suas análises da microfísica do poder, destaca que a micropolítica ocorre no campo social quando os discursos formulam “aparatos” que justificam a utilização da máquina estatal como instrumento máximo de atuação nas relações de saber

¹ Esta obra é o resultado da adaptação, para o formato de livro, da tese de doutoramento do autor defendida em 2019, intitulada “Linguagem micropolítica na Educação Permanente em Saúde: estudo de caso em Comissões Integração Ensino-Serviço de Mato Grosso”, desenvolvida na área de Saúde Coletiva na Universidade Federal de Mato Grosso, sob a orientação da professora Dra. Ruth Terezinha Kehrig, pesquisadora no Instituto de Saúde Coletiva dessa instituição acadêmica. Tal pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Júlio Müller, vinculado à Universidade Federal de Mato Grosso, sob parecer CAAE 61285616.5.0000.5541, de número 1.978.879.

e poder da sociedade, agindo estrategicamente para garantir seu *status* hegemônico de controle.

Nessas circunstâncias, o “projeto político” e o “plano de metas” do Estado instauram, nas normas do trabalho em saúde e ações relacionais que constituem as tecnologias leves, conforme propõe Merhy (2002), influências que atuam como micropolíticas no cotidiano laboral, formulando dispositivos que implicam na dinâmica do trabalho e nas políticas em saúde.

Em interlocução com as ideias de Foucault, Deleuze e Guattari (1999) esclarecem a forma pela qual os discursos regulam os territórios das microrrelações. Sendo assim, ao identificar nas CIES a operação de micropolíticas pelo quadrilátero da saúde da comunidade, trabalhadores, gestores e educadores em saúde, captadas nos discursos de quatro comissões regionais – Porto Alegre do Norte, Peixoto de Azevedo, Sinop e Barra do Garças –, constatam-se novas configurações da política de saúde em Mato Grosso em cada território.

A micropolítica aqui se define pela capacidade de compreender a partilha de poder enquanto aparato capaz de forjar dispositivos políticos que proporcionam resultados singulares. Logo, ao capturar situações desimportantes, o que parece “erro”, adquire novo sentido, e isso só se torna possível devido à interação estabelecida entre sujeitos que utilizam sua parcela de poder para induzir novas formas de enfrentar e promover transformações na realidade local.

A propósito, a capacidade de dialogar promove “[...] minúsculas fissuras e posturas que não passam mais pelas mesmas instâncias, mesmo no inconsciente, linhas secretas de desorientação ou de desterritorialização: toda uma subconversação na conversação, [...], isto é, uma micropolítica da conversação [...]” (DELEUZE; GUATTARI, 1996, p. 63). Nesse sentido, em algumas regionais de saúde de Mato Grosso (KEHRIG et al., 2014), remanescentes de formas antigas de governar se fazem presentes em movimentos de desterritorialização da velha política, autocrática e ineficiente, realidade essa não condizente com a de outras regionais, que têm

experimentado modos colaborativos de atuação, modificando-as e transformando-as em uma construção política resolutive.

Neste livro se apresentam reflexões de naturezas histórico-conceituais e práticas relacionadas às políticas de educação para o trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), que desde sua constituição, em 1988, passou a ser “ordenador da formação de recursos humanos em saúde” (BRASIL, 1988). Nesses termos, perscrutar os processos históricos dessas políticas favorece o reconhecimento dos movimentos educacionais voltados para a formação profissional da saúde pública no país.

O tema da Educação Permanente em Saúde (EPS), que se sobrepõe às noções de educação continuada, é uma construção social inserida nos movimentos da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), com destaque para as estruturas dos Polos de Educação Permanente nas regionais de saúde e sua substituição por Comissões de Integração de Ensino-Serviço (CIES), bem como para o estabelecimento da política nacional de EPS, com sua primeira formulação em 2004, atualizada três anos depois (BRASIL, 2007).

Nas descrições aqui expostas, focalizam-se as expressões da EPS na literatura em países das Américas; a Educação Permanente em Saúde – história e contexto; e a regionalização no SUS e suas relações com a implementação da PNEPS, convergindo para o entendimento da concepção da educação laica e suas possíveis implicações na compreensão da EPS no SUS.

2 SISTEMÁTICA DO ESTUDO

A “[...] constituição dos saberes privilegiando as inter-relações discursivas e sua articulação com as instituições, respondia como os saberes apareciam e se transformaram [...]” (FOUCAULT, 2015, p. 11). Estando tais relações ligadas à capacidade de forjar normas, políticas, leis e discursos. Nessa perspectiva, importa perceber não o que ficou no não dito, o oculto, e sim o fato de se ter tomado por verdade aquilo que foi dito. Ou seja, o “[...] discurso em seu volume próprio, na qualidade de monumento. Não se trata de uma disciplina interpretativa: não busca um ‘outro discurso’ mais oculto. Recusa-se a ser alegórica [...]” (FOUCAULT, 2008, p. 157).

Com isso, entende-se:

[...] o funcionamento dos discursos não está pré-definido à espera de nossas leituras, como se bastasse irmos com um arsenal de ferramentas metodológicas e um “modelo” de dinâmica discursiva para decifrá-lo. Cada discurso tem suas peculiaridades que as teorias que o analisam, amplamente, não dão conta de todas as suas idiosincrasias, até porque, no seu exterior, povoam inúmeros discursos distintos que lhe alteram a constituição e ordenação interna. (FERREIRA; TRAVERSINI, 2013, p. 211).

Aliás, a própria oralidade confere a noção de verdade e originalidade ao coletivo. Assim, “[...] é essa análise do porquê dos saberes [...] que pretende explicar sua existência e suas transformações situando-os como peça das relações de poder, incluindo-os em um dispositivo político [...]” (FOUCAULT, 2015, p. 12).

Sob a ótica dos discursos, a origem do pensamento é nômade, e este, uma vez dito, produz os dispositivos como estratégias de legitimação política, condição imanente dos grupos que o constroem. Apesar de estar ligado a um coletivo ou a indivíduo(os), o pensamento dominante se refaz e, por isso mesmo, é discurso elaborado como

pensamento de “[...] dimensão plural de conexões e acoplamentos, envolvendo um sistema, compondo com os agenciamentos sociais e históricos uma produção maquínica de corpos e territórios atuando em linhas de desterritorialização [...]” (DELEUZE; GUATTARI, 1999, p. 103).

A partir da concepção de nômade, compreende-se, em tese, que o discurso se refaz à medida que escapa do interlocutor e se prende a outros discursos, fenômeno denominado “[...] quantum de (re)fazimentos”, possíveis quando “[...] as mutações remetem a essa máquina, que certamente não tem a guerra por objeto, mas a emissão de quanta de desterritorialização, a passagem de fluxos mutantes [...]” (DELEUZE; GUATTARI, 1999, p. 103).

Os discursos “[...] tornaram-se o que são; nem tampouco o momento em que, desfazendo a solidez de sua figura, vão perder, pouco a pouco, sua identidade [...]”. Essa acepção afasta o entendimento do “[...] discurso como um conjunto de signos que expressaria um pensamento, [...] [ao] trazer à tona seus significados ocultos, [...] [e] propõe entendermos o discurso como discursos, no plural, e manter-se no que foi dito” (FERREIRA; TRAVERSINI, 2013, p. 209).

Nessas condições, percebe-se que “[...] o que se exerce ao longo dos tempos é a vontade de verdade [...]”, expressão nietzschiana denotativa de que as “[...] sínteses discursivas que nos chegam e são aceitas como naturais do mundo social, precisam ficar em suspenso [...]” (FERREIRA; TRAVERSINI, 2013, p. 212). Acrescente-se aqui que o pensamento não tem fidelidade consigo mesmo, podendo se refazer por ser atravessado pelas intenções de determinados grupos que o instituem.

Logo, é dos discursos produzidos no campo social que emerge a micropolítica, sendo ela o seu próprio centro de comando, aliás, o único da localidade onde se realiza, isso implicando que cada discurso é o que é por ser singular. Com base nessa ideia, entende-se que a perspectiva de linguagem micropolítica derivada das CIES regionais resulta do fenômeno manifestado pela formulação de discursos que

traduzem relações políticas tênues entre o sujeito, o trabalho e o território, as quais são passíveis de ser compreendidas e explicadas.

Nos domínios das descrições apresentadas nesta obra, tal linguagem refere-se à construção coletiva das experiências vivenciadas entre as equipes das CIES regionais e identificadas naqueles discursos que veiculam novas configurações da política de saúde em Mato Grosso, formuladas de maneira singular em cada território, caracterizada em sua atuação como um “marcador de poder” e permeada por disputas. Em outras palavras, constitui uma forma de exercer poder utilizando o referencial foucaultiano, em cujo âmbito “[...] em vez de existir como escrita material das coisas, não achará mais seu espaço senão no regime geral de signos representativos [...]” (FOUCAULT, 1999a).

Essas teorizações podem ser exemplificadas por meio dos modos de enunciação da linguagem micropolítica, em que as palavras não são simplesmente ferramentas, porque “[...] damos às crianças linguagem, canetas e cadernos, assim como damos pás e picaretas aos operários. Uma regra de gramática é um marcador de poder, antes de ser um marcador sintático” (DELEUZE; GUATTARI (1997, p. 8).

Neste livro, em particular, embora circunscrita a um espaço territorial, a definição de linguagem micropolítica não advém do conceito de topografia geográfica, sendo apreendida na maneira de esses coletivos se reunirem e conformarem um código linguístico no território dos sentidos à medida que instituem formas de estabelecer os seus encontros, reuniões, pactuações etc. Aliás, trata-se de um código cuja concepção, devido à presença de valores pautando aqueles coletivos, se aproxima da noção de *éthos*.

Especificamente, nos colegiados de quatro regionais de saúde do estado de Mato Grosso – Porto Alegre do Norte, Peixoto de Azevedo, Sinop e Barra do Garças –, as micropolíticas se realizam por meio da “cooperação legitimada pelos espaços de fala”, condição imprescindível para o conjunto CIES regionais e CIR, ou, as CIES regionais alinhadas com a CIR poderem ali explorar as brechas

que extrapolem o mero e habitual cumprimento de leis, portarias e passem, então, a implementar ações mobilizadoras de transformação local, promovendo enfrentamentos.

Os discursos produzidos nesse contexto foram fundamentais para a composição da “linguagem micropolítica”, haja vista legitimarem a voz dos grupos que provocaram as estruturas locais a funcionar muito além do previsto pelas instâncias colegiadas, privilegiando o coletivo, a força política de cada uma delas a partir das pactuações fundadas em atos de corresponsabilização.

Uma particularidade das secretarias executivas das CIES regionais em Mato Grosso é a realização das reuniões ordinárias estaduais em consonância com as reuniões da Comissão Intergestores Bipartite (CIB estadual), consubstanciando uma logística que possibilita aos participantes de ambas as partes se deslocarem juntas para otimizar recursos públicos.

Portanto, essa proposição já prevê uma mobilização coordenada e coletiva, bem como a instituição de diálogo sobre pautas de interesse comum, assegurando que a apreciação dos temas envolva todos os participantes.

Nas reuniões das CIES regionais, evidenciou-se a necessidade de amparo à população dos municípios pequenos (10.000 habitantes) com baixa receita e sem condições de custear a manutenção do quadro de funcionários.

A solução de pactuação micropolítica interestadual com Gurupi (TO), por exemplo, apresentada pela regional de Porto Alegre do Norte, embora não esteja prevista na pactuação anual dos municípios, garantiu a consolidação da PNEPS mediante a aglutinação do CIES e da CIR local e, conseqüentemente, a sua atuação na regional de saúde. No cenário informal, as reuniões e as caronas que os colegas de municípios vizinhos promoviam (para colaborar com o deslocamento e chegar nas reuniões da CIES Regional), fundava um espaço privilegiado de produção de discursos

que propiciava a mobilização de pessoal para os enfrentamentos e o estabelecimento de diálogos.

Ambos os colegiados operam meios legais de ordenar ações no campo político para formular estratégias de atuação, experiência micropolítica em cada uma das regionais “singular e ao mesmo tempo comum entre elas”. A valorização do “espaço” de fala como (co)criador de um espaço problematizador de propostas estimulou a cooperação entre os segmentos e as instâncias colegiadas CIES e CIB, em cujo funcionamento extrapolaram os limites de suas atribuições, produzindo discursos que foram legitimados e reconhecidos como ponto central para a formulação das políticas locais.

As descrições acerca das quatro regionais de saúde do estado de Mato Grosso eleitas para análise evidenciam “[...] a compreensão [...] dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais e políticos [...]” (YIN, 2001, p. 21), pois entende-se que “[...] a leitura de qualquer realidade constitui um exercício de reflexão sobre a literatura ‘humana’, [...] a cada momento pode começar algo novo [...]” (MINAYO, 2008, p. 87), e isso proporciona o entendimento dos refazimentos múltiplos, considerando as noções de verdade produzidas pelos discursos e práticas daquelas CIES.

O Quadro 1 apresenta a quantidade de profissionais entrevistados por regional e município, além de descrever tais coletivos de atuação. Nota-se que 55 (cinquenta e cinco) pessoas foram ouvidas nos grupos focais, enquanto no estudo se somam 35 (trinta e cinco) participantes.

Quadro 1 – Atuação profissional

Municípios das Regionais de Saúde	Segmentos institucionais e populares integrantes do quadrilátero da saúde				Descrição do coletivo de participantes
	Gestão	Trabalho	Ensino	Controle Social	
Regional do Baixo Araguaia					
Porto Alegre do Norte	8	2	-	-	O colegiado é composto por Paulo, Adriana, Maria Clara e Sara e atua no âmbito de gestão nas CIES, diferentemente do papel que desempenham no campo profissional, nas instituições a que cada um pertence, desenvolvendo ações, seja como dirigente máximo, na área técnica, seja na coordenação da atenção primária.-Portanto, pode-se compreender a EPS em três âmbitos diferentes na gestão da saúde.
Vila Rica	2	-	-	-	
Santa Terezinha	1	1	-	-	
Confresa	1	1	-	-	
Canabrava do Norte	3	-	-	-	
São Félix do Xingú	-	1	-	-	
Regional do Vale do Peixoto					
Peixoto de Azevedo	1	3	-	-	O colegiado é constituído por Carlos, André, Dirce, Andréia e Selma, a característica como da maioria dos participantes do grupo focal, por pertencer ao segmento trabalhador, e apenas um da gestão. Por ser uma região do extremo Norte de Mato Grosso, que faz divisa com Reserva do Xingú, apresenta variadas demandas estruturais, sobretudo os referentes à logística do deslocamento. As políticas deste grupo são fortalecidas principalmente na intersectorialidade pujante.
Matupá	2	-	-	-	
Novo Mundo	1	-	-	-	
Guarantã do Norte	1	2	-	-	
Terra Nova do Norte	-	1	-	-	
Regional do Teles Pires					
Sinop	3	-	2	3	O grupo é integrado por Andréia, Jecira, Isaura, Zilda, Weslen e Adriano e tem sido representado em maior número por agentes do ensino, que repensam a rede de saúde de forma integrada à CIES municipal e, então, regulam as decisões sobre o campo de estágio, a coparticipação das IES nos campos práticos e a distribuição destes. Por ser um polo educacional estabelecido no extremo Norte de Mato Grosso, os órgãos de gestão de saúde têm fomentado uma política de saúde muito singular, por produzirem planos da EPS no âmbito municipal, os PAMEPS, operados via Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAPS).
Sorriso	-	-	1	-	
Santa Rita do Trivelato	1	-	-	1	
Tapurah	1	-	-	-	
Nova Ubiratã	2	-	-	-	
Feliz Natal	-	1	-	-	
Regional de Garças Araguaia					
Barra do Garças	4	-	-	-	O grupo é representado por Arthur, Luís Guilherme, Diógenes, Júlio, Jaqueline, Lourdes e Graça. Nesta regional também há o segmento de ensino, com forte envolvimento entre os sujeitos do controle social, razão pela qual é bastante articulada com os setores que a compõem. Faz divisa com o estado de Goiás, e, embora haja terras indígenas no seu entorno, a articulação com as questões indígenas é bem mais tímida que a constituída em outras regiões de Mato Grosso.
General Carneiro	1	-	-	-	
Torixoréu	1	-	-	2	
Nova Xavantina	-	-	1	-	
Total de municípios participantes				21	
Total de falas representadas no estudo				35	
Total de participantes dos grupos focais				55	

Fonte: Organização do autor (2019).

Nota: Os sujeitos foram identificados a partir de codinomes, de forma a preservar a sua real identidade em respeito à Resolução CONEP nº 466/2012.

Desses grupos de regionais, cada qual caracterizado pela singularidade das ações dos seus membros no coletivo, dois se destacaram: o de Sinop, pela inserção de vários representantes do ensino e pela homologação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde para a distribuição de alunos das escolas formadoras da saúde. A CIES do Araguaia, devido ao maior número de participação dos representantes do controle social, o que lhe atribuiu uma capacidade de intersetorialização que potencializou as práticas de saúde, diferenciando-as e não as restringindo como assistenciais em unidades de saúde e hospitalares.

A ciranda das falas, embora estas guardem em sua formulação uma individualidade que lhes é própria, constituiu um contexto de interação coletiva em cujo âmbito se estabeleceu um discurso comum subsidiário da produção das nuvens de ideias. Embora cada fala tenha a sua singularidade, ao observá-las coletivamente, emergiu um contexto comum que originou os capítulos dessa obra.

