

## Educação permanente em saúde: o repensar sobre a construção das práticas de saúde

### Permanent education in health: the rethinking about the construction of health practices

### Educación permanente en salud: el repensar sobre la construcción de las prácticas de salud

Fagner Luiz Lemes Rojas<sup>1</sup>, Ruth Terezinha Kehrig<sup>2</sup>,  
Emilia Carvalho Leitão Biato<sup>3</sup>, Neuci Cunha dos Santos<sup>4</sup>

#### RESUMO

**Objetivo:** discutir a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e sua potencial influência sobre os profissionais de saúde. **Método:** estudo de caso, a partir de entrevistas com quatro enfermeiros que atuam em unidades de saúde da família da capital de Mato Grosso e análise de documentos. Após as entrevistas, aplicou-se a análise discursiva. **Resultados:** em Mato Grosso, as ações de educação permanente em saúde vêm sendo discutidas, desde 2003, nos polos regionais de educação permanente em saúde, cuja ação tem contribuído para a transformação das práticas dos profissionais de saúde de forma integrativa entre os territórios e os sujeitos. O profissional de saúde em serviço, influenciado pela educação permanente em saúde, assume a condição de ‘educador em potencial’ e modifica a sua prática/reflexão/ação. **Considerações finais:** durante a trajetória de atuação profissional, eles foram (re)pensando e (re)significando suas práticas, por meio da ‘aprendizagem-autônoma’, culminando na construção de saberes significativos

<sup>1</sup>Enfermeiro. Doutor em Saúde Coletiva. Docente na Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT). Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. E-mail: [fagnerojas@gmail.com](mailto:fagnerojas@gmail.com) ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-5990-208X>

**Autor principal** – Endereço para correspondência: Rua N, nº 277, Chapada da Serra, Bloco 6 – 203, Santa Cruz II. CEP 78.077-090. Cuiabá-MT, Brasil.

<sup>2</sup>Administradora. Doutora em Saúde Pública. Docente Adjunta do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. E-mail: [ruth.kehrig@gmail.com](mailto:ruth.kehrig@gmail.com) ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-2931-1067>

<sup>3</sup>Cirurgiã-dentista. Doutora em Educação. Docente Adjunta do Departamento de Odontologia – Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB). Brasília, Distrito Federal, Brasil. E-mail: [emiliabiato@yahoo.com.br](mailto:emiliabiato@yahoo.com.br) ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-4358-4558>

<sup>4</sup>Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Docente Associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. E-mail: [neucicunha@gmail.com](mailto:neucicunha@gmail.com) ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-5901-957X>



Este artigo está licenciado sob forma de uma licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que a publicação original seja corretamente citada.

no/pelos espaços de saúde, o que possibilitou focalizar um movimento singular, em que trabalho e educação dialogam, suscitando um novo modo de aprender-fazer-saúde.

**Descritores:** Educação em Saúde; Educação Continuada; Educação Permanente em Saúde.

### **ABSTRACT**

**Objective:** to discuss the National Policy of Permanent Health Education and its potential impact on health professionals. **Method:** case study, from interviews with four nurses who work in family health units in the capital of Mato Grosso and document analysis. After the interviews, a discursive analysis was applied. **Results:** In Mato Grosso, the actions of permanent education in health have been discussed since 2003 in the regional centers of permanent education in health, whose actions have contributed to the transformation of the practices of health professionals in an integrative way between the territories and the subjects. The health professional in service, influenced by permanent health education, assumes the condition of 'potential educator' and changes his / her practice / reflection / action. **Final considerations:** During their professional career, they were (re) thinking and (re) meaning their practices, through 'autonomic learning', culminating in the construction of meaningful knowledge in / by the health spaces, which made it possible to focus on a singular movement, in which work and education dialogue, giving rise to a new way of learning-doing-health. **Descriptors:** Health Education; Continuing education; Permanent Health Education.

### **RESUMEN**

**Objetivo:** discutir la Política Nacional de Educación Permanente en Salud y su potencial influencia sobre los profesionales de la salud. **Método:** estudio de caso, a partir de entrevistas con cuatro enfermeros que actúan en unidades de salud de familia de la capital de Mato grosso y análisis de documentos. Después de las entrevistas se aplicó análisis discursivo. **Resultados:** en Mato Grosso, las acciones de la educación permanente en salud vienen siendo discutidas, desde 2003, en los polos regionales de educación permanente en salud, cuya acción ha contribuido para la transformación de las prácticas de los profesionales de la salud de forma integrativa entre los territorios y los sujetos. El profesional de la salud en servicio, influenciado por la educación permanente en salud, asume la condición de 'educador en potencia', y modifica su práctica/reflexión/acción. **Consideraciones finales:** durante la trayectoria de actuación profesional ellos fueron (re)pensando y (re)significando sus prácticas, por medio del 'aprendizaje-autonómico', culminando en la construcción de saberes significativos en/por los espacios de salud, lo que posibilitó enfocar un movimiento singular, en que trabajo y educación dialogan, suscitando un nuevo modo de aprender-hacer salud. **Descriptor:** Educación en Salud; Educación Continuada; Educación Permanente en Salud.

### **INTRODUÇÃO**

A transição política ocorrida

no território nacional, na metade da década de 1970, ainda sob o governo da ditadura militar, propiciou

mudanças político-sociais articuladas às discussões ocorridas no interior das Universidades e nas mobilizações políticas e populares pela redemocratização do país. Naquele contexto e frente à crise da previdência social e das condições de vida e saúde da população brasileira no campo da Saúde Coletiva teve início um importante fenômeno histórico e social - a Reforma Sanitária Brasileira (RSB).

