



## **A Construção Regional de Políticas de Educação em Saúde: uma análise a partir da CIES (Comissão de Integração Ensino- Serviço) na Região 28 de Saúde – RS**

**Maria Raquel Pilar Steyer  
Marco André Cadoná  
Leni Dias Weigelt**

### **Resumo**

O presente estudo analisa a construção de uma política regional de educação permanente aos profissionais da área da saúde. Tomando como referência a atuação da CIES (Comissão de Integração Ensino-Serviço) da Região 28 de Saúde, no Rio Grande do Sul, atenta-se para o processo emergencial dessa discussão numa Região da Saúde, enfatizando a importância da referida Comissão não somente na discussão da importância de uma educação permanente para os profissionais de saúde, capaz de impulsionar a formação desses profissionais a partir dos pressupostos, expectativas, necessidades colocadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS); mas, também e principalmente, na mobilização, na discussão, na provocação para a formulação de políticas, no acompanhamento e na fiscalização da política regional de educação permanente em saúde, integrando representações tanto do governo quanto de diferentes segmentos da sociedade civil.

**Palavras-Chave:** Política Pública, Educação em Saúde, Regionalização, Comissão de Integração Ensino-Serviço.

### **1 Introdução**

Este artigo dedica-se à análise da construção regional de uma política de educação permanente em saúde, situando essa construção no contexto histórico de criação do Sistema Único de Saúde (SUS), mas, também, na dinâmica de reflexão e de construção de uma política nacional de educação permanente em saúde desde os anos 1990 e que, afinal, resultaram, já na primeira década do século XXI (mais precisamente, em 2007), na definição das diretrizes de implementação da Política Nacional de Educação Permanente.

No decorrer da análise afirmam-se os avanços que foram alcançados no que diz respeito à formação dos trabalhadores em saúde, desde os anos 1990, mas, ao mesmo tempo, atenta-se para as dificuldades que uma política de formação dos trabalhadores em saúde ainda enfrenta, em especial quando se coloca como expectativa uma formação profissional articulada com o cuidado integral, afinal um pressuposto propugnado pelo SUS.

Ao enfatizar o processo histórico de construção regional de uma política de educação permanente em saúde, o estudo toma como referência empírica a Comissão



de Integração Ensino-Serviço (CIES), na Região 28 de Saúde (RS), analisando os conflitos e os embates presentes nas concepções das políticas públicas de educação em saúde, com especial atenção ao espaço político que os participantes da referida comissão ocupam não somente na discussão sobre educação em saúde na região, mas, sobretudo, na articulação política junto aos municípios e também na Região, visando concretizar ações educativas dirigidas aos profissionais de saúde.

Nesse processo, procura-se destacar a importância dos participantes da CIES que, numa perspectiva de militância política no campo da educação permanente em saúde, colocam-se como agentes de pressão visando o cumprimento das determinações legais, relacionadas às indicações da própria legislação no desenho institucional desta política, mas, principalmente, no sentido de “manter acesa” a discussão sobre uma política regional de educação permanente em saúde na Região 28 de Saúde.

## **2 A Educação em Saúde no âmbito do SUS**

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

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

Desde a sua criação, o SUS colocou diferentes desafios relacionados ao trabalho e aos trabalhadores em saúde. Nessa direção, preocupações com um



trabalhador de saúde comprometido, engajado, com habilidades para o trabalho em equipe, com uma visão ampliada do conceito de saúde, participativo em seu processo de trabalho, estiveram presentes nas concepções e nas propostas dos sujeitos sociais e políticos que protagonizaram o movimento pela Reforma Sanitária que resultaria na criação do SUS (PAIM, 2008). A perspectiva de uma gestão participativa, de um trabalho em equipe, de uma concepção de saúde não voltada à doença, mas à promoção da saúde, colocou, assim, a necessidade de uma qualificação profissional dos trabalhadores em saúde comprometida com os pressupostos e com os objetivos do novo Sistema de Saúde.