As sessões de interação, as experiências relatadas pelos membros do grupo das CIES eleitas para análise, acerca da participação cotidiana deles nos respectivos colegiados, revelaram como suas ações interferiram em certo grau na estruturação das relações de poder, na política, nos campos social e estrutural do SUS local. Nesse âmbito se inscrevem o princípio da governamentalidade foucaultiano e o seu contraponto, a “interdição discursiva”, presente na fala de qualquer sujeito dentro de grupos e da sociedade cuja existência é reveladora “[...] por mais que o discurso seja aparentemente bem pouca coisa, as interdições que o atingem revelam logo, rapidamente, sua ligação com o poder [...]” (FOUCAULT, 1999b, p. 10).

A noção de interdição, haja vista estar a serviço de uma ordem de poder, de uma hierarquia e da legitimação de sujeitos e coletivos, permite “[...] visibilizar, entre outros pontos, o funcionamento de alguns procedimentos de efetivação dos discursos [...]” (FERREIRA; TRAVERSINI, 2013, p. 208). Compreende-se que os discursos não compõem um conjunto só de signos, mas também de práticas que

formam sistematicamente os objetos que enunciam: “[...] certamente os discursos são feitos de signos; mas o que fazem é mais que utilizar esses signos para designar coisas [...]” (FOUCAULT, 2008, p. 60). De fato, é na singularidade de cada grupo que o discurso “toma forma” e pode resultar em ações práticas, criando as estruturas que ele próprio legitima com regras e poder de ação.

Ao corroborar a genealogia do poder em Foucault (1999b), na qual o discurso é concebido como discursos, Ferreira e Traversini (2013, p. 209) advertem que se manter no que foi dito é um cuidado imprescindível para afastar o “[...] entendimento do discurso como um conjunto de signos que expressaria um pensamento, ou algo que distorceria a realidade ou mesmo que faria as coisas ‘falarem’ – trazer à tona seus significados ocultos – por meio da palavra [...]”.

Segundo o filósofo francês, acima citado, o “[...] discurso nada mais é do que a reverberação de uma verdade nascendo diante dos seus próprios olhos [...]” (p. 49), razão pela qual, “em uma dada declaração (ou um conjunto delas), a seleção dos excertos a serem submetidos à análise exige escuta sensível, minuciosa, privilegiando o sentido real e necessário à compreensão do que se procura legitimar por meio da construção dos discursos” (FERREIRA; TRAVERSINI, p. 209). E é dessas frações de enunciados que emergem neste livro os “textos-arquivos”, na visão de Maingueneau (2015), estratégia de agrupamento de ideias discursivas “centrais”.

Na análise do discurso “[...] não se busca, sob o que está manifesto, a conversa semi-silenciosa de outro discurso: deve-se mostrar porque não poderia ser outro, como exclui qualquer outro, no meio dos outros e relacionado a eles [...]” (FOUCAULT, 2008, p. 36 *apud* MAINGUENEAU, 2015, p. 20). A partir desse argumento, entende-se que cada comissão se organiza de modo particular, diferente e que, ao se reunirem, conforme a lógica do quadrilátero da saúde, passam a constituir, juntas, um espaço comum, em defesa das necessidades do grupo.

Para Maingueneau, há pouco mencionado, “[...] falar é uma forma de ação sobre o outro [...]”, de sorte que cada discurso precisa estar vinculado a um sujeito, a um “[...] EU que se coloca como fonte de referências pessoais, temporais e espaciais [...]”, não necessitando, porém, se configurar como original, haja vista ser um “[...] dispositivo de comunicação do qual ele provém [...]” (p. 25-27), categoria na qual se inserem os grupos colegiados das CIES regionais. Alice Krieg-Planque (2010, p. 9), corrobora a lógica maingueneana, ao considerar na análise do discurso a existência de “[...] um conjunto de formulações que, pelo fato de serem empregadas em momento e espaço público dados, cristalizam questões políticas e sociais [...]”, noção correspondente, nesta obra, à constituição da “nuvem de ideias”.

Aliás, esta proposta é aqui sustentada pelos princípios de fórmula e texto-arquivo, por se entender que as falas se alinham em “um só discurso” composto por “um conjunto de textos”, ou seja, ideias correlatas inscritas na mesma conjuntura política e em defesa do mesmo fim, as quais se agrupam e se incorporam numa nuvem. A esse respeito, Assis, Mareco e Corrêa (2015, p. 431), igualmente à luz de Maingueneau, ponderam: “[...] discurso e texto podem designar tanto um único texto [que corresponde a um discurso] quanto um conjunto de textos [discursos que existem para além dos textos que os constituem]”.

No caso das CIES regionais, a produção de discursos sobre suas experiências políticas tem destaque pela geração de texto-arquivo originário das nuvens de ideias, ressaltando-se que não há uma fixação fiel do discurso nele mesmo (DELEUZE; GUATTARI 1999), ou seja, o discurso em forma de “texto e corpus” sempre se sustenta e, então, se prende e se desprende dele próprio para se ligar às instituições, criando-as e sustentando-as (MAINGUENEAU, 2015).

Ainda na acepção de Maingueneau, os textos-arquivo provêm das unidades tópicas, que se definem por serem “pré-recortadas pelas práticas sociais”, e das “não tópicas”, construídas no processo

pelo pesquisador (p. 67). Nesta publicação, portanto, é a partir de tais unidades que se estabelecem as ideias discursivas centrais das quais emergem os “textos-arquivos”, agrupamento que, por sua vez, conformam as “nuvens de ideias” analisadas. As informações apresentadas no Quadro 2, a seguir, configuram as circunstâncias de surgimento da PNEPS e de sua incorporação na lógica da gestão em saúde nas regionais de Mato Grosso.

Quadro 2 – Ordenação da nuvem de ideias a partir das unidades tópicas e das unidades não tópicas

Unidades tópicas	Nuvem de ideias: texto-arquivo e tema
Definição do conceito	Capítulo 3. A Educação Permanente em Saúde nos múltiplos cenários
O caminho e os resultados da busca sistemática	
Circunstâncias de surgimento da PNEPS e de sua incorporação na lógica da gestão em saúde nas regionais de Mato Grosso	Capítulo 4. A Educação Permanente em Saúde e o território: desafios e possibilidades
As distâncias entre as regionais e a capital	
Unidades Não Tópicas	Nuvem de ideias: texto-arquivo e tema
A interação entre a CIES regional e a CIB	Capítulo 5. Gestão democrática e as micropolíticas em saúde
A responsabilização pela PNEPS e o financiamento	Capítulo 6. Educação Permanente em Saúde: intersectorialidade e financiamento
Partilha de poder	

Fonte: Organização do autor (2019).

3 A Educação permanente em saúde nos múltiplos cenários

O tema da EPS circula em discussões no campo da Saúde Coletiva do Brasil contemporâneo, mas sua presença nesses debates é precedida pela história secular da Educação Permanente (EP), que remonta aos primeiros indícios de estabelecimento de diálogo sobre a instrução de homens e mulheres na França do final do século XIII, aliás, um reflexo das lutas ali empreendidas em favor da universalização da educação laica, cuja repercussão motivou outros países, e lhe conferiu o *status* de atividade de importância fundamental para o desenvolvimento humano (GADOTTI, 1987, 1988; ROJAS, 2015).

A política brasileira da EPS está firmada no contexto latino-americano de escolarização e influencia as demais escolas e perspectivas de formação (GADOTTI, 1978, 1988; ROJAS, 2015). A referência à educação laica ocorreu a partir da década de 1930, quando tiveram início os movimentos nacionais pela institucionalização da instrução e foram promovidos discursos em torno do ideário da “Escola Nova” (GADOTTI, 1987, 1988), “[...] o reconhecimento da Nação que primava desenvolver-se econômica e instrucionalmente, alicerçando-se na educação pública como impulso ao progresso [...]” (ROJAS, 2018, p. 26).

Os movimentos sócio-históricos e políticos passaram a ser valorizados por defender que anteriormente, no contexto político e econômico centrado na formação fabril, a Educação ofertada não buscava formar cidadãos críticos e reflexivos, tendo sido intencionalmente apropriada por organizações que visavam qualificar o trabalhador para o mercado e alçar os processos de industrialização e desenvolvimentismo latino-americanos, o que em nada propiciava a libertação do pensamento e do conhecimento (ROJAS, 2018). Destacam-se entre os incentivadores-financiadores do modelo fabril de educação: o Conselho da Europa, a Organização para a Cooperação do Desenvolvimento Econômico (OCDE), o Banco Mundial (BIRD) e a Organização Internacional do Trabalho (OIT) (ROJAS, 2018, p. 29).

Se na educação o objetivo era formar para o trabalho e desenvolver mão de obra, na EP e na EPS as propostas eram diferentes, embora estas duas guardem diferenças políticas e conceituais entre si que não se limitam ao acréscimo da palavra “saúde” na nomenclatura de uma delas.

A Educação Permanente tem sua estrutura centrada no trabalho, sendo o sujeito um objeto-meio, a ser instrumentado e qualificado, desconsiderando a prática da instrução atemporal, crítica e libertária. Já a Educação Permanente em Saúde se estrutura a partir do sujeito, sendo o trabalho, objeto meio/contexto – o impulso para a EPS se realizar.

Ademais, “[...] o termo Educação Permanente na educação não se refere a um tempo atual, sobretudo por estar circunscrito no campo da educação e suas concepções educativas [...]” (ROJAS, 2018, p. 18). Por outro lado, a Educação Permanente em Saúde constitui temática atual de uma história recente, e sua prática congrega um conjunto de propostas direcionadas ao processo de ensinar e aprender o fazer saúde, privilegiando o âmbito do SUS.

Algumas mudanças só tiveram início com a aprovação da Política de Educação na Saúde pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 2003, em decorrência das negociações entre CNS e a pactuação intergestores, disso se originando a primeira formulação da PNEPS mediante a Portaria GM/MS n.º 198/2004, repactuada após três anos, pela Portaria GM/MS n.º 1.996/2007.

Antes de 2003 tampouco existia uma política de formação em saúde para o SUS, por meio da qual se pudesse enfrentar o desafio de fazer a interlocução do trabalho com as escolas formadoras. Tal intento implicaria compreender a organização política e do pensamento dominante, acerca dos territórios, reconhecendo suas singularidades, os contextos de formação dos “Brais”. Conhecer, porém, a que veio a PNEPS demanda mais do que quantificar formações sem um intento educativo-político; exige sobretudo resgatar a história do SUS no contexto da RSB.

Para avaliar e propor ações em torno da EPS, é fundamental apropriar-se do seu conceito, que não está vinculado à educação continuada na esfera da saúde nem à educação permanente no campo educacional. Intelectuais da área da saúde que foram influenciados pelos conceitos de formação estruturalista, embora pós-modernos em termos epistemológicos, pensavam o trabalho como potencial educativo e não apenas como forma de produzir bens e serviços (ROJAS, 2018). Nessa nova proposta da EPS, os espaços de saúde funcionam como locais cujo cotidiano é propício ao estabelecimento do processo de aprendizagem-trabalho suscitado a partir de processos problematizadores², quando a cogestão do trabalho se faz pelo protagonismo, tanto educativo, no/pelo trabalho, quanto político-pedagógico, pelo (re)pensar esse trabalho, que, para Merhy e Franco (2009), sempre está na condição de “vivo em ato”.

O trabalho vivo em ato, consumido no momento de sua realização, funciona como substrato à formação do quadrilátero da saúde proposto por Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 47), porque opera de forma colegiada e reúne os segmentos do ensino (escolas formadoras de saúde), do trabalhador da saúde, do gestor do sistema de saúde e do usuário da saúde (controle social) em torno das discussões específicas do campo, cada qual com expertise para pensar estratégias e ações acerca da formação, mas também como política em saúde.

Embora o artigo n.º 200 da Constituição Federal (BRASIL, 1988, p. 64) referencie que cabe ao SUS ser “o ordenador e formador de recursos humanos da saúde”, somente em 2004, quando foi promulgada a primeira PNEPS, instaurou-se uma política de educação em saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores do setor. Tal desafio formalizou-se na Portaria GM/MS n.º 198/2004, na qual alguma estrutura dos Polos de Educação Permanente em Saúde para

² Entende-se, segundo Ceccim (2005, p. 175)⁶, que processos problematizadores se efetivam com o levantamento de questões relacionadas ao vivido, com práticas de pensamento que permitem a elaboração inventiva de problemas, em um movimento de implicar-se no território e acolher a alteridade.

o SUS (instância interinstitucional e locorregional/roda de gestão), na condução “locorregional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, efetivada mediante um Colegiado de Gestão [...]” (BRASIL, 2004, p. 1), não se configurando, ainda, em CIES, mas precedendo-as.

No Quadro 3, a seguir, reúnem-se as onze produções constitutivas das bases teóricas.

Quadro 3 – Trabalhos acadêmicos

Autor(es)	Ano	Título	Objetivo
Jadresic, A.	1991	Desenvolvimento de recursos humanos para serviços de saúde no Chile	Corrigir o déficit de pessoal ao longo de um período de quatro anos.
Ceccim, R. B.	2005	Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação da capacidade pedagógica em saúde.	Discutir a relevância e a viabilidade de disseminar capacidade pedagógica da aprendizagem-trabalho por toda a rede do Sistema Único de Saúde.
Ceccim, R. B.	2005	Educação Permanente no campo da Saúde: um desafio ambicioso e necessário.	Estabelecer um debate, cujas sugestões/ induções de pensamento – ou o despertar de pensamento – localizem mais o problema da necessidade da educação na saúde.
Mendez, C. A.	2009	Recursos humanos para a saúde no Chile: o desafio pendente da reforma	Construir proposta de educação.
Capra, M. L. P.	2011	A educação permanente em saúde como dispositivo de gestão setorial e de produção de trabalho vivo em saúde	Investigar processos gestores de um sistema municipal de saúde integrada, por meio do trabalho em equipe e em defesa da vida.
Pinto, I. C. M.;- Teixeira, C. F.	2011	Política de Gestão para o Trabalho e a Educação em Saúde: o caso da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil, 2007-2008	Enfrentar os desafios para os administradores e pessoal do setor saúde, incluindo questões de gestão do trabalho e educação continuada.
Paulino, V. C. P.; Bezerra, A. L. Q.; Branquinho, N. C.S. S.; Parana- guá, T. T. B.	2012	Educação continuada no contexto da Estratégia Saúde da Família.	Determinar a importância e contribuições da educação continuada.
Stroschein, K. A.; Zocche, D. A. A.	2012	Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil.	Analisar as seis experiências de Educação Permanente nos serviços de saúde no Brasil a partir da PNEPS.
Schmitt, M. H.; Gilbert, J. H.V.; Brandt, B. F.; Weinstein, R. S.	2013	A vinda da idade para a instrução e a prática interprofissionais	Levantar as preocupações sobre os erros médicos e a qualidade dos cuidados de saúde.
Maia, L. G.	2014	Atividades educativas na rede de saúde na perspectiva da política nacional de educação permanente	Analisar as atividades educativas realizadas pelas unidades de saúde do município de Jataí na perspectiva da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.
Denize, A. C. S.;- Munari, B.;Ayres, M. K.; Peixoto, V.; Ribeiro, L. C. M.	2016	Forças impulsoras e restritivas para o trabalho em equipe em unidades básicas de saúde da família	Analisar as forças impulsoras e restritivas para o trabalho em equipe nas Unidades Básicas da Saúde.

Fonte: Organização do autor (2019).

Jadresic (2007) aponta que a formação em saúde constava da agenda dos regimes militares da América do Norte (EUA e Canadá) e, como também afirma Schmitt *et al.* (2013), da América Latina. Já com relação ao Chile, houve, após esse período, uma queda de 18% dos recursos humanos em saúde, propondo-se para o enfrentamento da situação principalmente a construção de uma rede de formação dos profissionais de saúde na perspectiva da educação continuada.

A esse respeito, Mendez (2009) afirma que, desde 2002, o fortalecimento da rede de saúde foi motivado pelos princípios de equidade, solidariedade, eficiência e participação social na formação-trabalho, correlatos, de alguma forma, aos princípios finalísticos do SUS, a saber, universalidade, equidade e integralidade.

No Brasil, o movimento foi diferente, uma vez que desde a primeira Portaria da PNEPS, de 2004, segundo pontuam Pinto e Teixeira (2011), privilegiou-se a formação na perspectiva da educação permanente compondo a agenda de governo no triênio 2008 a 2011.

Capra (2011, p. 7) trata da relação teórico-prática da EPS como “[...] estratégia estruturante da ação política de construir coletivos organizados em cotidianos de trabalho vivo em saúde [...]”, o que corrobora a perspectiva de formação proposta por Maia *et al.* (2016), reafirmada por Sussekind *et al.* (2016, p. 85) nos seguintes termos: “[...] educação permanente em serviço buscou avançar em direção à integralidade das ações e humanização da assistência nos serviços públicos de saúde [...]”.

Embora haja uma estratégia de organização definida em âmbito nacional-regional para uma modalidade de formação, tal como indicado por Ceccim (2005a), a EPS enquanto estratégia política pública de saúde pautada na formação-trabalho foi desenvolvida para implementar a PNEPS e os colegiados da CIES, um desafio para os sistemas de saúde do mundo e até mesmo o do Brasil. E conforme destacam Stroschein e Zocche (2011, p. 508), “[...] a educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem-significativa em que o aprender e o ensinar devem integrar a prática diária dos

profissionais da saúde pois, através desta, refletem sobre as diversas realidades e os modelos de atenção em saúde [...]”.

No Chile, da mesma forma que no Brasil, existe a concepção teórica da educação em saúde ligada à proposta de formação, a qual, porém, somente no cenário brasileiro tem *status* de política pública instrumentada e fomentada por definições de lei, que se capilarizou junto às RAS e fez interlocução com a gestão e o trabalho no serviço de saúde, conforme ressalta Capra (2011), configurando-se a EPS como foco do eixo central para a formação para o SUS.