Paim<sup>1</sup> define a RSB enquanto eixo formado por cinco momentos articulados: 1) A *ideia*, que parte do pensamento inicial de defesa do direito de cidadania à saúde, ancorado na produção teórica dos departamentos de medicina preventiva e social das universidades públicas, destacadamente sobre a determinação social do processo saúde-doença e a organização social das práticas de saúde. 2) A *proposta* teve como base o conjunto de princípios e proposições políticas sintetizados em um documento intitulado “A questão democrática na área da saúde”, que se traduz no direito universal à saúde, apresentado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) no 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara

Federal, em 1979.

As características da proposta de criação de um sistema único de saúde estavam formuladas, conforme apresentado. No item 3) O projeto foi sistematizado e legitimado na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), de 1986. Naquela oportunidade, a ideia e a proposta se transformaram no projeto da RSB, que contém noções do direito universal e igualitário à saúde, com base nos direitos humanos; à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde e processo de democratização da sociedade brasileira mediante novo relacionamento entre Estado e sociedade civil.

O relatório da 8ª CNS sistematizou o corpo doutrinário do projeto de RSB. 4) O movimento, que perpassa o contexto da construção da ideia, elabora para a proposta de sistematização do projeto da Reforma Sanitária Brasileira, congregando diversos segmentos: bases universitárias e acadêmicas; movimento estudantil; movimentos dos profissionais da saúde; movimento popular; movimento sindical; projetos institucionais. 5) O Processo da RSB ainda em curso compreende as políticas desenvolvidas a partir da 8ª

CNS, nos governos Sarney, Collor, Itamar, FHC, Lula e Dilma.

A responsabilidade do Estado, planejamento e execução da política de saúde, mecanismos eficazes de financiamento, organização descentralizada, participação democrática nas instâncias do sistema fragmentado que requereu a unificação do sistema para viabilizar a proposta da RSB.

Na sequência da 8ª CNS, ainda em 1986, ocorreu a I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde, que propôs uma agenda para o projeto da RSB referente a uma política de gestão do trabalho e de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde na implementação do SUS<sup>2</sup>.

O capítulo da Saúde na Constituição Federal<sup>3</sup> é sustentáculo da organização do sistema público de saúde brasileiro e representa um consenso cívico do direito universal à saúde e do dever do Estado em garanti-lo.

A consagração da saúde, na Carta Magna e na instituição do SUS, é tributária da luta social pelo direito à saúde, desencadeada no contexto de democratização do país, praticamente durante todo o movimento e processo

da RSB na regulamentação do SUS em 1990, através da aprovação da Lei Orgânica de Saúde representada pelas Leis 8.080 e 8.142<sup>4,5</sup>.

A denominada Constituição Cidadã de 1988, em seu artigo 200, inciso III, atribui ao SUS a competência de *ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde*, possibilitando, assim, a formação dos trabalhadores de saúde com perfil compatível às necessidades sociais da área, reconhecendo as realidades locais e regionais, o que implicou na formulação de políticas para os trabalhadores de saúde na implementação do SUS<sup>5</sup>.

O recorte temporal justifica-se pela repercussão do movimento da RSB, desde a década de 1970, e a repercussão de suas ações em Mato Grosso, a partir de 2003, quando as primeiras aproximações rumo uma proposta de Educação Permanente em Saúde (EPS) foram realizadas entre o Ministério da Saúde e a Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso, Dr. Agrícola Paes de Barros, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde (SES).

Ao acompanhar a transformação ocorrida em décadas no campo do trabalho em saúde, este

estudo tem por objetivo discutir a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e sua potencial influência sobre os profissionais de saúde. A relação apreendida aqui trata da potencial aprendizagem-trabalho, os novos modos de ensino-aprendizagem instituídos pela PNEPS<sup>6,7</sup>, em sua proposição pedagógica do processo de educação no/pelo cotidiano do trabalho.

## MÉTODO

Trata-se de estudo de caso, realizado entre março e abril de 2015, composto por duas etapas, a primeira entrevista, seguida de análise documental. Na ocasião foram entrevistados quatro enfermeiros que atuam em Estratégia de Saúde da Família (ESF), em Cuiabá, capital de Mato Grosso. Para tal foi utilizada a metodologia denominada 'bola de neve', pares por indicação, quando um sujeito indica respectivamente os demais.

Privilegiou a indicação de profissionais de saúde de regiões administrativas diferentes: norte, sul, leste e oeste, fator que colaborou para a compreensão da ideia da

política que atravessa as atividades do cotidiano da saúde em diferentes regiões de saúde de Cuiabá.

Para os codinomes os sujeitos do estudo se identificaram com elementos da natureza, e cada um representou algo de sua característica pessoal-profissional: Cristal, Chumbo, Aço e Esmeralda. Aço, identificou a dureza que ela tem que empregar cotidianamente para lidar com as adversidades da ESF. Chumbo, atribuiu a maleabilidade do seu comportamento frente às necessidades, ou mesmo, o seu estado de humor, ora brando e ora enérgico. Esmeralda, destacou a cor dos seus olhos a semelhança da esmeralda que traz a preciosidade e brilho ao dia a dia. Cristal, destacou a sua transparência enquanto valor que emprega nas suas atribuições e relações interpessoais com os colegas de trabalho e a comunidade.