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

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

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



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

Na década de 1980, novamente a Organização Pan-Americana da Saúde, a partir de um diagnóstico realizado sobre a educação em saúde em vários países, definiu um marco teórico conceitual para programas de educação permanente, valorizando sua dimensão pedagógica e estimulando o desenvolvimento de experiências nacionais. Em decorrência daquele processo, iniciou-se um plano de desenvolvimento de Recursos Humanos com o objetivo de fazer da educação dos trabalhadores de saúde um processo permanente, no qual o trabalho se destacava como eixo do processo educativo, fonte do conhecimento e objeto de transformação (BUSS, 2000).

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



ação, a saber: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde (CARTA DE OTTAWA, 1986).

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

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

Essas preocupações estiveram presentes na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, mas, também, na I Conferência Nacional de Recursos Humanos (igualmente, realizada em 1986). O debate principal, em especial na Conferência de Recursos Humanos, envolvia a “política de recursos humanos rumo à reforma sanitária”, indicando-se compromissos que estavam presentes entre os sujeitos participantes daquela Conferência e que, inclusive, definiram os eixos temáticos em torno dos quais ela se desenvolveu: a) a valorização do profissional de saúde; b) a preparação de recursos humanos; c) as estratégias de integração interinstitucional para os órgãos de desenvolvimento de recursos humanos; d) a organização dos trabalhadores; e) a relação do trabalhador de saúde com o usuário do sistema (BUSS, 2000).

Toda a reflexão realizada pelo Movimento Sanitário que antecedeu a criação do SUS repercutiu em sua própria construção e, nesse sentido, já a Constituição de





1988 atribuiu ao Estado a criação de uma política para a formação dos trabalhadores do sistema público de saúde (SARRETA, 2009, p. 172). Em seu artigo 200, a Constituição Federal de 1988 declarou que é de competência do SUS “o ordenamento da formação de recursos humanos da área da saúde” (BRASIL, 1988, p. 40), o que foi posteriormente corroborado pela Lei Orgânica da Saúde n. 8.080, de 1990, afirmando-se, portanto, a educação como um “componente estratégico da gestão no SUS para promover transformações efetivas e interferir na formação, de modo a superar o modelo atual e aproximar o ensino e os serviços, bem como estes à realidade dos usuários” (SARRETA, 2009, p. 172).

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

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

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

A construção da política pública de educação em saúde a partir dos anos 1990 apresenta três momentos principais: o primeiro esteve vinculado às preocupações com a formação profissional dos trabalhadores em saúde para a atuação no Programa Saúde da Família; o segundo momento se inicia com o primeiro governo de Luís Inácio Lula da Silva (2003 – 2006) e a instituição, em 2004, da “Política Nacional de



Educação Permanente em Saúde”; e o terceiro momento compreende o período posterior da divulgação pelo Ministério da Saúde, em 2006, do Pacto pela Saúde (BATISTA; GONÇALVES, 2011, p. 887).

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

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

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

Essa preocupação se objetivou, em 1998, com a criação dos “Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família”, pensados enquanto “estratégia operacional para o desenvolvimento de habilidades dos profissionais de saúde da família na abordagem da atenção integral” e articulados para promover ações em três direções principais: “capacitação, formação e educação permanente, sempre buscando reforçar a articulação entre as instituições de ensino



superior e médio e os serviços estaduais e municipais de saúde” (GIL, 2005, p. 492), envolvendo redes de instituições de ensino e gestores do SUS no oferecimento de um conjunto de ações de curto, médio e longo prazo; e, nesse sentido, compreendendo desde ações voltadas à capacitação introdutória e a realização de cursos de atualização até a implantação de programas de educação permanente, a reformulação de cursos de graduação e oferecimento de cursos de pós-graduação.

O “segundo momento” de construção da política pública de educação em saúde se iniciou, com o primeiro governo de Luís Inácio Lula da Silva, em 2003, e teve como marco principal a instituição da “Política Nacional de Educação Permanente em Saúde”, pela Portaria nº 198/04 que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor, um grande e importante movimento para a educação na área da saúde aconteceu no país. (BATISTA, GONÇALVES, 2011, p. 887).