4 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E O TERRITÓRIO: DESAFIOS E POSSIBILIDADES

A caracterização sociodemográfica de uma região permite compreender em que medida o território opera os fatores limitadores e provocadores de potência. Ademais, possibilita distinguir as configurações que envolvem um cenário geográfico peculiar, por exemplo, à zona de mata densa e abundante, hidrovias e malha viária limitada e, ainda, fronteiriça como é a reserva indígena do Xingú (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA; FUNAI; ATIX; IPEAX; ISA, 2016). Por fim, propicia perceber um Brasil composto de múltiplos ‘Brasis’, com realidades, identidades e discrepâncias focalizadas nesta obra como elementos que influenciam a política do sistema de saúde local.

A PNEPS (BRASIL, 2007) estabelece diretrizes para elaboração do PAREPS de regiões que diferem de outras em termos da potência ali produzida por meio de experiências que, embora múltiplas e variadas, se apresentam exitosas, por convergirem para prover subsídio à EPS.

As regionais de saúde de Porto Alegre do Norte e Peixoto de Azevedo localizam-se geograficamente na área de reserva do Xingú; a de Barra do Garças, na do rio Araguaia; e a de Sinop, na do Teles Pires, todas elas consideravelmente equidistantes da capital do estado, Cuiabá, ou seja, do poder central (setores do governo de Estado). Mesmo assim, as CIES assumiram uma parcela de responsabilidade administrativa e, em conjunto, estabeleceram formas de governar adotando ações de educação permanente via PAREPS, constituindo um modelo positivo de partilha do poder, segundo evidenciado neste excerto:

[...] a própria política veio fomentando essa educação permanente. Eu acho que mudou muito! a gente não tinha essa noção, foi uma construção, um avanço absurdo. Porque a política não é estagnada, ela está em constante evolução. Isso foi

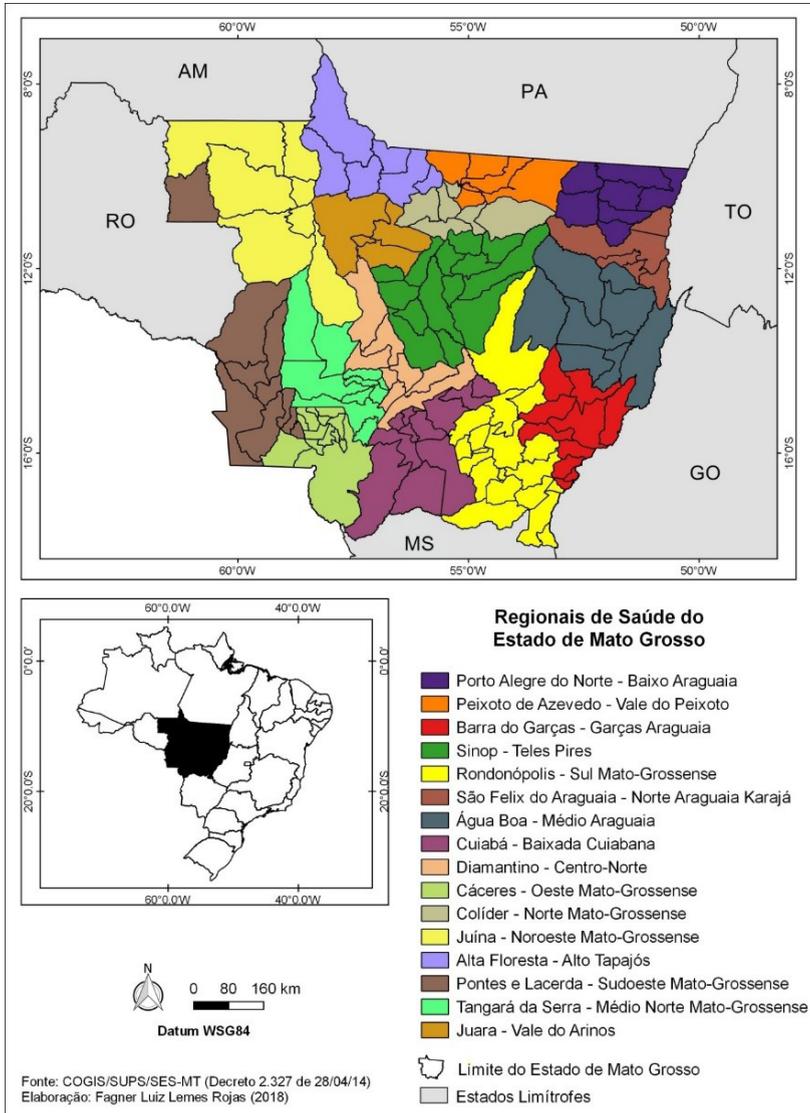
uma bola dentro! Assim como temos as bolas fora, essa foi uma bola dentro, da construção dessa política. Você fortalece a educação permanente, você fortalece saúde num geral. e a valorização do profissional que se esforça. (MANUELA, Regional de Sinop, 18/06/2015).

Com base na constatação da importância das ações da EPS nas referidas regiões, os mapas designados pelas figuras 1, 2 e 3, a seguir, demonstram suas fronteiras geográficas e políticas, bem como os pactos interestaduais e municipais forjados pelos enfrentamentos que ali se dão. As regiões de saúde instituídas pela Secretaria Estadual de Saúde, via Decreto SES-MT n.º 2.327, de 28 de abril de 2018, permitem perceber o contingente populacional, de Peixoto de Azevedo, Sinop, Barra do Garças e Porto Alegre do Norte, conforme dados do IBGE (2010), referentes ao último censo demográfico.

Como expresso nesse levantamento censitário, a população estimada de Mato Grosso para 2017 perfazia um total de 3.344.544 pessoas, ou seja, comparada ao contingente populacional das quatro regiões em conjunto, representava cerca de um quarto, ou, mais precisamente, 25.49% da população total do estado. Os municípios de Porto Alegre do Norte e Peixoto de Azevedo são fronteira, respectivamente, com os estados do Tocantins e Pará, enquanto Barra do Garças faz fronteira com o estado de Goiás; já Sinop se situa no extremo Norte do estado.

A maioria desses municípios dista mais de 500 km de Cuiabá: Porto Alegre do Norte, 1.167 km; Peixoto de Azevedo, 674 km; e Barra do Garças, 522 km; apenas Sinop está relativamente mais perto e perfaz 481 km da capital. Em face disso, há que se considerar as condições estruturais do setor de saúde, sua autossuficiência na resolução das questões locorregionais inscritas nesse âmbito. Aliás, desconsiderar isso é ignorar que, embora o SUS opere em todo o país, ainda existem relações do sistema de saúde que são influenciadas pelo território e que devem ser pensadas na implementação de qualquer política de saúde.

Figura 1 – Regionais de saúde de Mato Grosso

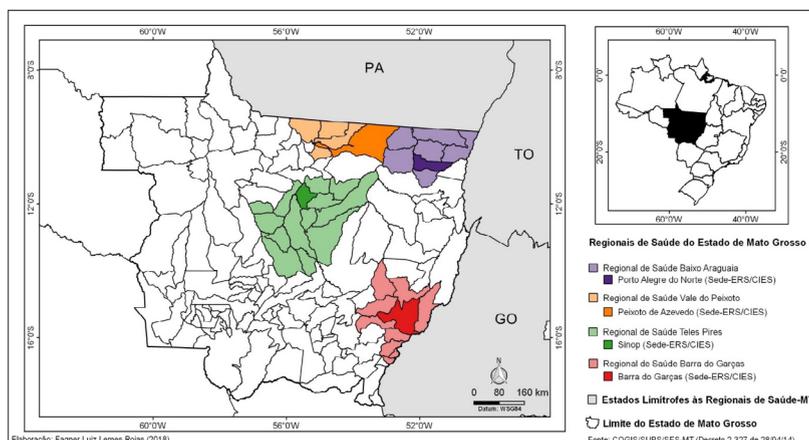


Fonte: Secretaria de Estado de Saúde (2018).

Nota: Mapa elaborado pelo autor conforme especificações constantes do Decreto SES-MT n.º 2.327 de 28 de abril de 2018.

O mapa evidencia quais e quantas são as regiões geográficas de fronteira, bem como onde se localizam. Em destaque se encontram listados os municípios sede das regionais de saúde e suas respectivas CIES, cada um deles adquirindo importância *sui generis* pelo fato de, ao se instituir um colegiado local, tornar-se referência para a tomada de decisões políticas, haja vista o Escritório Regional de Saúde (ERS) passar tanto a sofrer influência quanto a influenciar os processos de trabalho e a forma de colaboração e participação para forjar a configuração micropolítica locorregional.

Figura 2 – As regionais de saúde de Mato Grosso e seus respectivos Estados limítrofes



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde (2018).

Nota: Mapa elaborado pelo autor conforme especificações constantes do Decreto SES-MT n.º 2.327 de 28 de abril de 2018.

O Quadro 4 reúne dados referentes à identificação dos municípios que sediam as regiões de saúde focalizadas neste livro e do quantitativo demográfico do conjunto de municípios que compõe essas regionais. Em cada uma delas é destacada a população

distribuída pelos municípios e a somatória populacional comparada à da população total de Mato Grosso.

Em suas características sociodemográficas, o Estado se diferencia das demais unidades federadas devido à localização geográfica e à distribuição sociodemográfica. Localizado na macrorregião Centro-Oeste do Brasil, constitui a porta de entrada da Amazônia Legal, sendo composta por 141 municípios, cujas fronteiras estabelecem limites com os estados do Amazonas, Pará, Tocantins, Goiás, Mato Grosso do Sul, Rondônia e com territórios internacionais como a Bolívia (IBGE, 2018).

O conjunto de municípios que compõe a regional de Garças Araguaia inclui quatro municípios maiores e seis menores, sendo Barra do Garças, com 58.974 habitantes, o maior e a sede. Distintamente das outras regionais, na do Baixo Araguaia a sede não é o município com maior número de habitantes, a exemplo de Confresa, que perfaz um quantitativo maior, porém de população flutuante, em razão da sua economia, que gira em torno da exploração mineira e madeireira e da agropecuária extensiva (IBGE, 2018).

Em levantamento realizado pelo IBGE (2017), a renda nominal domiciliar *per capita* de Mato Grosso é de R\$ 1.247,00, com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,725. O escore varia entre zero e um ponto, referente à avaliação da educação (anos médios de estudo), da longevidade (expectativa de vida da população) e Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*. Na realidade, a região se aproxima de 01 (um) ponto em todos os itens destacados, e suas regionais, embora componham a zona de produção caracterizada como “celeiro”, ainda apresentam problemas de infraestrutura nos âmbitos da saúde e das vias e meios de transporte público, marcados pela precariedade e insuficiência para promover alteração do cenário.

Então, que lógica há no fato de Mato Grosso se configurar como um cenário rico para a exploração das riquezas naturais e produção agropecuária e, ainda, sustentar tantas iniquidades no setor da saúde? O CAT (IBGE, 2015), que caracterizou o estado como

o “celeiro do país”, destaca que o PIB estadual passou de R\$ 12,3 bilhões (1999) para R\$ 80,8 bilhões (2012), revelando crescimento de 554%, devido ao agronegócio.

A seguir, no Quadro 4, demonstram-se quais e quantos são os municípios integrantes das regionais, destacando-se os menores de 10.000 habitantes, caracterizados, dentre outros aspectos, por apresentarem maior dependência de investimentos de recurso para custear a infraestrutura, gerar e fomentar o desenvolvimento econômico, educacional e de saúde.

Quadro 4 – Distribuição populacional das quatro regionais de saúde e municípios selecionados

Regional de saúde e municípios sede			
Regional do Vale do Peixoto Peixoto de Azevedo	Regional do Teles Pires Sinop	Regional do Garças Araguaia Barra do Garças	Regional do Baixo Araguaia Porto Alegre do Norte
Regional por municípios			
1. Peixoto de Azevedo 2. Guarantã do Norte 3. Matupá 4. *Novo Mundo 5. *Terra Nova do Norte	1. Sinop 2. Cláudia 3. Feliz Natal 4. *Ipiranga do Norte 5. *Itanhangá 6. Lucas do Rio Verde 7. Nova Mutum 8. Nova Ubiratã 9. *Santa Carmem 10. *Santa Rita do Trivelato 11. Sorriso 12. Tapurah 13. *União do Sul 14. Vera	1. Barra do Garças 2. *Araguaiana 3. Campinápolis 4. *General Carneiro 5. Nova Xavantina 6. *Novo São Joaquim 7. *Pontal do Araguaia 8. Ponte Branca 9. *Ribeirãozinho 10. *Torixoréu	1. Porto Alegre do Norte 2. *Canabrava do Norte 3. Confresa 4. *Santa Cruz do Xingu 5. *Santa Terezinha 6. *São José do Xingú 7. Vila Rica
Total de habitantes por regional de saúde			
102.336	420.252	122.277	88.390
Total de habitantes das 4 regionais de saúde: 733.255			

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde (2018).

Nota: Quadro elaborado pelo autor conforme especificações constantes do Decreto SES-MT n.º 2.327 de 28 de abril de 2018 e do censo populacional do IBGE (2018).

Legenda: *Municípios com menos de 10.000 habitantes.

De acordo com o IBGE (2018), o território mato-grossense possui extensão de 903.202,446 km² e contabiliza uma população total de 3.035.122 habitantes, tendo sido estimado um salto nesse quantitativo para 3.344.544 em 2017, com superávit de 299.432, em números absolutos, e percentual de 10,9% de indivíduos, aumentando consideravelmente a densidade demográfica, que é de 3,36 hab./km² e, em decorrência da oferta emprego (pleno emprego), a sua dilatada extensão territorial, constituindo grandes vazios demográficos.

A concentração da população é oscilante nos municípios das regionais, a saber: na Regional do Vale do Peixoto, há deles com mais de 10.000 habitantes e com menos de 10.000 habitantes; na de Peixoto de Azevedo, que é a sede, são 33.630 habitantes; na do Baixo Araguaia, três municípios contam com população maior que 10.000 habitantes e quatro com população menor que 10.000 habitantes, sendo Confresa, que não é a sede, o de maior número de habitantes, 29.471 indivíduos; na do Teles Pires, nove municípios possuem mais que 10.000 habitantes e cinco, menos, sendo Sinop, a sede, com 135.874, o maior deles; e, na Regional de Garças Araguaia, concentra-se o menor número de municípios com 10.000 habitantes, sendo dois maiores, um dos quais é a sede, Barra do Garças, com 210.147, e oito menores, com menos de 10.000 habitantes.

Dentre os 141 municípios de Mato Grosso, 36 estão inseridos dentro das quatro regionais de saúde e, proporcionalmente, contam com um índice populacional de 733.255 mil, equivalendo a um terço do total da população dos municípios. Os dados, além de situar as regionais na equidistância geográfica entre elas ou com relação à capital, Cuiabá, põem em destaque as zonas de mata e aquelas circunvizinhas de terras indígenas, como é o caso de Porto Alegre do Norte e Peixoto de Azevedo, fixadas na divisa com a Reserva do Xingú, o que configura sistemas de saúde marcados por especificidades.

A riqueza provinda da produção não tem aplicação direta nem na mesma proporção no desenvolvimento do âmbito social e do

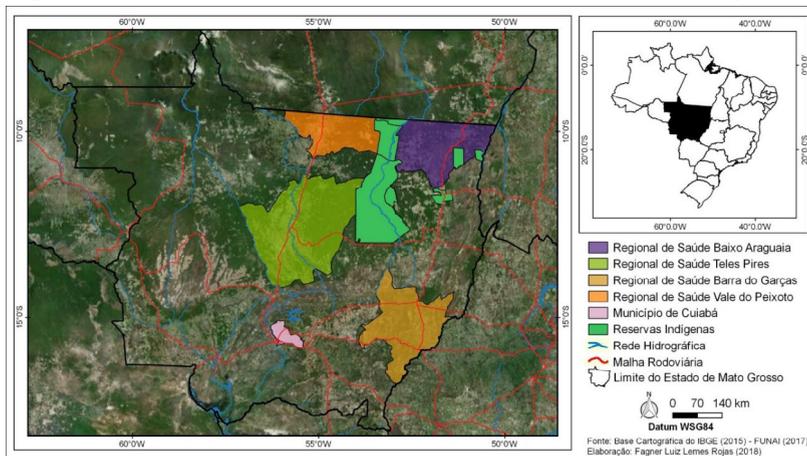
setor público de saúde, se comparada ao investimento no agronegócio e à distribuição do investimento público provindo dos superávits econômicos. Também há discrepância na distribuição de renda entre as camadas do tecido social, se comparada à riqueza concentrada em mãos dos produtores do agronegócio, pois, na acepção de Nasralla Neto, Lacaz e Pignati (2013, p. 1):

[...] o modelo de agricultura predominante nestas regiões caracteriza-se por grandes latifúndios com alta concentração da propriedade da terra, produção agrícola baseada na monocultura, mecanização em larga escala, precarização das relações de trabalho, uma grande infraestrutura para armazenamento, comercialização e transporte da safra e dos insumos necessários a esta atividade e elevação dos riscos socioambientais.

Tais características comprometem a melhoria da vida dos mais pobres, e da qualidade dos serviços públicos disponibilizados, configurando o chamado “SUS do boi”. Embora importantes para a economia do estado, tais condições redundam na desigualdade social, evidenciando ainda mais a polarização entre a riqueza e a pobreza.

Na Figura 3, a seguir, destacam-se cartograficamente os fatores geográficos referentes à malha viária e às bacias hidrográficas, identificando as regiões de saúde, sua malha viária e bacias hidrográficas, sendo que elas condicionam, sobretudo para Porto Alegre do Norte e Peixoto de Azevedo, a condição de transposição para acessibilidade à saúde de média e alta complexidade, quando se faz necessário o acesso à estrutura de serviço especializado em saúde:

Figura 3 – A deficiência da malha viária em relação às vias hidrográficas



Fonte: IBGE (2015); FUNAI (2017).