Devido a realização do primeiro contato, a entrevista iniciou-se pela regional norte, o que possibilitou a indicação das demais, respectivamente, sul, leste e oeste. Optou-se por trabalhar com um enfermeiro de cada regional para garantir que cada território de saúde das regiões administrativas de Cuiabá

fossem representadas, como também, para perceber as proximidades e distâncias da compreensão sobre a EPS na prática dos profissionais em ESF dessas localidades.

A partir da entrevista semi-estruturada, foram construídos os diálogos que teve duração média de 30 a 60 minutos. Todos foram gravados e transcritos, respeitando a fidedignidade das falas. Os trechos selecionados estabeleceram nexos à responder o objetivo do estudo que vislumbrou ‘discutir a PNEPS e sua potencial influência sobre os profissionais de saúde’.

Foi realizada análise discursiva e documental para compreender como a EPS se manifesta no cotidiano dos trabalhadores da saúde, mas também para compreender como foi construída a história da EPS em Mato Grosso. Os arquivos na ESP/MT, através das atas de deliberações referentes ao Polo de Educação Permanente em Saúde em Mato Grosso (PEPS-MT), demonstram indícios de que o estado, em 2003, possivelmente foi o primeiro, dentre os outros da União, a manifestar interesse em uma política formadora em saúde, antes mesmo da sua promulgação oficial da primeira

portaria GM/MS nº 198/2004.

Como arcabouço teórico, foi realizada em um primeiro momento revisão bibliográfica que subsidiou a análise documental. Utilizou-se de literatura dos clássicos da educação, Paulo Freire, Moacir Gadotti, István Mészáros, e da saúde, Jairnilson Silva Paim, Gastão Wagner de Sousa Campos, Ricardo Burg Ceccim, entre outros, para valorizar o progresso e para contribuir no diálogo sobre a nova proposta de construção das práticas da EPS no SUS em Mato Grosso.

Este estudo é um desdobramento do resultado de pesquisa de mestrado em educação, que foi ampliada e dado andamento no doutorado em Saúde Coletiva, no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Ambas são provenientes do banco de dados projeto “Práticas Inovadoras da Educação Permanente em Saúde em Mato Grosso - CNPQ-OPAS-OMS-Sgtes”, aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFMT, sob nº CAAE: 61285616.5.0000.5541 e número de parecer 1.978.879.

## RESULTADOS

Educar e ser educado a partir das considerações propostas pela EPS é entender o processo como algo libertador, não mecânico, o que implica propor-se a enfrentamentos frente aos problemas vivenciados, sensibilizar-se mediante as situações e entender-se enquanto sujeito transformador, não somente do conhecimento, mas do contexto social em que está inserido.

Essa noção de reconhecimento nas ações dos sujeitos como, potência educativa transformadora, é determinante para a mudança das práticas dos agentes envolvidos na saúde e para a recuperação do empoderamento do controle social do SUS. A importância de implementar e reconhecer a EPS nas ações de saúde fica implícito nos discursos dos sujeitos do estudo.

Esmeralda considera que a educação-trabalho têm resultados positivos:

*Para mim, resumindo, eu acho! Eu queria ter mais tempo para trabalhar com educação do que fazer assistência, entendeu? Por que você constrói a partir da dúvida de uma e da experiência de outra: como você vai conduzir aquela dúvida, fica muito mais fácil.*

Essa afirmação é resultante da interação educação-trabalho-aprendizagem a partir do ambiente de

trabalho, em que as ações de educação em saúde têm ganhado potência, perceptível na mudança das práticas do profissional entrevistado e dos usuários.

A EPS estimula as relações educativo-afetivas enquanto fundamentais, tendo em vista, a participação dos usuários na construção, fortalecimento e controle do sistema de saúde. Portanto, considera-se a formação integral a partir da realidade em que o sujeito está inserido, uma vez que ele faz e refaz críticas sobre sua situação, tentando modificá-la em processo contínuo de cenário.

Os espaços de saúde, nesse sentido, vão desmistificando a ideia de locais para ofertas procedimentais e ganhando novas características ambiente político-educativo e ensino-aprendizagem, que podemos encontrar essa dimensão nas considerações feitas por Cristal:

*Conseguimos! Porque a comunidade é bastante presente e exige bastante de nós no sentido de darmos respostas a eles. O que temos mais é o Presidente de bairro que participa muito conosco, eles sempre estão lá.*

Os enfermeiros em Mato Grosso e os demais de outros estados, certamente repensam as suas

práticas, assim como os usuários modificam a sua postura a partir do contato efetivado nos grupos de educação em saúde constituídos e implementados dentro das Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Evidenciam-se assim, ganhos significativos, pois é a partir do construto de relações educativas coletivas que o enfermeiro e o usuário têm conquistado espaço político para proposição de melhorias junto às instâncias governamentais.

Aço, considerou que suas ações estão próximas à ideia da EPS, e não mais arraigadas à condição de tecnologia leve-dura (tecnicismo), mas muito próxima da tecnologia leve (relações interpessoais), das suas conexões com a equipe e comunidade, ao descrever as transformações ocorridas na ESF em que atua.

*[...] no começo tive muita resistência, mas, agora, assim, o meu atendimento melhorou a qualidade muito até para convivência com a própria população.*

Ao ser indagada quanto às campanhas extramuros realizadas pela equipe, Chumbo considerou variadas dimensões relacionais e que essa ação tem repercutido e modificado as práticas.