Cabe destacar que, com o início do governo Lula, em 2003, o Ministério da Saúde assumiu, de forma mais clara e comprometida, os pressupostos que animaram o Movimento pela Reforma Sanitária, desde a década de 1970. Ocorreu então, uma profunda estruturação na organização do Ministério da Saúde com o entendimento das Políticas de Saúde, organizadas desde a atenção básica à alta complexidade sob o comando de uma única secretaria. Porém, foi na Política de Educação Permanente em Saúde que se configurou a modificação mais evidente.

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

O Ministério da Saúde, ao criar a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde tomou para si a Educação Permanente em Saúde como ideia central, afirmando uma proposta de educação em saúde capaz de enfatizar a melhoria da qualidade do cuidado, a capacidade de comunicação e o compromisso social entre as equipes de saúde, os gestores do sistema de saúde, as instituições formadoras e o controle social (BATISTA, GONÇALVES, 2011, p.887).





Através da Portaria 198/GM/MS/04, a Educação Permanente foi definida como um processo de aprendizagem no trabalho, tendo como referência as necessidades de saúde “locorregionais”. Esta prática, aliada ao cotidiano da gestão setorial, e da condução gerencial das instituições de ensino e de outras ações e serviços de saúde, colocou o SUS como um interlocutor privilegiado das escolas na formulação e na implementação dos projetos político-pedagógicos de formação profissional (e não mero campo de estágio ou aprendizagem prática). Considerou, ainda, que a Educação Permanente em Saúde realiza a agregação entre aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva (BRASIL, 2004), partindo do pressuposto de uma aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugerindo que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais, em ação na rede de serviços considerando o “encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho” (BRASIL, 2004, p. 10).

Com esta política e a estratégia de Polos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde, o governo brasileiro assinalou seu interesse em valorizar o debate historicamente acumulado sobre educação permanente em saúde, apostando em novos caminhos, de rompimento com a ideia “de que o trabalhador é apenas mais um recurso de infraestrutura, reconhecendo-o como protagonista do processo de consolidação do Sistema” (BRASIL, 2005a, p.5). Com isso, também pretendeu realizar mudanças nas práticas pedagógicas e de saúde e, conseqüentemente, aprimorar a atuação dos profissionais, ressaltando a articulação entre o controle social, a gestão, a atenção à saúde e as instituições formadoras (CECCIM, 2005).

Nessa perspectiva, as experiências de Educação Permanente nos serviços de saúde não devem consistir simplesmente em transmitir informações ou realizar atualizações, mas em propiciar uma oportunidade para os profissionais terem o próprio trabalho como parte de um processo de ensinar e aprender, tornando-se atores, sujeitos deste processo.

E que além de nortear caminhos para uma relação dialógica e horizontal, em que cada protagonista do SUS (trabalhadores, usuários e gestores) possam também compartilhar ensinar e aprender, construir e desconstruir concepções, ideias e



conceitos acerca da saúde, de sua produção e operação e de seus papéis (VASCONCELOS et al., 2009).

Por fim, o “terceiro momento” de construção da política nacional de educação em saúde está relacionado com a divulgação, pelo Ministério da Saúde, do “Pacto pela Saúde”, em 2006, que em seu segundo artigo foram aprovadas as “Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS”, a partir das quais os espaços regionais ganharam importância enquanto espaços de decisão sobre a educação dos profissionais de saúde (BATISTA; GONÇALVES, 2011, p. 889).

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

Ao final do processo de discussão sobre o “Pacto pela Saúde”, em 2007, o Ministério da Saúde “republicou” a Portaria n. 198/04, a partir da qual três mudanças básicas foram estabelecidas: a) alteração da política de saúde, atribuindo-se maior “protagonismo” aos Colegiados de Gestão Regional; b) a descentralização dos recursos financeiros, antes sob a gestão do Ministério da Saúde; c) a “vinculação das ações de desenvolvimento dos trabalhadores do SUS aos planos de Educação Permanente em Saúde, nos âmbitos municipal, regional e estadual” (BATISTA; GONÇALVES, 2011, p. 889).