Nota: Mapa elaborado pelo autor em escala de imagem real (via Google Maps).

Outro problema enfrentado nesses locais é o *turnover*, a rotação acentuada dos profissionais de saúde, cuja consequência é a descontinuidade do serviço prestado, repercutindo diretamente na rotina de cuidados de pacientes, além de ser um aspecto revelador da fragmentação nos processos políticos projetados para a melhoria nas condições e vínculos de trabalho.

Deve-se valorizar e não negligenciar as ações resultantes dos esforços dos colegiados gestores, os responsáveis para que nessas localidades haja sinergia entre os servidores efetivos e aqueles com vínculo de trabalho temporário (por contrato), os quais, mesmo se mudando e se vinculando a outro município, ainda permanecem inseridos nas discussões promovidas pela regional: “[...] porque não se investe na carreira do profissional, então profissional é mal remunerado ele recebe uma oferta melhor de outro município e ele vai embora [...]” (CARLOS, Regional de Peixoto de Azevedo, 19/06/2015).

Ainda não existe um plano nacional de carreira que sirva para balizar os planos dos estados e municípios. As esferas governamentais,

sobretudo a municipal, sofrem com a precarização estrutural e remuneratória, que torna desestimulante a ocupação dos postos de trabalho e ocasiona a referida rotatividade: “[...] a carreira do trabalhador, não se investe na carreira do profissional [...]” (ANDRÉ, *Regional de Peixoto de Azevedo*, 19/06/2015).

A governamentalidade das CIES faz parte da estrutura de saúde em cujo âmbito atuam, como espaços decisórios importantes com a respectiva Comissão Intergestor Bipartite (CIB), tornando-se um elo entre o serviço, o ensino e comunidade para a pactuação da Rede de Assistência à Saúde (RAS). Dessa forma, os temas tratados não se restringem somente à qualificação técnica específica na perspectiva da educação permanente ou, mesmo, continuada em saúde, pois as CIES assumem a condição de colegiado definidor de políticas locais e regionais de EPS.

As CIES regionais revelam as experiências de empoderamento capazes de constituir e pactuar ações de saúde com outros estados, a exemplo da CIES de Porto Alegre do Norte, articulada com a estrutura municipal de Gurupi, no estado de Tocantins, e a de Sinop, possivelmente o primeiro município a apresentar, em nível nacional, uma formação colegiada da EPS, inventando o Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde (PAMEPS) e instituindo uma CIES municipal. Esse, portanto, é o empoderamento reconhecido na CIR, capaz de promover articulações interinstitucionais locais, resultado do poder dos colegiados, agora com PAMEPS, política da EPS municipal e não somente estadual.

A partir desses exemplos, observam-se múltiplas noções de CIES, que é um indicativo de desprendimento da lógica única forjada nas organizações. Assim, o papel da EPS como mecanismo estruturante de vertente pedagógica autônoma, que se dá no processo de trabalho, “[...] serve para dimensionar esta tarefa, não no prolongamento do tempo/carreira, mas na ampla intimidade e intercessão educação/atenção na área de saberes e práticas em saúde [...]” (CECCIM, 2005, p. 975).

Na análise descrita, evidencia-se e desvenda-se o funcionamento dos colegiados regionais das CIES em Mato Grosso, bem como se explicam os fenômenos ali operados para dar origem a uma nova rede política de saberes e práticas locais.

Conhecer como se dá a gestão democrática entre os municípios e as regiões de saúde, ou, mais especificamente, como a Comissão de Integração entre Ensino e Serviço tem estimulado a educação permanente em saúde, explicita o potencial destacado dessas comissões no âmbito regional, apesar de se localizarem longe da capital, Cuiabá.

À luz de microfísica do poder proposta por Foucault (1926; 1984; 2015), entende-se que esse sucesso está ligado ao interesse social na garantia da sobrevivência daquelas pessoas que fazem parte do contingente de trabalhadores, gestores das escolas formadoras e comunidade, entre outros, que assumem as CIES como parceiras:

[...] a gente vem aqui para alguma coisa e leva alguma coisa de volta. (ISAURA, Regional de Sinop, 18/06/2015).

[...] agora, mesmo com todos, essa dificuldade, eu acho que é um marco mesmo na composição da CIES em si, é a questão do comprometimento do que faz. (DIÓGENES, Regional de Barra do Garças, 12/08/2015).

[...] eu queria só colocar também, só pegando aí, que está com compromisso com as coisas. Estar comprometido com as coisas têm uma distância enorme. (ARTHUR, Regional de Barra do Garças, 12/08/2015).

Nessas reflexões, qualifica-se positivamente a lógica cogestora, em detrimento da centralizadora, sendo as alternâncias do poder de um sujeito para outros e de uma instituição para outras, uma movimentação positiva por compreenderem “[...] um conjunto de subsistemas justapostos, imbricados, ordenados, de modo que a análise

das decisões revela toda espécie de compartimentações e de processos parciais que não se prolongam uns nos outros sem defasagens ou deslocamentos [...]” (DELEUZE; GUATTARI, 1996, p. 78).

As CIES regionais promovem relações interfederativas até então impensadas para atender as iniquidades e romper com as barreiras de infraestrutura insuficiente e, com o controle social, apesar de tímido em número de participação, têm transformado as regionais. O movimento local vem ganhando força política de mobilização para efetivar parcerias– e não de isolamento – entre as instituições, adquirindo caráter representativo do coletivo e promovendo a melhoria da vida em sociedade.

Esses órgãos colegiados ganham potência devido ao “[...] *comprometimento de cada um, porque cada um se comprometeu [...]*” (SELMA, *Regional de Peixoto de Azevedo, 19/06/2015*), têm fortalecido o enfrentamento das iniquidades de saúde e escutado o que se encontrava negligenciado. Portanto, a nova linguagem que as CIES estão criando decorre da interlocução do grupo e, por afinidade, é operada pelo território das relações, ação que vem se revelando muito efetivamente por ser fruto de uma ação que deu certo.

No contexto da maneira estratégica como as coisas estão sendo conduzidas destaca-se a intersectorialidade: “[...] *essa união pra discutir a questão da educação permanente na CIES, em todos os processos que têm em andamento, eu acho que o principal foi essa constituição da comissão mais diversificada [...]*” (JAQUELINE, *Regional de Barra do Garças, 12/08/2015*).

A estrutura organizacional, privilegiando democratizar e tornar referência o sistema da política de saúde local que rompeu com os preceitos defasados e ineficientes da política hierárquica, vai emergindo nesse processo: “[...] *então nós estamos num processo de construção, o que a gente tenta fazer, a discussão democrática pra ver a realidade de cada município, a gente pode ajudar e contemplar todos eles [...]*” (SARA, *Regional de Porto Alegre do Norte, 11/08/2015*).

Mesmo que detenha a regulação de parcela do poder, o Estado expõe, “uma não sinonímia entre [ele próprio] e [o] poder” implicando uma relação que não é nova e tem sua origem em saberes e políticas singulares, como os inscritos nas áreas da psiquiatria e da medicina, preconizando a higienização, a docilidade e os corpos úteis para a força de trabalho: “[...] uma articulação com poderes locais, específicos, circunscritos a uma pequena área de ação [...]” (FOUCAULT, 2015, p. 13).

As parcelas de poder, ao representar uma instituição,

[...] propõem sim essa articulação, ela [a CIES] busca estreitar as relações com as instituições parceiras, no entanto, nem sempre, ou, na maioria das vezes, [não] tem a governabilidade sobre como executar essas ações. (DIÓGENES, Regional de Barra do Garças, 12/08/2015).

Em resposta, a comunidade abre espaço à credibilidade das CIES nas regionais de saúde e as consolida enquanto instrumento capaz de produzir alteridade, podendo-se enfatizar que esse movimento particular se configura como uma nova poesia a inovar e operar a política com protagonismo, como propõem Deleuze e Guattari (1996, p. 18): “[...] será construído pedaço a pedaço, lugares, condições, técnicas, não se deixando reduzir uns aos outros [...]”.

A PNEPS estrutura-se no cotidiano, valorizando os processos empreendidos pelos indivíduos em suas subjetividades e contextos, considerando as circunstâncias de atuação das CIES Estadual/Regionais. Nas reuniões desses conselhos ficam claros os modos de fazer, e essa perspectiva de governança circula entre os que exercem poder e os que o cumprem, porque o território é constituído dessas disputas. Nenhum local colegiado é neutro.

Quanto ao planejamento da EPS, em Mato Grosso, o surgimento dos PAMEPS em âmbito local/municipal sempre contribuiu para a composição e fechamento do PAREPS regional, em cujo processo de construção os representantes dos

segmentos projetaram seus anseios e estratégias de enfrentamento dos problemas de saúde na localregião, sempre privilegiando a parceria com o ERS/SES.

Então, desses objetivos, alinhados aos PAMEPS, emergem necessidades que estruturam a gama de propostas para a elaboração do PAREPS, sempre com a cooperação do ERS, e, devido à particularidade de as reuniões ocorrerem junto às da CIR, há uma potencialização que a agrega às CIES regionais, fortalecendo os aspectos políticos da EPS:

[...] no município nós também fazemos reuniões que levantam essa demanda, então a gente reúne os profissionais da saúde das diversas áreas da atenção de baixa, média e alta complexidade da vigilância em saúde e conselho de saúde também. (MARIA, Regional de Peixoto de Azevedo, 19/06/2015).

Nota-se a inversão da lógica da relação de poder, antes focada no individualismo e agora construída no colegiado local para privilegiar, valorizar o coletivo e propiciar experiências propositivas ao sistema de saúde. Apesar de o modelo de representação nas CIES não corresponder ao previsto na PNEPS, a atuação do órgão colegiado surte efeitos na construção dos PAREPS, uma vez que os gestores se sentem cobrados a dar apoio institucional à equipe, embora sem os recursos previstos:

[...] vamos dizer assim, em nível de PAREPS e PAMEPS a gente tem essa liberdade de fazer essas oficinas acontecerem. [...] o ponto principal e inicial é fazer o PAMEPS, e aí a gente consolida, fazemos uma consolidação geral. (JECIRA, Regional de Sinop, 18/06/2015).

A perspectiva municipal é singular e, ao mesmo tempo, atravessada por anseios e perspectivas múltiplas que, quando compartilhadas entre si, compõem o conjunto das necessidades

para o estabelecimento da governabilidade, no que podem intervir, também tornando coletivas as decisões, em face das responsabilidades designadas: “[...] somos segmentarizados por todos os lados e em todas as direções. O homem é um animal segmentário. A segmentaridade pertence a todos os estratos que nos compõem [...]. [...] [a] casa é segmentarizada conforme a destinação de seus cômodos; as ruas, conforme a ordem da cidade; a fábrica, conforme a natureza dos trabalhos e das operações [...]” (DELEUZE; GUATTARI. 1996, p. 76).

O coletivo produz afinidades que, apesar de vindas de locais e contextos diferentes, passam a responder a uma lógica que não é apenas da PNEPS, mas da reificação política, ou seja, a estruturação e a consolidação de modos singulares de operar os colegiados:

[...] o diferencial também, é porque nem sempre a gente consegue fazer as reuniões vinculadas ao dia da CIR. Já aproveita todo mundo. A gente definiu que não iria fazer várias reuniões. Com pauta ou não, a gente vê alguma coisa que apareceu da CIES. (SARA, Regional de Porto Alegre do Norte, 11/08/2015).

As CIES regionais conseguem construir relações no grupo, com o qual podem se identificara ponto de perceber as iniquidades correlatas e intervir, a exemplo do planejamento estratégico dos encontros, para não haver evasão. Logo, a ideia representada aproxima-se da noção de espaços de trocas, diálogos, fluxos e sobretudo da condição de o processo metodológico estar “encaixado peça a peça”. Questiona-se o aprisionamento metodológico a partir do proposto por Ceccim (2005, p. 176a): “[...] a atualidade é uma formulação com base em Foucault e se refere ao contato da fronteira do real com as virtualidades. Na permanente tensão de fronteiras entre real (aquilo que é) e o virtual [aquilo que pode] revela-se o atual [plano de composição, as reconfigurações] [...]”.

A singularidade e o propósito do grupo conferem-lhe um experimento único, com destaque para o engajamento e o comprometimento das pessoas para o funcionamento da CIES:

[...] o engajamento das pessoas e a permanência das pessoas na comissão, e querer sempre fazer mais, porque a gente num determinado momento se sentir meio CIR. (GRAÇA, Regional de Barra do Garças, 12/08/2015).

[...] as comissões também se juntam e estudam e propõe e realmente faz uma análise daquilo que está proposto como tema, com bastante profundidade. (GRAÇA, Regional de Barra do Garças, 12/08/2015).

O questionamento das próprias práticas modifica o discurso sobre o que pensam e sobre o que precisam implementar na região, não havendo espaço para a inércia diante da falta de infraestrutura para o enfrentamento dos problemas:

[...] será que os resultados que a gente precisa não estão relacionados com a capacidade da gente, dessas ferramentas corretas que estão lá? Quando a gente identifica eu quero isso, isso, isso e aquilo, a capacidade de priorizar algumas coisas. (ARTHUR, Regional de Barra do Garças, 12/08/2015).

As decisões tomadas em sentido ascendente nas regionais de saúde ocorrem com a partilha das responsabilidades, isso denotando a valorização da cogestão na construção municipal dos planos de EPS. Posteriormente, agrupam os PAMEPS nas CIR e, nesse encontro, estabelecem as prioridades a partir das questões que ficaram em evidência e as configuram prementes.

O PAMEPS, em articulação com o PAREPS, funcionou como elemento de amadurecimento dos municípios e, além de ter promovido a EPS, e ganhado nova estética, resultado das pactuações

nos âmbitos local e regional, criando um instrumento capaz de construir a política e viabilizar a infraestrutura possível.

Foram elaboradas estratégias próprias para garantir a participação das CIES, a fim de que o movimento ocorresse em todas as localidades e não se restringisse a um grupo regional:

[...] começamos a discutir algumas coisas, e acabou até gerando depois, a CIES municipal. [...] Eu acho interessante porque vem boletim informativo aí eu leio todos. Aí eu estou analisando o que ele está fazendo. (MANUELA, Regional de Sinop, 18/06/2015).

[...] a regional tem [a ver] com todas as ações dos municípios. (JECIRA, Regional de Sinop, 18/06/2015).

[...] eu vejo que isso facilitou essa divulgação. Inclusive do que o profissional faz, para o aluno. Porque é isso! que a universidade vai formar para o Sistema Único (SUS). (ISAURA, Regional de Sinop, 18/06/2015).

Os PAREPS se reconfiguraram em Mato Grosso e se tornaram PAMEPS, planos municipais que, de forma ascendente, têm força nos territórios, a ponto de o município colocar em pauta, nas reuniões da CIB, amparar o financiamento da saúde no âmbito local destinado à EPS, destacando o seu potencial: “[...] então está crescendo bem, está desenvolvendo bem os PAMEPS nos municípios, vieram crescendo um absurdo [...]” (LUIS GUILHERME, Regional de Barra do Garças, 12/08/2015).

Configurava-se assim um movimento ascendente e desafiador:

[...] e aí, tivemos fomentando na verdade comissão da CIES, isto no município, para que eles tivessem trabalhando de uma forma, mais na realidade, para a gente realmente trabalhar o que era

necessidade. (LOURDES, Regional de Barra do Garças, 12/08/2015).

[...] se você vir a qualidade do instrumento do começo para agora, é outro instrumento. A gente sabe o que está fazendo! (JECIRA, Regional de Sinop, 18/06/2015).

O recurso, “ponto nevrálgico” de todo gestor, tem sido aquele defendido por eles mesmos a partir do momento em que assumiram as CIES, estabelecidas com o propósito de resolver problemas e não para constituírem apenas mais uma caixa de captação de recursos, passando a defender a “causa” da PNEPS na esfera local. A política que se encontra desfinanciada deve ser refinanciada pelo governo federal, e ter ajustada a sua distribuição financeira de acordo com as especificidades das regiões e a infraestrutura local, não apenas considerando o aglomerado locorregional de municípios.

Os municípios foram se reunindo de maneira inteligente, visto que se agregaram a outros processos, por exemplo, o planejamento anual dos PAMEPS, configurando um movimento local, singular e inovador de aprendizagem pela realidade imposta, e por isso se firma como uma experiência significativa. O plano desempenha no município a função um instrumento político de cobrança do gestor local, sendo respeitado apesar de não homologado por comissões gestoras municipais ou previsto na política de Estado.

A iniciativa de encontrar um grupo que estivesse apto a elaborar e instituir esses documentos no município foi fruto dos processos de qualificação ofertados pelas CIES estaduais, principalmente aqueles realizados entre 2011 e 2012, quando as equipes regionais, em Chapada dos Guimarães-MT, puderam rever os seus PAREPS e se propuseram a fazer movimentos na esfera municipal:

[...] nos anos aí 2011, 2012, que a CIES estadual deu esse subsídio às regionais, ela foi ao encontro às regionais. Eu acho que também

elas tiveram respaldo financeiro o que contribuiu com isso. (DIRCE, Regional de Peixoto de Azevedo, 19/06/2015).

O movimento no âmbito municipal foi intenso e reforçou outro, singular, em Mato Grosso, deixando evidente que não detinham um modelo ou parâmetro, mas se alinhavam com a capacitação da oficina de 2013:

[...] a gente encaminhou o plano, porque tem um livrinho da CIES estadual. A gente encaminhou esse manual para que eles seguissem, e mesmo assim a gente recebeu vários planos em vários formatos. (LOURDES, Regional de Barra do Garças, 12/08/2015).

E isso se deu mesmo sendo um campo de muito mais adversidades:

[...] não veio tudo com modelinho pronto, foi aprendendo, errando e acertando e, em cima já da experiência que já está tendo, o ano passado na construção do PAREPS já foi um orientativo. (LUIS GUILHERME, Regional de Barra do Garças, 12/08/2015).