*[...] uma é levar essa equipe para dentro da comunidade, e outra, é*

*trazer a comunidade para dentro da Unidade. São coisas diferentes, até para você conhecer, a gente não consegue conhecer através de uma visita no bairro conhecendo ruas, você tem que ir para dentro da casa daquela população.*

As relações constituídas entre a equipe e a população demonstram a importância do vínculo quando se está próximo do território e das famílias adstritas a ESF. Essas dimensões relacionais empoderam a população e a equipe sinergicamente a condição de ser usuário e ser profissional, pois resulta, sobretudo, numa vertente dialógico-política-educativa capaz de configurar-se em tecnologia relacional, composta por dispositivos afetivos, abertos para empreender a ideia do quadrilátero da saúde, em que trabalham juntos, profissionais de saúde, gestores de saúde, escolas formadoras e comunidade.

Os documentos oficiais sobre a criação da estrutura que fomenta a PNEPS em Mato Grosso, desde os Polo de Educação Permanente em Saúde (PEPS), demonstrou pela análise das Atas de nº 02, de 3 de dezembro de 2003, e a de nº 04, datada de 4 de dezembro de 2003, que reuniões extraordinárias com técnicos do Ministério da Saúde, deu início a configuração dos PEPS e da EPS como proposta de educação ao serviço - via

projetos, junto à Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso (ESPMT).

Ao que destaca o fragmento da Ata nº 02, em reunião do Polo, discutiu-se “a seguinte pauta: definir critérios para a aprovação de projetos apresentados ao Polo e informes”. Então, era a gênese do fomento do PEPS quanto às discussões educativo-políticas para o SUS em Mato Grosso. Tais reuniões, em datas respectivas, demonstram que as ações junto aos técnicos do Ministério da Saúde (MS) eram profícuas.

Os acordos entre MS e ESPMT que culminaram no edital para a elaboração de projetos da EPS pelas Instituições de Ensino Superior (IES), sobretudo IES públicas, destacou que, após elaborados todos os projetos passaram pelo crivo da equipe colegiada que constituía o PEPS. A Ata nº 03, em seu texto, explicita essa afirmação, ao dispor que a reunião do Polo se deu “para discutir a seguinte pauta: aprovação dos projetos prioritários para o primeiro semestre de 2004”.

Embora a iniciativa tenha sido positiva para um início de ações que vislumbrou a EPS em MT, a lógica dos projetos aprovados nos PEPS teve um

caráter homologatório, em que as IES seriam as demandantes, as elaboradoras das propostas e o Polo funcionaria enquanto financiador. Portanto, ainda não se configurava ação de transformação de práticas no serviço de saúde, mas de realização de cursos.

Revisitar estes achados documentais, trouxe à luz a concepção de uma educação-trabalho próxima da PNEPS, aprovada em 2004, e republicada em 2007. Para o SUS em MT isso funcionou como um impulso vantajoso referente aos outros estados da federação, porque o estado já se adiantava em construir espaços de formação em serviço aos trabalhadores. Se considerada a sua dinâmica voltada ao diálogo da EPS, foi nessa ocasião dos PEPS que se iniciou as estruturas, logística e estratégias que, após 2007, foram se adaptando ao atualmente sustenta a PNEPS nos territórios em Cuiabá e nas 16 regionais de saúde em MT.

## DISCUSSÃO

A historicidade da política de educação em saúde até momento da sua consecução é fruto de um processo muito anterior. As ideias que

se alinharam e deram sustentação ao que se tem hoje instituído enquanto política pública na área da saúde (PNEPS), advêm de assunções do final do século XVIII, com as ideias liberais da Revolução Francesa, quando se discutia a formulação e garantia de acesso à escola laica, e nesses espaços defendiam-se 'formas' de políticas públicas de educação.

Nesse sentido, um estudo realizado, em 1977, pretendeu descobrir quando os homens começaram a pensar na educação permanente<sup>8</sup>. Analisando seu trabalho, identificou que, historicamente, a ideia de educação enquanto processo permanente é antiga, bem anterior à escola e ao aparecimento do termo educação permanente que, se comparado à ideia, é relativamente recente.

Na década de 1974, com o vigente autoritarismo aos moldes do Presidente Geisel, havia insatisfações no Estado brasileiro quanto à educação e saúde. As universidades deram sentido e força às mobilizações populares, os problemas estruturais e negligência estatal quanto ao ensino e saúde.

Ao explicar o contexto da época na saúde, destaca-se que, se

aglutinavam os profissionais e estudantes do setor - ou atuantes nele - e que, a partir de uma postura democrática e oposicionista ao regime autoritário, iria formular propostas cada vez mais elaboradas de transformação do regime e do Sistema Nacional de Saúde (SNS) <sup>9</sup>. Esse contexto de mobilizações foi importante, pois, através dos movimentos articulados foi possível intensificar o denominado 'movimento sanitário', a quem se atribui o processo de RSB<sup>9</sup>.

Das discussões ampliadas e democráticas na 8<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília no ano de 1986 e composta, pela primeira vez acima de 4.000 pessoas em evento dessa ordem, vieram à tona propostas que mais tarde foram incorporadas à Constituição Federal de 1988. Quanto ao movimento sanitário, esse marco representou uma ruptura inédita com a história anterior das políticas sociais brasileiras, ao garantir o acesso à saúde como direito social universal<sup>10</sup>.