Desde início, aquela Portaria deixa claro o compromisso da Política Nacional de Educação Permanente com as “especificidades regionais” e a “superação das desigualdades regionais”, bem como com as “necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde” (BRASIL, 2007).

A partir de então, as diretrizes operacionais para a educação em saúde foram definidas no âmbito da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Através



da compreensão dos conceitos de formação e de educação, a política buscou adequá-los às distintas lógicas e especificidades, considerando a educação permanente em saúde parte essencial de uma política de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores para a qualificação do SUS. A mesma Política propôs a adoção de diferentes metodologias e técnicas de ensino-aprendizagem para a formação profissional e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor; e assumiu o compromisso de discutir e de avaliar os processos e os desdobramentos de sua execução para ajustes necessários, atualizando-se conforme as experiências de execução e assegurando a inserção dos municípios neste processo (BRASIL, 2006).

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

De acordo com a Portaria n. 1.996, os Colegiados de Gestão Regional são compostos “pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios de uma determinada região de saúde e por representantes do (s) gestor (es) estadual (ais)”] cabe “instituir processo de planejamento regional para a Educação Permanente em Saúde que defina as prioridades, as responsabilidades de cada ente e o apoio para o processo de planejamento local” (BRASIL, 2007).

Embora tenha atribuído papel proeminente aos Colegiados de Gestão no planejamento e na execução de uma política regional de educação permanente em saúde, a mesma Portaria atribuiu grande importância para as CIES como um espaço político (regional) estratégico na formulação, na condução e no desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde.

Isso ficou evidenciado no artigo 6º da Portaria n. 1.996, que definiu as atribuições das CIES: “apoiar e cooperar tecnicamente com os Colegiados de Gestão Regional para a construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em



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

As CIES são definidas como “instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes”, participantes na formulação, na condução e no desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde, indicando, a composição das referidas Comissões: gestores de saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal e, “conforme as especificidades de cada região”, por gestores estaduais e municipais de educação e/ou seus representantes, por trabalhadores do SUS e/ou de suas entidades representativas, pelas instituições de ensino com cursos na área da saúde, por meio de seus distintos segmentos e por movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS.

Institucionalizadas, portanto, como instâncias de reflexão e de apoio à elaboração dos projetos regionais de educação permanente em saúde, com a participação não somente de representantes governamentais e estatais, mas, também, de instituições e movimentos sociais, as Comissões de Integração Ensino-Serviço ganharam uma posição de espaço/tempo de importância na construção da política regional de educação permanente em saúde. O quanto atuam a partir da importância atribuída e como se relacionam com as outras instâncias responsáveis pela construção da política regional de educação permanente em saúde é que se pretende analisar, a partir de agora, tomando como referência empírica a Comissão de Integração Ensino-Serviço da Região 28 de Saúde do Rio Grande do Sul.



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

A análise das políticas de educação permanente em saúde que se desenvolveram com o acompanhamento da CIES no período entre 2007 e 2014 na Região 28 de Saúde, no Rio Grande do Sul, permite perceber que a referida Comissão é um espaço que, por sua própria natureza, discute, propõe, contribui no planejamento, avalia a política de educação permanente no âmbito da Região. Coloca-se como pressuposto, também, que adotar a perspectiva da Educação Permanente não significa apenas manter a educação permanentemente em pauta no trabalho em saúde; trata-se de um pensar e de um fazer os processos de ensino-aprendizagem como implicados nos processos de trabalho, bem como de entender a vivência de trabalho como necessária para a aprendizagem, pelo menos para a que se pretende seja significativa, não somente para os trabalhadores em saúde, mas, também, nas relações que esses estabelecem nos locais, comunidades, espaços onde atuam.

A integração ensino-serviço é entendida como o trabalho coletivo, pactuado e integrado de discentes e docentes dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde (ALBUQUERQUE *et al*, 2008). Nessa integração são incluídos, também, os gestores de saúde pública, tomadores de decisões no contexto dos processos de mudança na formação dos profissionais de saúde. Uma vez que a integração ensino-serviço visa à qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, tanto quanto à qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento e satisfação dos trabalhadores dos serviços.