[...] eu acredito que pela troca de experiência entre os municípios que estão a mais tempo na CIES. Pela abertura que a CIES dá para município. (ADRIANO, Regional de Sinop, 18/06/2015).

Acerca da forma como o processo foi se desenrolando:

[...] cada vez que nós vamos elaborar o plano de ação dos PAREPS, há uma integração maior entre todos os municípios que fazem seu PAMEPS – municipal [...]" (DIRCE, Regional de Peixoto de Azevedo, Entrevista 19/06/2015).

[...] de dois anos para cá, começou a funcionar bem mais intensa a elaboração dos PAMEPS,

antigamente, a gente fazia aquela coisa grande, imensa, que a gente não dava conta, não conseguia fazer. A gente foi entendendo realmente o que era a CIES. (ZILDA, Regional de Sinop, 18/06/2015).

Em Mato Grosso, o PIB *per capita* (IBGE, 2018) quase equivale ao PIB da União de sorte que possui potencial econômico para promover da melhor forma o desenvolvimento dos serviços em saúde e educação, contribuindo com a elevação do IDH. Nesse sentido, a política da EPS poderá concorrer para fomentar índices quantitativos e qualitativos relativamente à qualidade da vida humana, em especial nos lugares mais longínquos, onde se pode ainda efetivar a participação social na construção da política.

A qualificação dos técnicos e agentes dos(as) ERS/CIES para a gestão local pode estimular a participação de outros atores sociais, fortalecendo a ideia de democratização na construção do SUS. Conforme destaca Foucault (2015, p. 430), “[...] são táticas de governo que permitem definir a cada instante o que deve ou não competir com o Estado, o que é público ou privado. [...] compreendido com base nas táticas gerais da governamentalidade [...]”. Essa perspectiva de repolitização embasada nos preceitos da Reforma Sanitária Brasileira de 1970 e do movimento em Mato Grosso tem se destacado como:

[...] o processo de modernização do aparelho de Estado desenvolvido nessa conjuntura no Ministério da Saúde e na Previdência Social permitiu a entrada de quadros técnicos diferenciados dos tradicionais. Essas pessoas desenvolveram diretamente ou estimularam indiretamente, os projetos institucionais, que ao nosso ver, constituem a experiência acumulada do movimento sanitário em termos de propostas de transformação da organização dos serviços de saúde. (SCOREL, 1999, p. 183).

Os movimentos ocorridos na RSB têm o *status* e a relevância de “documento/monumento” por se constituírem em um marco

fundamental na história da saúde pública brasileira. Somente após a reforma o cenário da busca por políticas públicas foi impulsionado, provindo delas a garantia dos direitos fundamentais (BRASIL, 1988).

Nesse contexto, destaca-se em Mato Grosso, e em outros estados da federação, a partir de 2003, a instituição dos PEPS e a consequente propulsão de eventos que reverberam por mais de uma década e meia, consubstanciando-se em um fenômeno aglutinador de mais sujeitos e agentes de governo interessados em alavancar ou intimidar a temática.

Em relação a isso, Mato Grosso se destaca das demais unidades federadas, porquanto, tal como se dera nos movimentos comunitários dos quais se originou a RSB, os da EPS estão se fortalecendo nos municípios, nas comunidades e nas instâncias de gestão local.

A luta não é pela divisão da fatia de recursos federais, insignificante, apesar da sua importância, e sim pela conquista de visibilidade para o acontecimento, a exemplo daqueles ocorridos nas regiões de saúde de Sinop e a de Barra do Garças, esperando-se que, dessa forma, as experiências assertivas funcionem como um modelo viável de contribuição para as CIES municipais em condições similares obterem apoio e recursos do respectivo governo municipal.

Nesse ponto vale destacar que só com a articulação entre os territórios e o nível central podem ser experimentadas variadas formas de implementação da PNEPS, a partir das quais, por sua vez, podem ser reinventadas formas mais realísticas (no sentido de considerar o potencial do território e os recursos que dispõe), sem desprezar nada nem ninguém e que agreguem variadas estruturas intersetoriais a fim de proceder à transformação na saúde de maneira potente e produtora.

As experiências construídas pelas regionais de saúde municipais devem ser analisadas na lógica de um prisma singular, para que possam contribuir com Mato Grosso ao questionar e/ou aglutinar outras análises que fortaleçam as experiências no cenário

nacional. Trata-se, pois, da chance de olhar para o que já acontece, para a multiplicidade de ações operadas nos territórios que podem servir de referências para “[...] uma vontade de arriscar tudo a cada vez, de apostar a morte dos outros contra a sua, e de tudo medir com ‘deleômetros’, com medidores de supressão [...]” (DELEUZE; GUATTARI, 1999, p. 104).

O distanciamento da central e de outros níveis da federação, principalmente os locais, não propicia a percepção de como a EPS tem se manifestado ou de como a rede foi se consolidando para atender as demandas. Sem compreender isso, firma-se novamente numa investidura às cegas. Entender cada singularidade é fundamental na permanência de lideranças que encontrem caminhos para efetivar a EPS local, junto ao processo de regionalização que “[...] governar é governar as coisas [...]” (FOUCAULT, 2015, p. 416).

O Ministério da Saúde deve avaliar as ações já consolidadas em torno dessa modalidade política, a fim de fortalecê-las tendo como ponto de partida a observação das fragilidades e potencialidades existentes. Desconsiderar isso, conforme vem acontecendo em decorrência da promulgação da PROEPS-SUS 2018, é instituir uma nova política da EPS sem ouvir os territórios, é continuar com o foco à espera de mudanças (BRASIL, 2017).

O déficit do financiamento é uma realidade a ser transposta. De fato, o subsídio é indispensável para o desenvolvimento de qualquer política pública, portanto, para o processo de estruturação física das regionais com vistas ao enfrentamento das iniquidades e adversidades.

A noção de micropolítica construída a partir da EPS e dos CIES é importantíssima, porém, embora as experiências certifiquem a invenção e a reinvenção de estratégias nesses ambientes, há que se conscientizar de que a financeirização, por proporcionar condições antes inexistentes, também é um fator de reinvenção.

A prática de operar a política distante da orientação do nível central deve, em suma, se aproximar do nível de gestão local para a efetivação de trocas de experiências e a criação de expertises.

A regionalização do SUS e a formação de políticas locais certamente não se realizaram pelo processo promotor da PNEPS, que, embora contemplada pelo princípio organizativo desde a sua instituição, teve sua execução propiciada por iniciativas relativamente recentes.

O processo de regionalização da saúde esteve pautado nas normativas do SUS, tais como: as normas organizacionais básicas da década de 1990 (NOB 01/1991, NOB 01/1993 e NOB 01/1996), a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 2001/2002), o Pacto pela Saúde de 2006 e o Decreto GM/MS n.º 7.508/2011.

Os instrumentos acima citados estimularam processos de descentralização, municipalização e regionalização em saúde por intermédio das transformações legais-operacionais que “[...] definiram requisitos, responsabilidades, prerrogativas e o papel do gestor no âmbito do SUS em cada nível de governo, resultando em profundas mudanças e competências das secretarias de saúde [...]” (PINTO *et al.*, 2014, p. 231).

A lógica da utilização do recurso financeiro para a EPS seguiu o mesmo propósito do Pacto pela Saúde (PINTO *et al.*, 2014, p. 232): o financiamento da PNEPS foi destinado pelo Ministério da Saúde “diretamente para um município e pactuado pela Comissão Intergestora Regional, devendo os demais municípios deliberar e acompanhar a utilização do recurso” nas reuniões da CIR e da CIES regional.

A EPS funciona como instrumento de autogestão, porque em saúde o trabalho, quando reconhecido como atividade que pode se ressignificar e se transformar, tem potencial inerente à educação e produz significados variados. Nesses termos, a EPS opera como instrumento propositivo para a problematização do trabalho em saúde, uma vez que:

[...] seu objetivo final não é ensinar, mas construir significados a partir das ações de saúde, para que elas ganhem outra forma de compreensão, conseguindo tocar o Outro na sua humanidade e capacidade de compreender a mudança da prática, sem ferir os valores morais e éticos, o que constitui o processo pedagógico que nunca termina, porque o profissional e o usuário estão em vigilância no processo de aprendizagem e cuidado mútuos (ROJAS, 2018, p. 123).

Ao valorizar os processos de trabalho na construção de novas práticas, não se pode afirmar que somente ações assertivas são relevantes, até porque a experiência dos desacertos e a busca por estratégias para resolvê-los também convergem para novas construções. Em saúde, estudantes e profissionais não são preparados para o erro ou desarranjo por eles cometidos, valorizando-se o procedimento perfeito, o acerto. Há um despreparo para o inesperado (ROJAS, 2015).

A formalização do modo de ensinar evidentemente “engessou” o modo de aprender, já que, embora haja movimentos rompendo com a educação médica flexneriana, os cursos da saúde ainda são dotados de processos formativos pragmáticos e que atendem a lógica tradicionalista, com a teoria e prática dicotomizadas, sem prever e/ou aproximar-se da práxis, ou seja, estão desconectados dos problemas do cotidiano.

A educação/ensino tradicional tem a sua importância em alguns momentos da formação, mas o seu arraigamento na estrita necessidade do acúmulo de conhecimento não sustenta a aprendizagem autônoma, porque a ação teórico-prática se esgota junto com o tempo escolar institucional. Na proposta da EPS ocorre o inverso, visto haver um empenho para garantir a autonomia, privilegiando os processos singulares e criadores de aprendizagem, conforme as realidades do cotidiano do trabalho.

Em face da historicidade das dificuldades enfrentadas pelos modelos formativos em saúde no Brasil, reitera-se a importância

da EPS no processo de aprendizagem do trabalho, promovendo o enfrentamento das realidades cotidianas justamente para valorizar as relações concebidas na atividade trabalhista (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Instituir essa lógica permite que os sujeitos envolvidos criem suas estratégias, inovando com práticas de saúde até então impensadas inéditas. A EPS é um paradigma que rompe com a postura estática da educação e instrução – formação prescritiva de tempo e regulamentações escolares que supervalorizam a necessidade de certificação do conhecimento.

Foi a partir de 1930, no Brasil pós-República Velha, de cenário político conflituoso e modelo econômico decadente, que ocorreu a normatização da escolarização, mas regulamentada como direito fundamental apenas em 1988 por meio da Constituição Federal. A educação laica, embora legalmente amparada em decorrência da mobilização social, tinha um propósito sobretudo político que a enviesava e a reduzia enquanto qualificação para o trabalho, quando pouco ou nada se atentava ao desenvolvimento de uma instrução libertária e atemporal. Foi nesse cenário de controvérsias que a educação teve elevado seu grau de importância social para a Nação, tornando-se lei por meio da Constituição Republicana, em 1891.

Na contemporaneidade, além de promover educação pública e laica, é fundamental pensar na regionalização de cada região do país. Especificamente no campo da saúde, essa lógica valoriza os agentes do processo de regionalização pelo impulso dos sujeitos da saúde aqui e acolá. As normativas foram importantes, mas os encontros ocasionados pelas construções de espaços formais organizados (representativos), como os Polos de Educação Permanente em Saúde, CIR/CIB, CIES, Conselhos Gestores, associações de bairros, dentre outros, superaram a normativa e criaram mecanismos mediante os quais se iniciou a formação de redes populares e interinstitucionais que passaram a atentar a educação em saúde.

Ao tratar a regionalização da saúde também como processo de múltiplas conexões, pode-se compreender que trabalhador estabelece

relações com outros no/e durante o processo de trabalho, que é vivo em ato. Assim, disparam-se conexões de “[...] caráter rizomático das redes que se constituem no interior dos serviços de saúde, em especial na micropolítica dos processos de trabalho [...]” (FRANCO, 2006, p. 2). Tais conexões são provocadas por “[...] impulsos e rachaduras na imanência de um rizoma, ao invés dos grandes movimentos e dos grandes cortes determinados pela transcendência de uma árvore. A fissura ‘se produz quase sem que o saibamos, mas na verdade tomamos consciência dela subitamente’ [...]” (DELEUZE; GUATTARI, 1999, p. 66).

Na acepção de Deleuze e Guattari (1999, p. 21), “[...] um rizoma não pode ser justificado por nenhum modelo estrutural ou gerativo [...]”. Franco (2006, p. 6) o identifica como potencial para “[...] imaginar as redes que operam na micropolítica [...] ” via conexões entre saberes e sujeitos, trabalho e aprendizagem, portanto, sem sobrepor os valores dos saberes, mas compartilhando-os. Dessa forma, é significativa a ressalva feita por Valla (2014, p. 37) a esse respeito: “[...] nós oferecemos nosso saber porque pensamos que o da população é insuficiente, e por esta razão inferior, quando, na realidade, é apenas diferente [...]”, destacando, ainda, que há saberes e saberes, todos igualmente importantes.

A PNEPS expande a possibilidade de estabelecimento de processos que valorizam o conhecimento em suas múltiplas formas de existir, tornando-se um diferencial em relação a outras propostas de educação por valorizar e utilizar o que existe de potente para a criação de sentidos, sem necessariamente hierarquizar os saberes. Assim, como proposta de política de formação no campo da saúde, a EPS cumpre seu objetivo ao proporcionar uma continuidade entre trabalho, exercício do pensamento e formação em serviço, implicando novas práticas de saúde. Nesse sentido, os trabalhadores se constituem enquanto sujeitos diretamente implicados na formação atemporal, ininterrupta e política, melhorando sua atuação profissional e podendo efetivamente cogerir o serviço e a educação destinados à população.

5 GESTÃO DEMOCRÁTICA E AS MICROPOLÍTICAS EM SAÚDE

As micropolíticas nascidas das interações entre as CIES regionais encontram luz nos pressupostos de Deleuze e Guattari (1999) acerca, por exemplo, da micropolítica e da segmentaridade, o que só é possível quando se compreende o sentido de *corpus e socius* enquanto política e experimentação. Trata-se de vencer a objetificação da vida humana sem as regras que aprisionam os corpos, docilizando-os e invadindo o seu comportamento para nutri-los e, então, comercializar a sua força de trabalho. Nesse sentido, há que se fazer a revolução, construir o próprio corpo e abrir-se para o diálogo como forma de superar a noção de organismo e dar autonomia aos órgãos.

Superar essa lógica perversa de controle é acima de tudo problematizar as políticas de Estado – como a educação, a segurança pública e a saúde no Brasil –, respeitando os valores da universalidade, integralidade e equidade. Para tal enfrentamento nos territórios, é fundamental a participação popular em espaços democráticos, por exemplo, nas conferências de saúde. Cohn (2006, p. 249) destaca que qualquer política social tem o desafio de “[...] contribuir para que grandes contingentes de nossa sociedade, [...] sejam incluídos e participem da vida social [...]”.

As desigualdades evidenciam as diferenças e acentuam os vários tecidos sociais, promovendo maior distância entre a sociedade e a agenda de governo, que não prioriza como um desafio premente das políticas de Estado. Escorel e Moreira (2012, p. 980) afirmam que a participação social é fator inerente ao processo democrático, constituído “[...] num convívio que democratiza os espaços comuns (públicos) em qualquer âmbito – familiar, afetivo, cultural, econômico e político [...]”, influenciando diretamente a tomada de decisões que orientam os esforços para a formulação de políticas estruturantes e fortalecedores do sistema público de saúde.

O exercício de poder é construído e fortalecido pelos discursos do campo social, razão pela qual inventa e justifica a existência do Estado soberano que regula o poder de uns sobre os outros. Deleuze e Guattari, há pouco mencionados, destacam que há descontinuidades e fissuras analisadas por Foucault (2015) como as teses e antíteses das relações teóricas e do campo empírico dos sujeitos – das “gingas” – linguagens políticas singulares devido à peculiaridade de cada território.

Seria, então, essa nova linguagem o indício da governamentalidade permeando os pensamentos e influenciando as análises. Nesse sentido, não há um controle soberano sem dissonância do poder máximo, de sorte que os autores não negam a relação micropolítica no campo social. O controle visa garantir o exercício de poder resultante e favorecido pela naturalização da ação de uns sobre os outros, porém tampouco sobre as resistências das quais emergem as linhas de fuga, em que o pensamento nômade pode expressar-se e emergir livremente, sem ressalvas ou interdições, e se conectar a qualquer outra ideia que faça sentido a sua conexão, a sua inauguração, à inovação.

O termo invenção está na contramão da ordem e do controle para os quais a origem do discurso em nada importa, tendo em vista o interesse singular no que ele produz no meio social enquanto governamentalidade. O trabalho inventivo, a exemplo da lógica do marceneiro (MERHY, 2002) e a intenção de construir uma cadeira para atender o desejo de consumo, traduz a ideia da cristalização do trabalho e legitima-o como objeto de práticas estritas ao cumprimento de normas e que morre em si mesmo. Porém, o trabalho pensado como objeto de desejo que cria as próprias normas, não desconsiderando as universais que as criaram, descristaliza-o, resignificando seu propósito num trabalho vivo, nessa situação de “captura” que não é apenas dada pela necessidade de se sentar numa cadeira, mas de reinventar, produzir sentido, rever as práticas, inclusive como política “idealizável” (MERHY; FRANCO, 2009).

A constituição de um sistema a ser operacionalizado para atender diferentes contextos conforme os conceitos em sua “[...] diversidade, que torna complexo esse pressuposto produtivo, é ao mesmo tempo a fonte da sua potência, o que pode ser percebido através de um olhar dirigido à micropolítica dos processos de trabalho [...]” (CECCIM; MERHY, 2009, p. 3). Por isso se compreende a complexidade local como oriunda e sintonizada com a governamentalidade que emana da invenção dos modos singulares de operar a política local, resultante do não desligamento unitário e do coletivo.