Com a aprovação da Constituição Cidadã, a população brasileira vislumbrou seus direitos, então promulgados em forma de lei, como um ganho inquestionável,

destacando que: a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação<sup>3,4</sup>.

Na Constituição de 1988 existem disposições quanto à proposta de formação dos recursos humanos do SUS, e aí se recorta o objeto desta discussão: ao SUS compete, além de outras atribuições, ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde<sup>3</sup>. Assim, a saúde dispõe de dispositivos que dão direito ao seu acesso universal fazendo nexos com a formação-trabalho e aprendizagem-trabalho, na perspectiva da educação autônoma, conforme previsto pela PNEPS.

Tais propostas e discussões perduram em tentativas de formar profissionais preparados para que integrassem suas ações aos processos de trabalho<sup>11</sup>, porém ocorreram dificuldades que deveriam ser superadas, pois, era: comum a falta de estímulo profissional, os desvios de função, as duplas ou triplas jornadas de trabalho, a submissão a formas improvisadas e arcaicas de vinculação

e gestão, cuja regra é a transgressão à lei.

Sobre a capacidade da vertente pedagógica da Educação Permanente em Saúde, a respectiva política pública afirmava alcançar o desenvolvimento dos sistemas de saúde na região, com reconhecimento de que os serviços de saúde são organizações complexas em que somente a aprendizagem significativa será capaz da adesão dos trabalhadores aos processos de mudança no cotidiano<sup>5</sup>.

O trabalho em saúde está atrelado à noção de trabalho vivo em ato<sup>12</sup>, o 'agora', em que as inúmeras atividades se concretizam, e cada uma delas têm sua especificidade e grau de particularidade, dadas as diferentes causas que levam os indivíduos a acionar os serviços. Portanto, a produção da saúde é emerge de trabalho humano, vivo em ato, que também micropolítico<sup>12</sup>, ocorre através dos quais se realiza naquele momento a sua atividade criativa na construção dos produtos.

O Ministério da Saúde<sup>2</sup> faz considerações quanto às propostas de mudanças do trabalho no SUS e de como enfrentá-las, e afirmam em um trabalho articulado entre o sistema de

saúde e as instituições de ensino, a educação permanente será capaz de reorganizar, simultaneamente, os serviços e os processos formativos, transformando as práticas educativas e as de saúde. O processo dialético é inerente aos sujeitos e intrínseco ao processo de trabalho que proporciona a construção do conhecimento e sua transformação.

Ao explicitar as ações dos enfermeiros participantes do estudo, destaca-se suas preocupações em atender a comunidade e a abertura para estabelecer processos dialógicos, sobretudo quando falaram da inserção de alunos da área da saúde em suas ESF<sup>13</sup>.

Tais resultados da pesquisa se apresentam atrelados ao envolvimento dos usuários nas ações das ESF, não somente para resolver problemas de saúde, mas também para discutir junto com à ESF as formas de melhorar as ações práticas, inclusive de estrutura da Unidade de Saúde dentro da área de abrangência, construindo os Conselhos Gestores Locais<sup>13</sup>.

Isso só é possível se aprendermos a partir do processo de aprender a aprender, que tem como resultante o sentido de

autoeducação/autogestão que a EPS busca despertar no enfermeiro, usuário, trabalhador, educador e gestor da saúde<sup>13</sup>.

Nesse sentido, as ações educativas em saúde extrapolam o ato de realizar procedimentos e técnicas, indo além das ações descritas como tecnologias em saúde<sup>12</sup>, incluindo as tecnologias duras (equipamentos-máquinas), leve-duras (conhecimento técnico), para alçar-se na aprendizagem e fortalecimento sociopolítico pelas tecnologias leves (relacionais).

É, sobretudo, identificar-se enquanto sujeito-ação capaz de recriar e ressignificar significados, pressuposto de um aprendizado amplo, extra-academia e de conteúdos pré-definidos, em um processo que, se não aproximado do contexto social, pouco ou nada transforma. Essas interlocuções-afetações no/pelo trabalho ocorrem a partir dessas ideias, noções e compreensão que cada profissional se integra às equipes ou agrupamentos de profissionais em cada ponto do sistema<sup>14</sup>.

Nessa perspectiva de interlocução entre os segmentos que formam o quadrilátero da saúde sendo

essa a base educação-trabalho, composta por ensino, trabalhador da saúde, gestão do sistema e usuário de saúde, estruturantes da EPS, mas complementar à ideia da formação inicial, aprendizagem-trabalho, se reconhecida à formação no/pelo trabalho vivo em ato<sup>12</sup>. Sendo assim: a formação é importante, mas ela deve ir para além da técnica e dos conhecimentos sobre política e rede. Ela deve se centrar na vivência<sup>15</sup>.

A transformação dos cenários e práticas dos enfermeiros na perspectiva de considerar o processo ensino-aprendizagem de adultos, para além do espaço ou tempo escolar<sup>16</sup>, em que a aprendizagem é a nossa própria vida, desde a juventude até a velhice, de fato quase até a morte; ninguém passa dez horas sem nada aprender<sup>17</sup>.

Por esse viés, a vivência é compreendida como substancial na construção dos saberes. O saber e suas dimensões, considera que o complemento do *homo belicosus* é o *homo aprenditus*. O saber, a aprendizagem, aqui identifica-se com a ideia platônica de Bem. É preciso aprender tudo, porque tudo pode ser aprendido<sup>14</sup>.