A constituição da Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) para sua operacionalidade torna-se estratégia central de execução da política nacional. Não por acaso, essa criação constituiu o primeiro ponto de pauta para deliberação dos órgãos colegiados regionais, na atual estruturação da educação permanente em saúde. O conhecimento sobre responsabilidades e atribuições das esferas gestoras em Educação Permanente em Saúde que contribui para dar visibilidade e possibilitar uma avaliação dos processos de gestão e de execução das ações em seu nível de atuação. A avaliação dos processos melhor se desenvolve quando as estruturas





efetivas de gestão e integração ensino-serviço se constituem e materializam as possibilidades de realização da educação permanente enquanto política pública.

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

As discussões sobre educação permanente em saúde na Região 28 de Saúde do Rio Grande do Sul passou, a partir de 2007, por um processo de transição. Suas ações até então haviam sido desenvolvidas pelos referenciais dos antigos Polos de Educação Permanente em Saúde, articulados por equipes matriciais da macrorregião e compreendendo uma ampla área de abrangência (três regiões sanitárias que formavam a macrorregião dos Vales – a 8ª, a 13ª e a 16ª Coordenadorias Regionais de Saúde), composta por cinquenta e dois municípios. A partir de 2007, então, foi constituída uma “nova” CIES, cuja Região passou a ser delimitada pelos municípios que já compreendiam a 13ª Coordenadoria Regional de Saúde<sup>1</sup>. (Ata n. 01 da Reunião da CIES da Região 28 de Saúde, de 29 de outubro de 2007).

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

---

<sup>1</sup> Região de Saúde constituída por treze municípios, quais sejam: Santa Cruz do Sul, Gramado Xavier, Herveiras, Sinimbu, Mato Leitão, Candelária, Vale do Sol, Vera Cruz, Venâncio Aires, Passo do Sobrado, Vale Verde, Rio Pardo e Pantano Grande. (RIO GRANDE DO SUL, 2012).



todos os projetos que previam a execução das atividades através da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Naquela primeira reunião da CIES, estiveram poucos representantes compostos pela 13ª Coordenaria Regional de Saúde, do Centro de Educação Profissional (CEPRO/UNISC), do Centro de Referência de Saúde do Trabalhador - CEREST/VALES, e representante da gestão do município de Rio Pardo/RS. (Ata n. 01 da CIES da Região 28 de Saúde, de 29 de outubro de 2007).

Nos meses e anos seguintes o número e a diversidade de representantes na CIES aumentaram, contando com representantes de movimentos sociais e representantes do poder público de outros municípios da região atuando na elaboração do Plano de Ação Regional da Política de Educação Permanente e Profissional em Saúde da 28ª Região, com discussões sobre a necessidade de ajustamento de suas ações diante das alterações induzidas por novas portarias da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

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

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

Dentre as ações daquele Plano de Ação Regional de Educação Permanente e Profissional em Saúde constavam:



Realização de oficinas que envolvam os atores já qualificados quer sejam: os tutores e facilitadores de educação permanente, os ativadores de processos de mudança na graduação, os tutores e participantes dos processos de formação da Humanização;  
Realização de oficinas com atores estratégicos para o SUS no âmbito da Educação Permanente e Educação Profissional em Saúde, articulando os atores dos diversos segmentos – gestão, atenção, instituição formadora e controle social;  
Organização de cursos e seminários conforme as necessidades locorregionais;  
Criação e fortalecimento de estruturas de gestão da educação e do trabalho em saúde nos municípios e regiões (CIB/RS, 2007c. In: Ata n. 03 da CIES da Região 28 de Saúde, de 27 de novembro de 2008).