As micropolíticas da saúde são responsáveis pela consolidação dos fundamentos que alicerçam os princípios do SUS: integralidade, universalidade e equidade, que estabelecem uma relação entre serviço e ensino; sujeito e sistema; intencionalidade, interface do Estado e poder; sociedade e necessidade. É, portanto, nesse cosmo das instâncias políticas que Franco (2006, p. 6) entende seus sujeitos como alinhados aos micropoderes que permitem “[...] imaginar as redes que operam na micropolítica dos processos de trabalho como rizomáticas [...]”.

A estruturação das práticas nos ambientes de saúde perpassa o campo das relações em tempo ininterrupto, pois só é possível encontrar nexos ao proposto problema e àquilo que se faz na prática de saúde mediante a representação do que o cenário apresenta, do que o sujeito demanda de necessidade e daquilo que se tem para oferecer como solução, ou seja, representações do cotidiano da saúde, mutáveis e reconfiguráveis e que transformam cada “ato” em possibilidade de cena nova-invenção.

As relações que sustentam a microfísica do poder a e micropolítica em saúde não resultam da relação histórica da portaria regulamentadora, e sim da sua capacidade de marco político que permite reconhecer os microprocessos de sua operacionalização. A PNEPS, a partir do binômio educação e saúde, potencializado por ter se tornado política pública, pode ser utilizada como instrumento

educativo-político para reconstruir, repactuar, reposicionar, reorientar, relativizar (quando necessário) e ressignificar, sempre que possível, a EPS no âmbito do SUS.

Daí o pressuposto da construção locorregional de micropoderes e de micropolíticas que tanto puderam fortalecer a descentralização da PNEPS, quanto incorporar sua lógica nos serviços/práticas de saúde inaugurada pela experiência de cada regional. Compreende-se até aqui que a EPS estabelece, portanto, dois polos: o político (gestão, cogestão, processos de trabalho em ato) e o educativo (construtor de conhecimento, aprendizagem e processos inventivo-inovador). Sendo assim, a PNEPS opera para “[...] disseminar a capacidade pedagógica por toda a rede do SUS e de descentralizar a gestão deste processo até uma configuração locorregional [...]” (CECCIM, 2005, p. 976b).

O trabalho da EPS em Mato Grosso teve início em 2003, a partir de reuniões que ocorriam na Escola de Saúde Pública Dr. Agrícola Paes de Barros (ESP/MT), ocasião na qual começaram os diálogos para a expansão da rede pelos polos nas 16 regionais de saúde (ROJAS, 2018). O esforço do grupo foi profícuo, e precedeu o estabelecimento da primeira portaria ministerial (GM/MS n.º 198/2004) que regulamentou a PNEPS no país.

Em Mato Grosso, ocorreram movimentos singulares identificados como “a gênese da CIES Estadual” (ROJAS, 2018). Após a aprovação da primeira PNEPS, consubstanciou-se a substituição dos polos regionais de EPS por CIES regionais. A proposta daqueles primeiros estruturava-se legalmente, em destaque na Ata n.º 02, de 3 de dezembro de 2003 e na Ata n.º 03, de 4 de dezembro de 2003 documentos (MATO GROSSO, 2003), as quais regulamentaram as ações da EPS nas regionais de saúde desde a estruturação dos polos, que influenciariam a formação no trabalho em saúde em Mato Grosso.

O Estado, por meio das normativas que funcionaram como dispositivo inicial, incentivou a descentralização e a regionalização, aliás, seu objetivo prioritário desde a aprovação do projeto pelo COSEMS em 2003. A realização das “Oficinas de trabalho para

a implementação de uma Rede de Apoio ao SUS” e do “Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde” explicitou a necessidade de fortalecer a qualificação sobre regionalização e a gestão de informatização do trabalho em saúde, privilegiando a formação de técnicos capacitados para atuar no âmbito estadual.

Anterior à criação das CIES estaduais, a normativa dos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS (BRASIL, 2013) já havia sido determinada pela CIB/MT por meio da Resolução nº 04, de 12 de março de 2009 (MATO GROSSO, 2009), em cujo texto se previu a elaboração dos Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS). Então, da legislação estadual resultou um primeiro plano da EPS, que priorizou as necessidades regionais e incentivou a gestão colegiada.

As CIES regionais, regulamentadas em 2009 pela Resolução CIB/MT n.º 071/2009 (MATO GROSSO, 2009), foram reorganizadas pela Resolução de 2012 (MATO GROSSO, 2012), o que potencializou a perspectiva de atuação dos colegiados ao definir que a gestão dos recursos da EPS nas regiões deveria ser pactuada de forma consensual pelas Comissões Intergestores Regionais (CIR), em reunião ordinária da CIR/CIB.

As mudanças na reorganização regional, tendo por base a normativa do SUS, ocorreram em vários estados da federação, cada qual com sua particularidade nos processos e regulamentações regionais e locais. Em Mato Grosso, especificamente, “[...] registra-se movimento precoce de regionalização, induzido pela gestão estadual da saúde no período de 1995-2002 [...]” (KEHRIG et al., 2014, p. 111). Nesse sentido, aglutinando-se aos aspectos relacionados às normativas governamentais que instrumentalizaram e regulamentaram o processo de regionalização, acrescentou-se a implementação da PNEPS que, desde 2003, certamente, funcionou como mais um dispositivo legal impulsionador desse processo.

Entre as dificuldades de operacionalização da PNEPS persiste o desfinanciamento e as necessidades estruturais e logísticas para a

reorganização dos serviços em saúde, a dimensão territorial extensa do estado de Mato Grosso e as múltiplas realidades sociais e econômicas, que passam a ser consideradas na estratégia de descentralização operada no âmbito dos Escritórios Regionais de Saúde, das respectivas CIR e CIES, melhorando o apoio das suas câmaras técnicas nas 16 regiões de saúde³ a partir de 2012. As macrorregiões de saúde não se estruturaram efetivamente, pois em 1980 “[...] o estado era dividido administrativamente em cinco regiões de saúde: Cuiabá, Rondonópolis, Cáceres, Diamantino e Barra do Garças [...]”, denominadas como Polos Regionais de Saúde (KEHRIG et al., 2014, p. 112).

Tendo em vista a capacidade aglutinadora e gestora que viabiliza reunir em um colegiado regional as escolas formadoras de saúde, os gestores e trabalhadores da área e o controle social local, a PNEPS fomentou a formação de redes locais e regionais, culminando no fortalecimento do processo de autonomia e cogestão local. Esse processo implicou diretamente na autonomia da política entre os municípios que compõem as regiões de saúde no Estado, cumprindo ainda com a premissa da sua participação social na construção do SUS e a indispensável articulação entre ensino, serviço e comunidade.

Em Mato Grosso, tanto para assuntos do processo de regionalização quanto para a implementação da PNEPS, ocorreram movimentos precoces que certamente alçaram perspectivas amadurecidas. Ressalte-se ainda que, de modo geral, os técnicos

3 “A Resolução CIB/MT nº 065, de 03 abril de 2012, art. nº 1 Aprova a instituição das 16 (dezesseis) Regiões de Saúde [...] e seus municípios sede, sendo: 1 Alto Tapajós: Alta Floresta; 2 – Baixada Cuiabana: Cuiabá; 3 Baixo Araguaia: Porto Alegre do Norte; 4 – Norte Araguaia Karajá: São Félix do Araguaia; 5 Centro Norte Mato-grossense: Diamantino; 6 – Garças Araguaia: Barra do Garças; 7 Médio Araguaia: Água Boa; 8 Médio Norte Mato-grossense: Tangará da Serra; 9 Norte Mato-grossense: Colíder; 10 Noroeste Mato-grossense: Juína; 11 Oeste Mato-grossense: Cáceres; 12 Sudoeste Mato-grossense: Pontes e Lacerda; 13 – Sul Mato-grossense: Rondonópolis; 14 – Teles Pires: Sinop; 15 – Vale do Arinos: Juara; 16 – Vale do Peixoto: Peixoto de Azevedo.” (MATO GROSSO, 2012, p. 1).

que compunham as CIES regionais eram profissionais cedidos da estrutura da SES, estando os órgãos colegiados instalados dentro dos próprios ERS, o que incentivou e facilitou a interlocução dessas instâncias para o tratamento de assuntos de diferentes ordens.

O processo de municipalização via Pacto pela Saúde, empreendido em 2006, potencializou a transferência de recursos pelo mecanismo fundo a fundo, dando autonomia financeira aos municípios: “[...] essas diretrizes reafirmam princípios, consolidam processos como a importância da regionalização e dos instrumentos de planejamento e programação [...]” (PINTO et al., 2014, p. 232). No caso de Mato Grosso tais processos ocorreram pela condição político-institucional de reconhecer as 16 regiões de saúde do Estado a partir da sua gestão colegiada, articulando gestão estadual e municipal em suas agendas, ações programáticas, deliberações e execução de ações nas regiões.

As possibilidades e desafios de reestruturação e composição da CIES estadual tiveram início no período de outubro de 2011 a dezembro de 2012, quando se constituía na SES/MT um grupo para tratar da implementação da PNEPS em Mato Grosso, em resposta ao convite realizado pela CIES Estadual. O grupo, formado pelos segmentos representativos do quadrilátero da saúde, consolidou-se e promoveu ações da PNEPS estadual, como a Oficina de Reavaliação dos PAREPS-regionais, vislumbrando a melhoria da sua elaboração e a composição do PAREPS-estadual.

A ação proposta pela CIES-Estadual contribuiu para o fortalecimento da PNEPS no âmbito das CIES-Regionais por ter proporcionado a oportunidade de repensar seus PAREPS. Sem intenção, fomentou a investitura de grupos de pesquisas sobre o tema no Estado, a exemplo do trabalho realizado pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas da Educação Permanente em Saúde (NEPEPS) da Faculdade de Enfermagem da UFMT, articulado com a Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso Dr. Agrícola Paes de Barros (ESP-MT).

A realização da pesquisa “Análise da Implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde em Mato Grosso”, entre 2013 e 2015, financiada pelo CNPq, trouxe outra perspectiva no momento da elaboração e implementação dos PAREPS. O grupo mediava leituras de textos sobre a EPS e a revisão dos PAREPS. Buscou-se, portanto, ampliar a discussão sobre o trabalho em saúde como fio condutor da vertente pedagógica da EPS. Como resultado, foi elaborado coletivamente um manual instrutivo para elaboração dos futuros PAREPS, ocasião em que os planos regionais foram repensados e estruturados visando incentivar a formação de redes, influenciando a integração entre o ensino-serviço-comunidade.

Tal ambiência convergia para um espaço de trabalho essencialmente de ensino, sem dicotimizá-lo, oportunizando interlocuções que metaforicamente se assemelhavam a um “tear de aprendizagens”, valorizando as potencialidades dos sujeitos e, ao mesmo tempo, contribuindo para o processo de ensino-aprendizagem enquanto forma singular de atuar na lógica da EPS. Compreende-se, portanto, que, independente da instituição de origem, os sujeitos possam contribuir com a CIES-Estadual e/ou Regional, exercitando concomitantemente em suas pesquisas e atividades de trabalho, diálogos e experiências capazes de incentivar a gestão coletiva dos processos de trabalho.

Ao final, possibilitou aos envolvidos na oficina do PAREPS reconhecer a importância da educação no/pelo trabalho, utilizando-se dos serviços como potenciais laboratórios de práticas políticas em saúde, capazes de ser inventivas e constitutivas de sujeitos protagonistas, e de formular conhecimentos e estratégias pelo “trabalho vivo em ato”: a “[...] oficina acho que foi a de 2013 [...]. A gente elencou algumas necessidades dentro da prática da oficina com situações reais dentro do município. Começamos a discutir algumas coisas e acabou até gerando depois a CIES municipal [...]” (ANDRÉIA, Regional de Sinop, 18/06/2015).

O desafio de lançar e acreditar numa proposta de formação que rompesse com os paradigmas da formação tradicionalista e cartesiana foi certamente um grande desafio no campo da própria educação. Quando essa intenção é transformada em política de educação em saúde, destinada a cumprir com as prerrogativas do SUS, torna-se ainda mais desafiadora, considerando que o sistema de saúde, tal como previsto constitucionalmente, deve ser o ordenador e formador do pessoal que o compõe.

Especificamente nas regionais focalizadas, verifica-se um sentido de cooperação criativa proveniente da micropolítica relacional. Todas as diferenças e necessidades territoriais locais não se esgotam aí; pelo contrário, e é justamente por essas divergências que vão se configurando e estabelecendo nexos que podem ser identificados como causais, pois o processo sinérgico com o serviço de saúde impulsiona as singularidades micropolíticas.

Do mesmo jeito que Paulo Freire (2015, p. 32) afirma que “[...] não haveria criatividade sem a curiosidade que nos move e que nos põe pacientemente impacientes diante do mundo que não fizemos, acrescentando a ele algo que fazemos [...]”, nas CIES cada segmento integrante teve participação importante e a oportunidade de (re) pensar suas posições políticas e, na autopoiese do seu conhecimento, considerando-se, nesse contexto da produção de si mesmo, seus modos de ser e fazer a reinvenção da produção da saúde.

Para Rojas (2018), a valorização da criatividade e a curiosidade são fundantes do protagonismo do impulso criador que está na base dos modos de fazer Educação Permanente em Saúde. São meios de perceber outras possibilidades de agir em saúde, com sensibilidade de re/ver o chão onde se pisa, assim como o valor do conhecimento que se compartilha, que estabelece conexões entre os atos, sujeitos, suscitando possibilidades de formas diversas de protagonismo de enfrentamento das realidades, transformando-as.

Essa conexão cria possibilidades ainda inexistentes no processo de ensinar e aprender dos usuários com os trabalhadores de saúde

e vice-versa, sendo impossível mensurar a quantidade de conexões criadas, que certamente resultam na inter(ação) dos processos e práticas no campo da saúde. A interlocução dos agentes locais com os seus territórios, para escutar os antes negligenciados, tidos apenas enquanto usuários do sistema de saúde, transforma-os em protagonistas do SUS local.

A governamentalidade é uma concepção de força exercida nas CIES em Mato Grosso. Para Foucault (2015), há relações que regulam os dispositivos de poder ainda não previstos e os que modulam as forças de organização na sociedade, aqui compreendida nos territórios e relações interpessoais no campo da política de saúde.

A reorganização da saúde local se reinventa e por isso oferece nova estruturação e nova linguagem micropolítica, resultando na viabilidade organizacional do aparato teórico adotado, alinhando-se à perspectiva do mesmo autor, que abre caminhos para modular as especificidades da nova política que ocorre no espaço das CIES Regionais. A microfísica do poder – governamentalidade de Foucault (2015) e a micropolítica de Deleuze e Guattari (1999) abrem neste livro linhas de fuga à inovação e inventividade, auxiliando na compreensão da complexidade com que a saúde opera nessas regionais.

As CIES criaram os próprios discursos, transformados nas práticas e instrumentos de atuação na estrutura política e no trabalho local que a instituiu como referência. Assim, “[...] os discursos foram disseminados pelo tecido social, infiltrando-se nas fábricas, nas escolas, nos lares, [...] sem limitar-se a nenhuma dessas maquinarias [...]” (FERREIRA; TRAVERSINI, 2013, p. 211). Como estrutura política, os órgãos colegiados uma condição tal para que “[...] produza a maior riqueza possível, que se forneça às pessoas meios de subsistência suficientes, e mesmo na maior quantidade possível, que a população possa se multiplicar, etc.” (Foucault, 2015, p. 417).

No entanto, “[...] trata-se de um triângulo: soberania-disciplina-gestão governamental, que tem a população como seus mecanismos essenciais [...]” (FOUCAULT, 2015, p. 428), sendo

que a governamentalidade provinda das CIES regionais poderia ser resultante de outra organização colegiada. Sabe-se, porém, que atualmente, devido à importância e destaque por seu potencial de inovar e inventar uma linguagem política própria, as comissões, embora criadas e regulamentadas por portaria governamental, formulam os próprios dispositivos de controle.

Os agentes locais da saúde, nos âmbitos público e político, independente do capital financeiro e intelectual, deverão garantir que a estrutura seja suficiente ou, então, repensar seus interesses singulares para fomentar políticas destinadas ao efetivo atendimento do coletivo, por meio de pactuações estratégicas convergentes para o interesse do sistema público de saúde. A ausência de estrutura nesse contexto afeta, por exemplo, a disponibilidade de transporte aéreo para a remoção de pacientes graves que deveriam receber o tratamento adequado em outro centro de saúde:

[...] a não ser que ele tenha o piloto dele que vai pegar o avião dele e vai voar por conta, porque se precisar, somos todos iguais, vamos utilizar o mesmo sistema que é o SUS. Aqui é SUS, sábado cinco horas da tarde para todo mundo, não tem Unimed não. (MARIA CLARA, Regional de Porto Alegre do Norte, 11/08/2015).

A localização geográfica é uma condição posta e não pode ser modificada, diferentemente dos interesses do coletivo que habita no território: “[...] aqui o SUS, a universalidade funciona mesmo, passou das cinco horas (17h) ou num sábado, todos somos iguais, tudo vai acontecer para o rico, fazendeiro [...]” (MARIA CLARA, Regional de Porto Alegre do Norte, 11/08/2015).

Portanto, a sociedade reconhece a deficiência da infraestrutura e procura participar politicamente da consolidação do SUS local, por intermédio da EPS, porque a questão não é somente de poder aquisitivo, mas de condições naturais e geográficas imperativas no acesso a outros centros que ofertam serviço de saúde.

[...] pode perguntar: quando [quanto] você quer? é dez, vinte, trinta mil reais? Ele fala, não! Eu não vou! (MARIA CLARA, Regional de Porto Alegre do Norte, 11/08/2015).