A EPS valoriza a vida e o trabalho dos profissionais de saúde e, a partir disso, encontra o potencial para sua reconstituição, aplicando e avaliando a aprendizagem com vista ao resultado do construto vindouro do próprio sujeito ao problematizar suas práticas em situações de trabalho. Semelhantes práticas de aprender a aprender as relações orgânicas com o mundo, considerando que ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo<sup>16</sup>.

A EPS, enquanto vertente pedagógica reconhece a capacidade do sujeito de interagir com o outro e com os cenários da vida e da saúde, e é por esta seara que surgem as possibilidades de troca de saberes, significativos, possibilitando (re)significar-se e transformar as condições adversas em potências geratrizes de aprendizagem.

Essa sinergia de como familiarizar com a sintaxe, com a semântica dos grupos populares, de entender como fazem eles sua leitura do mundo, de perceber suas 'manhas' indispensáveis à cultura<sup>25</sup>, sendo esta, a forma 'quadrilógica' que dialoga no quadrilátero da saúde.

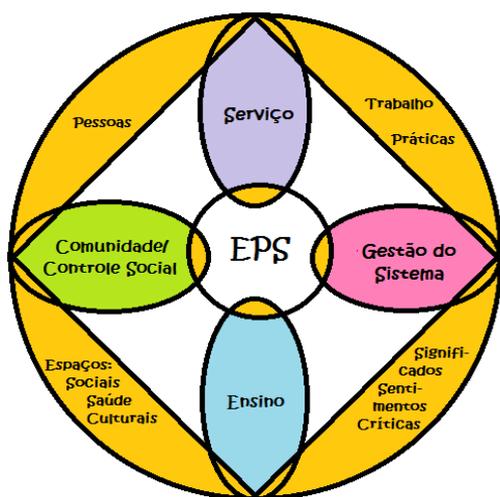


Figura 1 - Mandala da representação da Educação Permanente em Saúde - quadrilátero da saúde. Fonte: Rojas (2015).

A Mandala<sup>13</sup> é a representação gráfica da ideia do *quadrilátero da saúde*<sup>8</sup>. Destaca o encontro de sujeitos, interligando e conectando-os ao propósito da EPS, e ao mesmo tempo em que dialogam sobre as situações-saúde obedecem a lógica do quadrilátero de saúde. A EPS permeia o trabalho articulando sujeitos e situações-problemas que conseguem encontrar e, sobretudo, ao mesmo tempo as ações dialógicas lhes permite encontrar-se no processo de autoeducação, que considera os sujeitos, as condições e a cultura local, trazendo para a realidade também sujeitos negligenciados para discutir em ‘pé de igualdade’.

A ação coletivo-colegiada - o quadrilátero da saúde, reafirmou a lógica do movimento sanitário através

da retomada sociopolítica da população ao encontro da responsabilidade perante o SUS. Isso é retirar da ingenuidade e da ‘ociosidade sociopolítica’ indivíduos que antes esperavam por ações da gestão central ou local<sup>13</sup>.

A EPS subsidiada pela ideia de produção autônômica, o saber tem historicidade. Nunca é, está sempre sendo<sup>17</sup>. Cabe considerar que o construto educar e fazer saúde parte do ato no trabalho, na prática de saúde que ocorre continuamente com os sujeitos históricos e seus espaços, em processo continuado de educar-se permanentemente em saúde.

Essa perspectiva de formação em serviço tem estimulado os teóricos contemporâneos a produzir pesquisas sobre a Educação Permanente em Saúde<sup>18,12</sup>, destacamos, sendo, todos eles portadores de uma nova proposta de educação em saúde enquanto vertente pedagógica e político-educativa para o SUS de potencial transformador e agregador. Esse pensamento está intrínseco às diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde<sup>6,7</sup> e à aprendizagem significativa<sup>16</sup>.

As produções de estudos puderam anteriores, pré-EPS,

puderam fundamentar e, pós-EPS, garantiu fomentar a discussão e análise do potencial da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos em Saúde (NOB-RH) junto a PNEPS, propondo diretrizes de cunho político-financiador-organizativo e pedagógico-educativo a serem adotadas pelas instâncias do SUS<sup>11,7</sup>, implementadas por profissionais de saúde em seus espaços de formação e trabalho, ou, ainda, na organização da população (controle social) na comunidade dentro dos espaços decisórios de saúde.

Tais diretrizes direcionam o trabalhador, gestão do sistema, comunidade e as escolas formadoras de saúde no seu agir, pensar e propor reflexões de forma articulada, compondo o que se denomina de ações do quadrilátero de saúde<sup>18</sup>, privilegiando a interlocução entre trabalhadores nos serviços de saúde, docentes e pesquisadores das instituições de ensino, gestores do sistema de saúde e respectiva comunidade.

As obras de Paulo Freire, *Pedagogia do Oprimido* (1974), *À sombra desta mangueira* (1995) e *Pedagogia da Esperança* (1997), bem como de Gadotti na obra, *A Educação*

contra a Educação (1987) e de Mészáros, na obra *A Educação para além do capital* (2008), entre outras, ao discutir educação nessa dinâmica, evidenciam a necessidade de transpor barreiras impostas pelas escolas tradicionalistas que são pautadas no currículo que se inicia e finda pressupondo um tempo escolar. Superar essa condição compreende que a formação deve ir além das séries obrigatórias, valorizando o conhecimento construído em toda trajetória de vida.