Os anos que se seguiram foram marcados por avanços e desafios para a CIES da Região 28 de Saúde, quando a Política de Educação Permanente em Saúde já estava sendo assimilada pelos gestores, trabalhadores e outros segmentos participantes da CIES. Foi um momento importante de construção de identidades entre participantes que começavam a ter presença recorrente na Comissão, indicando a presença de uma militância pela causa educação em saúde que passava por aquele espaço de reflexão. Na medida em que avançavam as ações (tanto com o planejamento de ações quanto com a realização de oficinas, encontros, seminários) crescia, também, o envolvimento com a CIES, numa dinâmica de atuação que aos poucos foi identificando os participantes daquela Comissão como “o povo da CIES”.

Foi desencadeado um processo sistemático de reuniões mensais em que as discussões se preocuparam com a formatação, com a metodologia e com a apresentação dos projetos de Educação Permanente em Saúde para a região. Porém, na medida em que os participantes foram se apropriando do assunto, as pautas se expandiram, abrangendo: discussões em oficinas conceituais com experiências municipais; análise de discussão dos projetos de Educação Permanente de acordo com os Planos Regionais de Saúde; interlocução permanente com as políticas de saúde implementadas no Estado; discussões com as instituições formadoras; construção de uma proposta de integração com ações municipais; estratégias de fortalecimento da participação dos movimentos sociais de Educação Permanente em Saúde; e demais demandas surgidas ao longo do caminho, bem como o monitoramento das ações e avaliação (Ata n. 07 da CIES da Região 28 de Saúde, de 06 de abril de 2009).



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

Naquele contexto, também, a CIES discutiu um projeto denominado VERSUS que, com recursos para sua execução, foi organizado pelo GETESC – Protagonismo Estudantil. A partir daquele projeto se inseriu na pauta de discussão da CIES temas como, por exemplo, a violência, o alcoolismo, a drogadição, e suicídio. A CIES esteve mobilizada com discussões importantes para a sua potencialização na Região, seja através de novas ações, seja através da inclusão de novos participantes (todos os municípios da Região, por exemplo, passaram a ter representantes na CIES). A CIES se consolidou enquanto espaço de discussão sobre a educação permanente em saúde e garantiu uma aproximação maior entre os seus diferentes participantes, ainda que houvesse dificuldades na participação dos representantes das gestões municipais, em parte decorrente da descontinuidade na participação desses representantes (o que, algumas vezes, já demonstrava um descaso dos gestores municipais quanto à importância da CIES e, mesmo, da educação permanente em saúde). (Ata n. 15 da CIES da Região 28 de Saúde, de 07 de dezembro de 2009).

É importante registrar, também, que o fortalecimento da CIES possibilitou uma ação mais orgânica junto às gestões municipais, através de incentivos e de orientação para a execução da política de educação permanente em saúde nos municípios, em especial através dos NUMESC – Núcleos Municipais de Educação em Saúde Coletiva bem como o registro de uma reunião conjunta da Comissão Intergestores Regionais e a CIES, com objetivo de debater e atualizar os conceitos de Educação Permanente em Saúde e promover o desenho dos projetos referentes às ações priorizadas. (Ata n. 33 da CIES da Região 28 de Saúde, de 10 de agosto de 2011).



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

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

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





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

Portanto, mesmo que através das ações que foram desenvolvidas pela e na CIES, o relato das ações que foram executadas durante o período de 2007 e 2014 é indicativo de um processo histórico emergente, mas, também, em desenvolvimento, da discussão, provocada pelas políticas nacionais, sobre a importância da mobilização regional em prol de uma política (também regional) de educação permanente em saúde.

## **Considerações Finais.**

Importante destacar, como consideração final da análise apresentada, que a Política de Educação Permanente em Saúde impulsionou ações indutoras significativas no interior do SUS, desde que cumpriu a missão de levar até os serviços e às demais instâncias comprometidas com a saúde a prática pedagógica a partir do cotidiano do trabalho, um ordenamento constitucional que ainda não havia sido previsto como política pública na saúde.