[...] daqui a pouco é cinco horas da tarde, seis horas da tarde, vou te falar! Pode estar aqui a presidenta Dilma, ou qualquer um, mero simples cidadão. Se acontecer um acidente, fica aqui! não tem como sair! O avião não sai, não tem pista. (SARA, Regional de Porto Alegre do Norte, 11/08/2015).

Entende-se, pois, que a distribuição de poder constitui “[...] táticas de governo que permitem definir a cada instante o que deve ou não competir com o Estado, o que é público ou privado, o que é ou não estatal etc. [...] deve ser compreendido com base nas táticas gerais da governamentalidade [...]” (FOUCAULT, 2015, p. 430).

Embora as ações políticas e específicas da EPS promovam experiências exitosas que resultam no repensar político que influencia positivamente o SUS, não há como negar o fato de as condições geográficas interferirem diretamente no acesso à saúde e nas relações de poder, haja vista os mais e os menos favorecidos socialmente desfrutarem da infraestrutura, de interesse universal. Mesmo as regionais sendo interioranas e longínquas, o seu somatório populacional perfaz importante quantitativo demográfico e considerável quórum participativo. Estas regiões de saúde certamente são negligenciadas e, mesmo assim, conseguem se articular e contingenciar suas necessidades:

[...] em relação à questão da nossa localização, dos nossos municípios distantes dos grandes centros, nós temos uma certa dificuldade na logística, principalmente, na questão de deslocamento [...]. (PAULO, Regional de Porto Alegre do Norte, 11/08/2015).

[...] nós não temos especialidades médicas no município, então nós temos que mandar a especialidade para fora, ou é Sorriso, ou é Sinop, ou é Cuiabá. (WESLEN, Regional de Sinop, 18/06/2015).

As CIES têm estruturado uma forma nova de se reger e de dar vazão às ações da PNEPS pelas RAS:

[...] porque quando a gente pensa saúde tem que pensar em todos os níveis de atenção, e aí é o momento que você percebe que existe processo de educação permanente em serviço, que ele não depende única e exclusivamente do município. (DIÓGENES, Regional de Barra do Garças, 12/08/2015).

A condição local e a preocupação com o desenvolvimento da sua estrutura de saúde não deixam escolha: é preciso conquistar a independência e definir novas estratégias de saúde por meio da cooperação entre os sujeitos, da integração das instâncias e da aglutinação de forças, tornando possível a obtenção de condições ideais ou mesmo mínimas, a melhoria do SUS local:

[...] temos algumas dificuldades na região devido à falta de pavimentação, mas o pessoal tem sido parceiro, tem participado, tem contribuído bastante conosco, gestores. (ADRIANA, Regional de Porto Alegre do Norte, 11/08/2015).

[...] primeiro, porque se a gente for levar em termos de deslocamento, de distância de como que consegue tirar o paciente de avião, de como consegue uma ambulância, uma UTI, uma vaga, neste cenário que a gente se encontra, ou a gente cuida, e se capacita, e se qualifica, para cada vez mais fazer uma Atenção Básica de qualidade, ou, a gente vai ficar aqui isolado, e vamos morrer aqui mesmo. Então, é neste sentido também, de se

atracar à atenção básica e vamos fazer funcionar, porque senão, a gente não tem outra saída de rede de urgência e emergência, a gente não tem. (MARIA CLARA, Regional de Porto Alegre do Norte, 11/08/2015).

As CIES mais longínquas, para garantir a sobrevivência, articulam-se e pactuam suas ações até com outros estados, a exemplo da CIES de Porto Alegre do Norte, articulada com a estrutura municipal de Gurupi-TO, e da regional de Peixoto de Azevedo.

[...] o fortalecimento da nossa região: aqui nós conseguimos fortalecer essa discussão [...] nos cinco municípios. E um grande diferencial da nossa regional, é esse fortalecimento. (MARIA, Regional de Peixoto de Azevedo, 19/06/2015).

[...] a defesa do Sistema está presente em todos os membros da CIES. (ANDRÉ, Regional de Peixoto de Azevedo, 19/06/2015).

A condição geográfica da região de saúde de Porto Alegre do Norte e Peixoto de Azevedo, circunvizinhas à reserva do Xingu, assim como as condições específicas das outras regionais, trazem especificidades para as questões de saúde. As pactuações e o interesse no desenvolvimento de sua estrutura e da capacidade técnica, para se ter uma dimensão, influenciam como a CIES se reorganiza.

A CIES de Sinop inventou o PMEPS e criou sua instância colegiada local. Já a CIES municipal de Sinop, do Vale do Teles Pires, foi a pioneira na categoria a ser reconhecida em CIR em Mato Grosso e talvez o primeiro a se instituir legalmente no Brasil. Ambas, as CIES municipal e regional, são tratadas como prioridade no planejamento conjunto para estruturar o serviço: “[...] porque ele tem que priorizar algumas coisas devido às questões financeiras que não conseguem [nem] abrangem todas que se deseja, que anseia” (PAULO, Regional de Porto Alegre do Norte, 11/08/2015).

A forma de organização da Rede de Atenção à Saúde a partir de estratégias locais assegura que as estruturas funcionem utilizando-se das parcerias, possibilitando formas de atuação inovadoras em detrimento da dependência do Estado. São construídos aparatos de enfrentamento ao isolamento e (im)possibilidades de deslocamentos, ou seja, “[...] um Estado de governo que não é essencialmente definido por sua territorialidade [...]” (FOUCAULT, 2015, p. 431).

As CIES Regionais forjam maneiras de se efetivar a partir da interlocução e interação estabelecidas entre os sujeitos circunstâncias nas quais confluências, a exemplo da preocupação com relação à política e governança da gestão de saúde local, até mesmo para garantir que em qualquer situação haja assistência: “[...] então a gente tem isso, tem que pensar, ou eu faço saúde, porque sou eu, [ou] meu filho, pai e mãe que estão inseridos e estão dependendo deste sistema [...]” (SARA, Regional de Porto Alegre do Norte, 11/08/2015).

Nisso a regional de Sinop, devido à sua capacidade de articulação, tal como igualmente observado nas de Porto Alegre do Norte e Barra do Garças, tem lugar de destaque por promover oficinas regionais das quais participam instituições locais, colocando em pauta para discussão as orientações e dúvidas sobre como lidar com os problemas:

[...] vamos pensar no planejamento juntos, é isso que a gente tem feito ultimamente. Como que a gente já tem a problemática selecionada, vamos dizer assim a nível de PAREPS e PAMEPS, a gente tem essa liberdade de fazer essas oficinas. (ANDRÉIA, Regional de Sinop, 18/06/2015).

Ações dessa natureza configuram quebra de regra, ou seja, acionar a interinstitucionalidade e ter capacidade para reestruturar a rede de saúde por privilegiar não a burocratização de processos, e sim de mediadores políticos novos, que certamente influenciam na forma da participação de grupos de organização social e de outras instituições locais.

6 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: INTERSETORIALIDADE E FINANCIAMENTO

Os possíveis fatores que provocam o distanciamento intersetorial entre entes públicos e privados advêm da própria lógica a que um e outro estão atrelados, respectivamente, ao Estado e à sociedade ao mercado e ao lucro. A condição binária de pertencer a ambos os domínios em outras situações pode interferir na própria interlocução destes, porém, quando tratados pela CIES, isso se abranda e não configura um impeditivo para a construção de redes.

Assumir as atividades rotineiras de trabalho e agregar as do grupo da EPS são atribuições que geram sobrecarga nos profissionais de saúde, porém, atuar como representantes no quadrilátero regional permite-lhes perceber que o trabalho coletivo tem ocasionado proposições positivas, a exemplo de Sinop e Peixoto de Azevedo, que instituíram essas aproximações para tratar da EPS local: “[...] e isso é fruto de uma coisa chamada esforço coletivo. Porque não tem uma pessoa! somos todos nós! construindo uma Educação Permanente em Saúde que o SUS necessita [...]” (JECIRA, Regional de Sinop, 18/06/2015).

O setor privado participa e, apesar de exercer uma parcela de poder, nunca poderá assumir os fluxos das deliberações da política pública de Estado enquanto agente máximo. As parcerias intersetoriais ocorrem, mas a regulação se dá pelo órgão regional da SES, sendo necessário pensar em cooperações que desempenhem papéis equânimes, enquanto dirigentes.

Como política de Estado destinada à formação de pessoas no âmbito do trabalho e, capaz de promover a formulação de pactos interfederativos e, distribuir responsabilidades com o bônus e o ônus entre os agentes que a compõem, existe ainda uma responsabilização nata da política da EPS que deveria ser de todos os envolvidos no âmbito local e não apenas o técnico do ERS. O quadrilátero, em termos de organização, deveria assumir as variadas demandas, de modo que tanto a partilha do poder, como a formação de sucessores

à CIES regional deveriam ser estabelecidas em sistema de fluxo contínuo: “[...] há uma centralização em cima dos técnicos do escritório regional de saúde [...]” (JAQUELINE, Regional de Barra do Garças, 12/08/2015). Isso porque, embora garanta assento aos representantes das instituições, homologar um representante possivelmente propicie o afastamento de outros voluntários que não foram delegados formalmente, motivo pelo qual

[...] a gente também tem muita dificuldade de encontrar parceiros dentro da própria instituição, que entenda o que é o funcionamento da CIES. Que entenda a importância dos frutos que ela vai gerar”. (MANUELA, Regional de Sinop, 18/06/2015).

Ao receber essa parcela de poder, as ações do serviço privado, aliado às do público, e vice-versa, convergem para deliberar em nome do público, instituindo a intersetorialidade e a inserção colegiada na política de saúde local. Outra distância a ser destacada, embora não mais institucional e não menos relevante, devido à dificuldade de se deslocar pequenas ou grandes distâncias, confirma a hipótese de que a configuração da malha viária e hidrográfica são limites da região e, portanto, impõe as condições para o seu funcionamento.

Em alguns casos, o setor público também é omissor em participar das políticas, assegurando a representatividade que a ele é delegada. Não se sabe os motivos do desinteresse, mas os distanciamentos entre as instâncias públicas de uma região devem se opor ao fragmentário, promovendo ações que minimizem o binarismo institucional para que cada vez mais ocorram mudanças na condição de vida e da estrutura local e o fortalecimento da intersetorialidade. Além da PNEPS, o Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde é outro instrumento legal que visa integrar ensino e serviço no âmbito da atenção primária em saúde.

Sem a resistência promovida pelas CIES, a força de trabalho estadual seria direcionada pelas políticas ministeriais, fortalecidas e

fomentadas enquanto instrumentos necessários à própria política que, com ações propositivas, busca nos agentes locais a peculiaridade do território. Sem o devido planejamento estratégico para a RAS nesses moldes, sob o olhar diferenciado da CIES Regional, os municípios pequenos do eixo Sul-Sudeste de Mato Grosso, sobretudo aqueles com menos de 10.000 habitantes, igualmente equidistantes da capital, estariam descobertos quanto ao aspecto pessoal engajado nas causas políticas e certamente com déficit de infraestrutura mínima para o funcionamento da saúde pública local.

Apesar da previsão de financiamento da PNEPS, segundo a Portaria GM/MS n.º 1.996/2007 (BRASIL, 2007), Mato Grosso enfrenta entraves de repasse nas instâncias federativas e do próprio estado, que dificulta a transferência de recursos aos municípios. Parece ser intencional a falta de investimento nas políticas públicas, já que aos poucos vai acontecendo o desmonte da estrutura local e a dispersão dos técnicos reunidos em torno dela. Segundo o Sindicato dos Servidores Públicos da Saúde do Estado de Mato Grosso, isso, “fomenta o discurso midiático que enquadra os funcionários públicos como militantes, ao invés de capital humano de caráter técnico” (SISMA, 2019).

Essa forma de destituir o poder e imputar na sociedade que “a coisa pública” está caótica e que os técnicos são ineficientes configura um pano de fundo perverso, inculcado intencionalmente no imaginário social de procrastinação do servidor, desestruturando todo o esforço envidado e o trabalho de mobilização já realizado e “[...] esse desmantelamento se opera, ou melhor, ele se faz necessário [...] e cuja renda serve para entreter ociosos que podem, assim, permanecer fora do circuito de produção.” (FOUCAULT, 2015, p. 300).

Embora as CIES continuem se mobilizando do jeito que conseguem, há uma interrupção significativa das atividades locorregionais devido ao desfinanciamento: “[...] *esses dois anos [2014 à 2015] de paradeiro da CIES foi prejuízo para nossa regional [...]*” (MARIA, *Regional de Peixoto de Azevedo, 19/06/2015*).

Em contrapartida, os municípios já superaram alguns entraves, como o jogo de poder referente à aplicação dos recursos. Dessa forma, para melhor gerirem os próprios recursos e não sofrerem mais interrupções com o ordenamento de despesas do recurso rateado entre os municípios da regional, instituíram que toda ação da EPS deve ser pactuada via CIB, entretanto o desfinanciamento ainda é debate tão relevante quanto desafiador:

[...] vai chegando agora o segundo semestre, município pequeno, todas as regionais têm aquele negócio, acabou o orçamento. O município não consegue nem saldar a folha de pagamento, né? (JÚLIO, Regional de Barra do Garças, 12/08/2015).

[...] em Guarantã mesmo, está numa situação financeira que há dois anos não tem um curso de capacitação. (ANDRÉIA, Regional de Peixoto de Azevedo, 19/06/2015).

[...] nós estamos fazendo milagres. Então a gente tem o financeiro e tem que ser usado esse financeiro da melhor maneira possível. (GRAÇA, Regional de Barra do Garças, 12/08/2015).

Apesar de o desmonte provocado pelo governo no âmbito das políticas públicas contribuir para desarticular coletivos que tenham interesses congêneres e que, porém, resistem e persistem, a CIES, por ser resultante da coletividade local, consegue dar força a outros movimentos locais importantes, atuando não apenas no suporte da EPS: “*[...] é uma comissão muito atuante, dá suporte! É muito bom para o município, para a gente. Então, acho que é uma característica mais importante ainda [...]*” (JÚLIO, Regional de Barra do Garças, 12/08/2015).

Esse apoio tem estimulado os municípios nas lutas pela garantia do financiamento local, sendo, portanto, outra aposta na

inovação, bem como expressão de resistência. As propostas políticas também se alteram, a exemplo, daquela do PROEPS-SUS.

Algumas mudanças no financiamento do PNEPS foram previstas mais recentemente, conforme a Portaria GM/MS nº 3.194/2017 do PROEPS-SUS (BRASIL, 2017), demonstrando alguns avanços em relação ao proposto pela Portaria GM/MS nº 1.996/2007 (BRASIL, 2007), dentre os quais o estabelecimento do custeio para a elaboração de Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde.

Os estados e o Distrito Federal, até 6 de dezembro de 2017, puderam solicitar, via Formulário Eletrônico do SUS (Formsus), o enquadramento no PROEPS-SUS do incentivo à intersectorialidade e ao fortalecimento da Atenção Básica, prevista na interlocução com o Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino Saúde (COAPES), que têm por objetivo estimular, acompanhar e fortalecer as ações de formação em atendimento aos princípios do SUS, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho.

No financiamento previsto pela Portaria GM/MS n.º 1.996/2007, há pouco referida, não houve incremento significativo quanto ao montante do investimento de capital destinado à EPS. A nova lógica de financiamento se efetiva via projetos, os quais deverão ser submetidos à avaliação de uma junta ministerial e estar em consonância com a política estadual da EPS. Ainda, como registrado em seu art. 7º, as regionais perderam a autonomia de planejar a sua política da EPS via CIR e CIES, com diminuição de sua parcela de poder.

Se anteriormente se privilegiava a forma ascendente para a construção da política da EPS, com a exigência atual haverá um enfraquecimento significativo das instâncias locais já instituídas, o que fragiliza a relação de poder de pactuação pelas regionais, aumentando o controle do Ministério da Saúde sobre a autonomia política da EPS. Antes, a CIR, juntamente com a CIES, planejava e recebia na conta do fundo municipal, controlando-o sob a forma de prestação de contas às CIES. Agora, a junta ministerial regula

a liberação das verbas para as regionais à medida que o projeto é executado, em consequência do que extingue a pactuação do recurso via colegiado.

Conforme previsto, a região pode não aprovar e não é obrigada a seguir uma lógica prescrita que em nada condiz com o seu contexto. Isso muda essencialmente a forma de pactuação e controle, antes realizada via CIR e CIES Regionais, mas agora centralizada nas ações no nível central do governo federal. A condição atual imposta pelos PROEPS-SUS representa um retrocesso sobretudo no que se refere às experiências micropolíticas de aproximação e interlocução, que os municípios das regiões realizavam conversando, promovendo ações conjuntas e regionalizadas:

[...] imagina! com tanto de dificuldade a gente consegue fazer. Até brinco que a gente é mágico. A saúde ultimamente é fazer acontecer de onde não tem nada. Imagina se a gente tivesse recurso, se tivesse gestão, se tivesse realmente um olhar diferenciado do governo, nossa! (JECIRA, Regional de Sinop, 18/06/2015).

[...] eu vou ser bem sincera com você! Muitas das vezes o escritório faz sem condições. (ZILDA, Regional de Sinop, 18/06/2015).

Para compreender melhor a forma atual de financiamento vigente, conforme estabelecido no art. 7º da mencionada Portaria do GM/MS n.º 3.194/2017, esta, em nada ampliou o capital investido, de acordo com os valores fixados, o estado de Mato Grosso se enquadraria no item II, no qual se estipula o valor de R\$ 200.000,00, a ser dividido entre as 16 regionais de saúde, perfazendo R\$ 12.500,00 para cada uma delas.