A interação entre a teoria (conhecimento tácito) e prática (trabalho realizado pelos agentes de saúde) reestrutura as ações dialógicas que produzem a aprendizagem-trabalho. Nesse sentido, tem-se o serviço de saúde se realizando no 'espaço escolar' de aprendizado em tempo real, destinado ao aprimoramento 'instantâneo', em que enfermeiro, outros profissionais de saúde e usuários podem construir conhecimento e soluções para enfrentar os problemas da realidade.

### **A EPS no cenário mato-grossense**

As Conferências Nacionais de Saúde, sobretudo as três primeiras,

denominadas: 1ª CNS (1941) - Situação sanitária e assistencial dos estados, 2ª CNS (1950) - Legislação referente à higiene e à segurança do trabalho, e a 3ª CNS (1963) - Descentralização na área de Saúde, assim como a NOB-RH SUS versão 2005 priorizaram a discussão sobre os recursos humanos (formação-trabalho), suas características e especificidades, que dimensionam estruturalmente o sistema de saúde, políticas, educativas, sociais e, sobretudo, as assistenciais.

Como antecedentes mais imediatos da formulação da PNEPS, o Conselho Nacional de Saúde, em duas resoluções do final de 2003 (nº 330, de 04 de novembro e nº 335, de 27 de novembro), decidiu pela aplicação dos Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS - NOB/RH - SUS, Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no âmbito do SUS; como também, pela aprovação da “Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde” e a estratégia “Polos de Educação Permanente em Saúde” enquanto instâncias regionais e interinstitucionais de gestão da educação permanente<sup>6,7</sup>.

A partir de 2003 tiveram início as discussões entre os técnicos da SES/MT e da Escola de Saúde Pública da SES/MT, membros da Comissão de Integração Ensino e Serviço Estadual (CIES/MT), e técnicos do MS sobre EPS, uma vez que as propostas de implantação da ideia já se formatavam. Portanto, quando da aprovação da PNEPS, já existiam formas de executar atividades, qualificar, aperfeiçoar e formar trabalhadores de saúde. O que se compreendia por EPS, porém era ainda uma noção em construção e muitos enfrentamentos.

Ao considerar a atuação do PEPS em Mato Grosso, considera que: dava-se pouca autonomia às instituições privadas de formação do ensino superior em adequar seus currículos à formação para o SUS, desconsiderando nos encontros a dinâmica da discussão em ‘Roda’, ocasionando vários conflitos<sup>19</sup>. A mobilização de muitas das instituições de ensino em participar da CIES resultava da expectativa de captar recursos. O interesse diminuiu ao constatarem que a discussão era mais ampla, pois se queria superar a lógica de balcão<sup>20</sup>.

Como análise final do PEPSUS-MT, pode-se inferir que a vigência da Portaria GM/MS nº 198/2004 foi insuficiente para que o Polo construísse as condições necessárias para implementar essa proposta<sup>19</sup>. Entende-se que o ato de fazer saúde resolutiva não está inserido na lógica das determinações de políticas públicas ou na detenção do saber das técnicas profissionais, mas vai além, incidindo na capacidade de gerir processos de forma compartilhada e na reflexão sobre as ações realizadas.

Portanto, a SES/MT, a Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES), os profissionais de saúde, frente às produções e implementações de ações no âmbito da política pública, utilizam os elementos para (re)significar, reorientar e reestruturar. Dadas as condições gerais de efetivação de uma política pública, compreende-se que as ações estão muito voltadas ao planejamento e discussões, ao mesmo tempo em que são ainda insipientes no campo da implementação e das práticas, negligenciando o espaço problematizador da aprendizagem-significativa.

A situação figurada (codificada) e que antes havia sido

apreendida difusamente, passa a ganhar significação na medida em que sobre 'cisão' e em que o pensar volta a ele<sup>16</sup>. Apesar disso, o que alimenta a coerência política do educador no seu espaço de trabalho é a visão utópica de mundo comprometida com a transformação da sociedade, visando a emancipação humana e a construção de uma sociedade justa e solidária<sup>21,22</sup>.

A PNEPS promoveu avanços na área da educação na saúde, requer, no entanto, esforços de articulação de parcerias institucionais entre serviço e ensino, educação e trabalho, numa perspectiva dialógica e compartilhada<sup>23</sup>. Cabe, portanto, repensar a Política de EPS e suas disposições dentro do âmbito estadual, dadas as dimensões territoriais e características regionais, mas, sobretudo, acreditar no potencial de cada profissional de saúde, valorizando os saberes acumulados, potencializando todo conhecimento e relações sociais efetivadas no espaço em que atuam.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reflexões das práticas de saúde no contexto da EPS ocorrem,

não considerando tempos ou espaços escolares, mas focalizando como central o sujeito do trabalho em saúde. Configura-se como diferencial, tentando agregar gestão, ensino, servidores de saúde e população no processo construcional.

Pela EPS propõe-se a discussão participativa sem hierarquias, através das chamadas 'Rodas de Conversa'. Essa estratégia educativa cria desfechos não prescritivos, mas inventivos, partindo da necessidade local e dos sujeitos. Evidenciou-se que todos os enfermeiros realizam educação no trabalho, justamente ao pensar sobre as suas práticas cotidianas, ou seja, mesmo sem clareza e conhecimento da Portaria da PNEPS, a ideia da aprendizagem-significativa-trabalho, que fundamenta a perspectiva freireana e a EPS, estavam intrínsecas em suas ações junto à comunidade.