A proposta de Educação Permanente inerente àquela Política concentrou-se em equipe multiprofissional, com ênfase nos nós críticos das práticas cotidianas, na articulação entre as instituições de ensino, os gestores, os trabalhadores e os usuários; além disso, focalizou as reflexões críticas e as mudanças estratégicas das práticas profissionais. Fortaleceu a descentralização da gestão setorial incentivando a participação social nas decisões políticas, considerando as necessidades locais e regionais e impulsionando um maior envolvimento dos governos locais, regionais e estaduais na gestão e na efetivação das políticas.

Pode-se afirmar, nesse sentido e a partir do relato das ações desenvolvidas na CIES, que a educação permanente em saúde ganhou visibilidade na Região 28 de Saúde marcada por processos de avanços e expectativas quanto a consolidação desta política. Com rumos mais solidificados, foram tomadas tarefas como prioritárias



nessa configuração: a manutenção, a disseminação e o fortalecimento da própria CIES, identificada como espaço de fundamental importância para propiciar a continuidade das estratégias e das ações planejadas, tanto no âmbito dos municípios quanto no âmbito regional.

São esses pressupostos que, espera-se, orientem as ações das Comissões de Integração Ensino-Serviço que, devem atuar orientadas pelo plano de ação regional para a área da educação em saúde e, em que pesem não terem poder deliberativo, constituem espaços de elaboração de projetos de mudanças na formação (educação técnica, graduação, pós-graduação) e discussão sobre estratégias de desenvolvimento dos trabalhadores para (e na) reorganização dos serviços de saúde.

## Referências

ALBUQUERQUE, V.S. et all. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Rev. Bras. Educ. Méd.** 2008; 32(3): 356-62.

ALMEIDA, L.P.G; FERRAZ, C.A. Políticas de formação de recursos humanos em saúde e enfermagem. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, 2008. jan-fev; 61(1): 31-5.

BATISTA, K. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.20, n.4, p.884-899, 2011.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**, Brasília-DF, 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 198/04, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, DF, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde. Brasília, DF, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.996/07, de 20 de agosto de 2007**. Brasília, DF, 2007.



\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. A educação permanente entra na roda: polos de educação permanente em saúde: **conceitos e caminhos a percorrer**. Brasília DF, 2005.

BUSS, P. M. Promoção da Saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.163-177, 2000.

CARTA DE OTTAWA, Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde - **relatório**- Ottawa, novembro de 1986.

CECCM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário, **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. Campinas, v. 9, n. 16, p. 161-77, set. 2004/fev.2005.

COHN, A. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: LAURELL, A. C. (Org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. 2ed. São Paulo: Cortez, 1997, p. 225-244.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de saúde. Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, In: **Para entender a gestão do SUS**. Nº 9, Brasília: CONASS 2011.

CUTOLO, R.L.A. **Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica**. Arquivos Catarinenses de Medicina Vol. 35, no. 4, de 2006.

SCOREL, S. et all. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam. Salud Publica/Pan Am J Public Health** 21(2), 2007.

FAURE, Edgar. **Aprender a ser**. Lisboa: Bertrand, 1981.

GIL,C.R.R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(2): 490-498, mar-abr, 2005.

NICOLETO S.C.S. et all. Polos de educação permanente em saúde: uma análise da vivência dos atores sociais no norte do Paraná. **Interface**. 2009; 13(30): 209-19.

NÚCLEO REGIONAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA, 13ª CRS. Biblioteca. ATAS de Reuniões da CIES da Região 28 de Saúde, **Livro 01**. Santa Cruz do Sul-RS.

VIII Seminário Internacional sobre

## Desenvolvimento regional

Territórios, redes e  
Desenvolvimento Regional:  
Perspectivas e Desafios



Programa de Pós-Graduação  
**Desenvolvimento  
Regional**  
mestrado e doutorado



PAIM, J.S. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. **Physis** Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 18 [ 4 ]: 625-644, 2008a, p. 626.

SARRETA, F.O. **Perspectivas da Educação Permanente em Saúde:** Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

VASCONCELOS, M. et al. Práticas pedagógicas em atenção básica a saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. **Módulo 4:** Belo Horizonte: Editora UFMG – Nescon UFMG, 2009. 70 p.