Uma vez que o desfinanciamento compreende, em termos micropolíticos, que o ganho real esteve pautado nas experiências oriundas da mobilização de instituições e sujeitos locais, que mesmo com pouco recurso se mobilizaram e aglutinaram a capacidade das

estruturas, instituindo formas de organizar a sua política e o sistema local de saúde, portanto, não é apenas por essa compreensão, de ter resolutividade mesmo sem o devido financiamento, que o recurso passa a ser pormenorizado; pelo contrário: é essencial!

7 REFLEXÕES ACERCA DA LINGUAGEM MICROPOLÍTICA EM SAÚDE

Neste livro a micropolítica é elevada à esfera institucional, conformando arranjos no cotidiano das políticas em saúde. Aqui são apresentados e analisados fenômenos singulares ocorridos nas CIES regionais de Mato Grosso, que, portanto, não necessariamente se replicam em outros locais do estado e do território nacional, embora constituam experiências que podem funcionar como balizadoras da formação educativo-política. Tais órgãos colegiados conseguiram, com a sua capacidade aglutinadora, organizar-se coletivamente utilizando o poder de forma construtivo-colaborativa, a partir do momento em que evidenciaram a capacidade de construção de saberes, a força política e a reorganização dos SUS para a transformação da saúde local.

As experiências que as quatro regiões focalizadas edificaram com base em suas respectivas CIES foram reveladoras da criação de uma linguagem própria para o enfrentamento dos problemas de saúde, tendo em vista a capacidade dos colegiados regionais de elaborar estratégias, discursos e práticas capazes de influenciar a política de saúde local. Esse acontecimento se destaca por anunciar o que ocorre no território de Mato Grosso, onde é configurada uma nova versão das vivências exitosas das CIES, que sem dúvida avançam além da produção e promoção de cursos no âmbito da educação em saúde. Em Mato Grosso, assim como em outros estados, assim como em outros, produzem formas variadas de enfrentamento das iniquidades territoriais.

Além de interdependentes, mas sem se desligar da origem, as CIES formam coletivos que tiveram importância ímpar na construção do SUS em Mato Grosso. Não se trata de um jogo de captura que se enquadre como num quebra-cabeças, mas da percepção das formas de fazer que pode promover rupturas com o prescrito. É essa visibilidade que provoca ações políticas de melhoria

dos investimentos e a valorização dessas comissões, que têm como incentivo a participação em especial do gestor, o qual percebe a importância de fortalecê-las nos seus territórios.

Em destaque, podem ser aludidas duas formas de pensar os territórios, ou seja, como espaço geográfico-demográfico e como espaço das subjetividades: o primeiro é representado nesta obra pelos mapas, demonstrando claramente as interferências da natureza; e o segundo alude à importância do campo afetivo e das relações de poder para a implementação da PNEPS, por possibilitarem a reorganização do novo tom-linguagem na política local. O território dos sentidos resulta numa nova forma de organização social, munida de instrumentos políticos que criam estratégias garantidoras da sua sobrevivência, auxiliando ainda na peleja de atender a expressiva densidade populacional que, de certa forma, é negligenciada.

Foram as relações interpessoais e interinstitucionais, bem como a interação entre o controle social e o serviço de saúde, que propiciaram a formação de uma linguagem própria em cada um dos territórios. A construção de vivências e as potencialidades e necessidades locais das regionais de saúde viabilizaram a produção de uma linguagem micropolítica singular – os “signos representativos” (FOUCAULT, 2015) do que é próprio do local, o serviço, a cultura, o pessoal da saúde e da educação, o controle social (povo), a gestão e outras características imanentes.

Os profissionais que se envolvem com a EPS no âmbito do trabalho locorregional revelam sua diversidade na condição de ocupar um assento na CIES regional. Isso resulta no diferencial de comissões locais, uma vez que a vivência do cotidiano as aproxima da realidade do território e, com isso, podem explorar as potencialidades da região na interlocução entre os serviços dos poderes público e privado, do comércio, dos agropecuaristas, das agremiações e organizações por ocasião das discussões sobre a saúde.

Esse, portanto, é o cenário em que as CIES buscam parcerias e apoio para dialogar, propor e efetivar ações da EPS. As regiões

enfrentam mais do que apenas necessidades de saúde, porque de imediato necessitam de investimentos robustos para garantir minimamente a logística infraestrutura local da rede. Possivelmente, com as ações descritas tornem-se menos reféns do acaso, como não poder transportar pacientes críticos após as 17h por causa de dificuldades de acesso, por via seja terrestre, fluvial, seja aérea, a outras redes intra e interestaduais.

O processo de inovação das CIES Regionais é necessária para repensar a Reforma Sanitária Brasileira na contemporaneidade envolve também a incorporação da sociedade (controle social-comunidade) para a construção do SUS em rede e regionalizado, inculcando nos discursos e práticas o fortalecimento do serviço público de saúde como direito de proteção social inalienável, dever do Estado garantido desde a redemocratização de processos do SUS quanto à reorganização e corresponsabilização dos estados e municípios em conformidade com as demandas da característica sociedade brasileira e dos seus brasis de multinecessidades, multiculturais e multiétnicos.

Abordagens futuras podem identificar como a micropolítica se manifesta seja nos movimentos dos almoços coletivos, seja nas conversas do café da tarde etc., porque ela é uma (co)criação ininterrupta e ocorre nos mais diversos espaços da informalidade por meio de “conversas em ambientes informais” e em ambientes institucionais. Não é um fenômeno derivado essencialmente da relação de uma amizade, e por isso não se deve banalizá-la. Embora a micropolítica das relações só se efetive quando há ambiente propício para a sua manifestação, nas descrições expressas neste texto ela se revela potente para reinventar formas de pactuar a saúde locorregional, mas também para servir de esgotamento de uma política pública, a exemplo da PNEPS ser desencorajada ou mesmo inviabilizada por incongruências de interesses.

Decerto as experiências descritas neste livro não teriam valor para os operadores locais, mas identificá-las e apresentá-las para os atores das regionais concretiza a capacidade de inovação do SUS

de incentivar o sistema de saúde local enquanto protagonistas de ações inventivas e potentes. Operacionalizar um sistema de saúde tão complexo em termos de condições geográficas e com recursos escassos é fruto do engajamento de atores a favor da consolidação do SUS – jovem, porém robusto, imperativo na transformação e garantia da saúde para o povo brasileiro.

8 Referências

ANJOS, V. L. H. *As ações desenvolvidas pelo Polo de Educação Permanente em Saúde de Mato Grosso no período de 2003 a 2007*. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2009.

ASSIS, A. W. A.; MARECO R. T. M.; CORRÊA, T. E. Discurso e análise do discurso: (para além de) uma introdução. São Paulo, *Caderno de Pesquisa*, v. 45, n. 156, p. 430-35, 2015.

BRASIL. Constituição Federal (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 198 de 13 de fevereiro de 2004*. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 1.996 de 20 de agosto de 2007*. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. *Portaria n.º 2.135, de 25 de setembro de 2013*. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF), Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Justiça. Fundação Nacional do Índio. *Plano de Gestão do Território Indígena do Xingú*. Brasília: FUNAI, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 3.194, de 28 de novembro de 2017*. Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde – PRO EPS-SUS. Brasília (DF), Ministério da Saúde, 2017.

CAPRA, M. L. P. *A Educação Permanente em Saúde como dispositivo de gestão setorial e de produção de trabalho vivo em saúde*. 2011. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Botucatu-SP, *Revista Interface Comunicação, Saúde, Educação*, v. 9, n. 16, p. 161-178, 2005a.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Rio de Janeiro-RJ, *Rev Ciência e Saúde Coletiva*, v. 10, n. 4, p. 975-86, 2005b.

CECCIM, R. B.; MERHY, E. E. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. Botucatu, *Revista Interface Comunicação, Saúde e Educação*, v. 1, n. 6, p. 531-542, 2009.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. Rio de Janeiro, *Revista PHYSIS Saúde Coletiva*, v. 1, p. 14, p. 41-65, 2004.

COHN, A. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. *In: CAMPOS GWS et al. Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2006. p. 231-258.

CUNHA, J. M. *O desenvolvimento da política de Educação Permanente em Saúde no estado de Mato Grosso*. 2014. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Instituto de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2014.

CUNHA, N. *Práticas Inovadoras da Educação Permanente em Saúde em Mato Grosso*. Salvador: Organização Pan-Americana de Saúde, 2018. Projeto de pesquisa.

CUNHA, N. *Avaliação da Implementação da Educação Permanente em Saúde em Mato Grosso*. Cuiabá: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, 2015. Projeto de pesquisa.

DAL'IGNA, M. C. Grupo Focal na pesquisa em educação: passo a passo teórico-metodológico. *In: MEYER, D. S.; PARAÍSO, M. A. Metodologias de pesquisas pós-críticas em educação*. Belo Horizonte: Mazza, 2012. p. 1-13.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. 5. ed. Tradução: Aurélio Guerra Neto, Ana Lúcia de Oliveira, Lúcia Cláudia Leão e Suely Rolnik. São Paulo: Editora 34, 1999.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Tradução: Ana Lúcia de Oliveira e Lúcia Cláudia Leão. São Paulo: Editora 34, 1997.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *O Anti-édipo: capitalismo e esquizofrenia*. Lisboa: Assírio & Alvim, 1996.

SCOREL, S. *Reviravolta na Saúde: a origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

SCOREL, S.; MOREIRA, M. R. Participação Social. *In: GIOVANELLA, L. et al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 853-884.

FERREIRA, M. A.; TRAVERSINI, C. S. A análise foucaultiana como ferramenta metodológica de pesquisa. Porto Alegre, *Rev Educação & Realidade*, v. 38, n. 1, p. 207-26, 2013.

FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. 3. ed. Tradução Roberto Machado. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015.

FOUCAULT, M. *A Arqueologia do Saber*. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

FOUCAULT, M. *As palavras e as coisas*. 8. ed. Tradução Salma Tannus Muchial. São Paulo: Martins Fontes, 1999a.

FOUCAULT, M. *A Ordem do Discurso: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970*. 15. ed. São Paulo: Loyola, 1999b.

FRANCO, T. B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006.

FREIRE. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREITAS, W. R. S.; JARBBOUR, C. J. C. Utilizando estudo de caso(s) como estratégia de pesquisa qualitativa: boas práticas e sugestões. Lajeado, *Estudo & Debate*, v. 8, n. 2, p. 7-22, 2011.

GADOTTI, M. *Concepção Dialética da Educação: um estudo introdutório*. 6. ed. São Paulo: Cortez, 1988.

GADOTTI, M. *A Educação contra a Educação: o esquecimento da educação e a educação permanente*. 4. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1987.

GOMES, R.; SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S. *et al.* Organização, processamento, análise e interpretação dos dados: o desafio da triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 179-220.

GUARIM, R. *Educação Permanente em Saúde no Cotidiano da Enfermagem: um movimento que se faz mudança*. 2015. Dissertação (Mestrado em Educação) – Instituto de Educação Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2015.

IBGE. *Censo Demográfico 2010*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 11 jun. 2023.

IBGE. *Portal do IBGE*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 11 jun. 2023.

JADRESIC, A. *Expert Panels in Regulation of Infrastructure in Chile*. Washington DC: PPIAF Working Paper – World Bank, 2007.

KEHRIG, R. T. *et. al.* Antecedentes históricos da regionalização da saúde em Mato Grosso. In: SCATENA, J. H. G.; KEHRIG, R. T.; SPINELLI, M. A. *Regiões de Saúde: diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso*. São Paulo: Hucitec, 2014. p. 111-133.

KRIEG-PLANQUE, A. *A Noção de “Fórmula” em Análise do Discurso: quadro teórico e Metodológico*. São Paulo: Parábola, 2010.

MAIA, L. G.; SOUSA, L. M.; SILVA, L. A.; MENEZES, I. H. C. F. Atividades educativas na rede de saúde na perspectiva da política nacional de educação permanente em um município de Goiás. Rio de Janeiro, *Boletim Técnico do Senac: a revista da educação profissional*, v. 42, n. 1, p. 30-47, 2016.

MAINGUENEAU, D. *Discurso e análise do discurso*. Tradução Sírio Possenti. São Paulo: Parábola, 2015.

MATO GROSSO. *Resolução CIB Nº 071 de 23 de julho de 2009*. Dispõe sobre a criação da Comissão de Integração Ensino – Serviço do Estado de Mato Grosso – CIES/MT. Cuiabá (MT), Secretaria de Estado de Saúde, 2009.

MATO GROSSO. *Resolução CIB/MT nº 065, de 03 abril de 2012*. Dispõe sobre a instituição de 16 (dezesseis) Regiões de Saúde no estado de Mato Grosso. Cuiabá (MT), Secretaria de Estado de Saúde, 2012.

MENDEZ, C. A. Los recursos humanos de salud en Chile: el desafío pendiente de la reforma. *Rev. Panamericana de Saúde*, Washington-United States, v. 3, n. 6, p. 276-280, 2009.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCO, R. *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 71-112.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Reestruturação Produtiva e Transição Tecnológica na Saúde: debate necessário para a compreensão do processo de “financeirização” do mercado na saúde. In: BOLANÓ, C. R. S.; SILVA, L. M. O. *Economia Política, Trabalho e Conhecimento em Saúde*. Aracaju: EdUFS, 2009. p. 108-139.

MINAYO, M. C. S. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. *In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. Caminhos do Pensamento: epistemologia e método.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 1-22.

MINAYO, M. C. S. Mudança: conceito-chave para intervenções sociais e para avaliação de programas. *In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 38-58.

NASRALA NETO, E.; LACAZ, F. A. C.; PIGNATI, W. A. Vigilância em saúde e agronegócio: os impactos dos agrotóxicos na saúde e no ambiente. Perigo à vista! *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro (RJ), v. 19, n. 12, p. 4709-18, 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Edital INOVASUS 2015.* Brasília (DF), 2015.

PINTO, I. C. M. *et al.* Organização do SUS e Diferentes Modalidades de Gestão e Gerenciamento dos Serviços e Recursos Públicos de Saúde. *In: PAIM, J. S.; FILHO, N. A. Saúde coletiva: teoria e prática.* Rio de Janeiro: Editora Científica, 2014. p. 231-243.

PINTO, I. C. M.; TEIXEIRA, C. F. Política de Gestão para o Trabalho e a Educação em Saúde: o caso da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil, 2007-2008. Rio de Janeiro-RJ, *Cad Saúde Pública*, v. 9, n. 27, p. 1.777-88, 2011.

ROJAS, F. L. L. *Cuidado e conhecimento: passos da educação aos caminhos da aprendizagem em saúde.* Cuiabá: EdUFMT, 2018.

ROJAS, F. L. L.; FERREIRA, M. S. Cuidado e Aprendizado: a educação popular e permanente em saúde no trabalho do enfermeiro. *In: SILVA, M. G.; CUNHA, N. S. Educação e Saúde: conexões e horizontes.* Cuiabá: Aquichan, 2015. p. 119-39.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. A estratégia pico para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. Ribeirão Preto-SP, *Rev Latino-americana de enfermagem*, v. 15, n. 3, p. 20-3, 2007.

SCHMITT, M. H.; GILBERT, J. H. V.; BRANDT, B. F.; WEINSTEIN, R. S. The coming of age for interprofessional education and practice. Rochester, NY-USA, *Am J Med.*, v. 4, n. 126, p. 284-88, 2013.

SINDICATO DOS SERVIDORES PÚBLICOS DA SAÚDE DO ESTADO DE MATO GROSSO (MT). *Fala transcrita do vídeo do presidente do SISMA* [site oficial]; 2019.

STROSCHEIN, K. A.; ZOCHE, D. A. A. Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. *Revista Interface Trabalho Educação Saúde*, Botucatu, v. 3, p. 9, p. 505-19, 2011.

SUSSEKIND, A. C. et al. Forças impulsoras e restritivas para o trabalho em equipe em unidades básicas de saúde da família. *ver. Baiana de Enfermagem*, Salvador, v. 3, n. 30, p. 1-10, 2016.

VALLA, V. V. A crise da interpretação é nossa: procurando entender a fala das classes subalternas. *In: BRASIL. II Caderno de Educação Popular em Saúde*, Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p. 36-49.

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

Entrevistas

ADRIANA, Regional de Porto Alegre do Norte, 11 ago. 2015.

ADRIANO, Regional de Sinop, 18 jun. 2015.

ANDRÉ, Regional de Peixoto de Azevedo, 19 jun. 2015.

ANDRÉIA, Regional de Sinop, 18 jun. 2015.

ARTHUR, Regional de Barra do Garças, 12 ago. 2015.

JAQUELINE, Regional de Barra do Garças, 12 ago. 2015.

DIÓGENES, Regional de Barra do Garças, 12 ago. 2015.

DIRCE, Regional de Peixoto de Azevedo, 19 jun. 2015.

GRAÇA, Regional de Barra do Garças, 12 ago. 2015.

WESLEN, Regional de Sinop, 18 jun. 2015.

ISAURA, Regional de Sinop, 18 jun. 2015.

JECIRA, Regional de Sinop, 18 jun. 2015.

JÚLIO, Regional de Barra do Garças, 12 ago. 2015.

LOURDES, Regional de Barra do Garças, 12 ago. 2015.

MARIA CLARA, Regional de Porto Alegre do Norte, 11 ago. 2015.

MANUELA, Regional de Sinop, 18 jun.2015.

MARIA, Regional de Peixoto de Azevedo, 19 jun. 2015.

CARLOS, Regional de Peixoto de Azevedo, 19 jun. 2015.

PAULO, Regional de Porto Alegre do Norte, 11 ago. 2015.

SARA, Regional de Porto Alegre do Norte, 11 ago. 2015.

SELMA, Regional de Peixoto de Azevedo, 19 jun. 2015.

LUIS GUILHERME, Regional de Barra do Garças, 12 ago. 2015.

ZILDA, Regional de Sinop, 18 jun. 2015.