O estímulo ao processo dialógico que afeta os sujeitos é um fator de (re)significação, e só através da valorização dada aos sujeitos que transitam pelo SUS seja possível transformar o modo de pensar, agir, (re)pensar e moldar as variadas formas de (re)fazer saúde. Pode-se considerar os profissionais de saúde

que ocupam espaços significativos e ainda pouco conhecidos como fundamentais para o processo de aprendizagem-trabalho, ou mesmo, estabelecem uma "oficina de práticas" *in loco, in vivo*, não mais tangenciando a realidade, e sim, transformando-a.

A EPS é vertente pedagógica e estimula mudanças nas concepções e práticas dos sujeitos, configurados enquanto peças fundamentais em todo processo propositivo e decisório para a saúde no Brasil. As ações descritas representam as relações e práticas dos profissionais de saúde, pois o enfoque dado foi ao 'ato de realizar trabalho' e 'relacionar-se' para reconhecer a condição de aprender na interação entre os vários agentes congêneres à saúde, sejam eles do controle social (usuários), das escolas formadoras de saúde (IES), trabalhadores (enfermeiros, auxiliares e técnicos em enfermagem, médicos, odontólogos, gestores do sistema de saúde, entre outros), culminando nas relações de caráter orgânico-construtivistas-educativas.

A EPS e o SUS estão interconectadas devido à condição do próprio processo pedagógico de trabalho, não mais processo de

trabalho em que impera a prática silenciada, mas a prática dialógica que interroga os sentidos dos sujeitos e as condições dos cenários. Sendo assim, a relação do trabalho em saúde que perpaça junto à EPS, focaliza olhares às situações e sujeitos implicados com o SUS que certamente passariam despercebidas, mas que agora são fundamentais na construção de concepções e conhecimentos prioristicamente significativos.

## REFERÊNCIAS

1. Paim JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica [online]. Salvador: EdUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
2. Brasil. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Políticas de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a educação Permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
3. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
4. Brasil. Portaria nº 8.080, de 19 setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 1990.
5. Brasil. Portaria nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 1990.
6. Brasil. Portaria nº 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: Ministério da Saúde; 2004.
7. Brasil. Portaria nº 1.996 de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação

- Permanente em saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
8. Cavaco C. Formação Experimental de Adultos Não Escolarizados: saberes e contextos de aprendizagem. *Rev educ realidade*. 2016; 41(3): 951-67.
  9. Escorel S. Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
  10. Souto LRF; Oliveira MHB. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção do pensamento pós-abissal. *Saúde debate*. 2016; 40(108):204-18.
  11. Brasil. Conselho Nacional da Saúde. (Série J. Cadernos - MS/Cadernos Técnicos-CNS). Princípios e diretrizes para a gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH-SUS). 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
  12. Merhy EE, Franco TB. Reestruturação Produtiva e Transição Tecnológica na Saúde: debate necessário para a compreensão do processo de “financeirização” do mercado na saúde. In: Bolaño CRS, Silva LMO. Organizadores. *Economia Política, Trabalho e conhecimento em saúde*. Aracaju: EDUFS; 2009.
  13. Rojas FLL. *Passos da Educação aos Caminhos da Aprendizagem em Saúde*. Cuiabá: EDUFMT; 2018.
  14. Gadotti M. *A Educação contra a Educação: O Esquecimento da Educação e a Educação Permanente*. São Paulo: Paz e Terra; 1987.
  15. Oliveira MM, Campos GWS. Formação para o Apoio Matricial: percepção dos profissionais sobre o processo de formação. *Physis*. 2017; 27(2):187-206.
  16. Freire P. *À sombra desta Mangueira*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2013.
  17. Mészáros I. *A Educação para além do capital*. São Paulo: Boitempo; 2008.
  18. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface*. *Interface (Botucatu)*. 2005; 16(9):161-78.
  19. Anjos VLH. Análise das ações desenvolvidas pelo Polo de

- Educação Permanente em Saúde de Mato Grosso no período de 2003 a 2007 [dissertação]. Cuiabá: Instituto de Saúde Coletiva da UFMT; 2009.
20. França T, Medeiros KR, Belisario SA, Garcia AC, Pinto ICM, Castro JL, et al. Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. *Ciênc Saúde Colet.* 2017; 22(6):1817-28.
21. Carvalho AL. In: Silva AC, Carvalho AL, Cardoso CJ, Organizadores. Educação, cidadania e práticas educativas. Cuiabá-MT: EdUFMT; 2014.
22. Freire P. *Pedagogia da Esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido.* Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2011.
23. Brasil. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.

**Conflito de interesses:** Os autores declaram não haver conflito de interesses.

**Participação dos autores:**

- **Concepção:** Rojas FLL.
- **Desenvolvimento:** Rojas FLL.
- **Redação e revisão:** Rojas FLL, Kehrig RT, Biato ECL, Santos NC.

**Como citar este artigo:** Rojas FLL, Kehrig RT, Biato ECL, Santos NC. Educação permanente em saúde: o repensar sobre a construção das práticas de saúde. *J Health NPEPS.* 2019; 4(2):310-330.

Submissão: 24/06/2019

Aceito: 20/11/2019

Publicado: 01/12/2019