

Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde

Potentialities of permanent education for the transformation of healthcare practices

Sara Regina Souto Lopes¹
Érica Torres de Almeida Piovesan²
Luciana de Oliveira Melo³
Márcio Florentino Pereira⁴

RESUMO

A implantação dos sistemas de saúde na América Latina apresenta carências estruturais, principalmente na formação e desenvolvimento dos profissionais do setor. Neste contexto, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) iniciou um conjunto de pesquisas na década de 70 para compreender a lógica prevalente de formação e desenvolvimento profissional e institucional dos trabalhadores da saúde, além de propor estratégias para aproximar o ensino no campo da saúde à realidade dos serviços.

A proposta da educação permanente foi difundida como um dispositivo adequado para a mudança. Estudos sobre desenvolvimento de novas formas de abordar problemas de saúde com vistas à capacitação de pessoal do setor saúde propagaram-se pela América Latina, estimulando discussões e produção de trabalhos no Brasil. Os trabalhos, as discussões e as propostas em fóruns de pactuação na saúde culminaram na criação da política de educação permanente em saúde em 2003.

Para compreender a evolução da educação permanente como estratégia de mudança nas práticas de saúde e como política de formação para o Sistema Único de Saúde no Brasil, foi traçada uma trajetória conceitual da educação permanente no período de 1970 a 2005. Um levantamento bibliográfico foi realizado por meio da revisão das bases de dados do SCIELO e PAHO. A pesquisa preliminar foi baseada nos seguintes unitermos: educação permanente, políticas de educação em saúde, educação em saúde, nos idiomas português e espanhol. Foi pesquisado um total de 43 documentos. O levantamento bibliográfico teve como objetivo embasar argumentos para propor a educação permanente como estratégia para a transformação das práticas de saúde.

Palavras-chave: educação em saúde, políticas de saúde e recursos humanos em saúde.

1 Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em saúde/Ministério da Saúde.

2 Comando da Aeronáutica.

3 Assessoria Técnica Comissão Nacional de Ética na Pesquisa/CNS/MS.

4 Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Correspondência:

Universidade de Brasília-UnB, Faculdade de Ciências da Saúde-FS/UnB, Departamento de Saúde Coletiva. Campus Universitário Darcy Ribeiro. 70910-900

Recebido: 11/outubro/2006
Aprovado: 9/abril/2007

ABSTRACT

The implementation of the healthcare systems in Latin America presents structural deficiencies, especially in training and in the development of healthcare professionals. In this context, the Pan-American Health Organization (PAHO) started a set of research projects in the 1970's trying to understand the prevailing logic in the professional and institutional training and development of healthcare workers, and propose strategies to bring together the training in the healthcare field and the reality of the services. The permanent education proposal was accepted by many as an adequate means for this change. Development studies to new forms to approach health problems with sights to qualification of the health sector propagated throughout Latin America and stimulated lots of discussions in Brazil, with the development of several other studies in the same field. The studies, discussions and proposals in healthcare fori culminated in the creation of the permanent education in healthcare policy in 2003. To understand the evolution of the permanent education as a strategy for changes in the healthcare practices and as policy for training in the Unified Health System, a conceptual trajectory was traced from the 1970's. A bibliographical research was performed based on the revision of the databases from SCIELO and PAHO. The preliminary research was based on the following uniterms: permanent education, healthcare education policies and healthcare education, in the Portuguese and Spanish languages. A total of 43 documents were surveyed. The bibliographical research aims to find arguments to be used in the proposal of permanent education as a strategy for the transformation of the healthcare practices.

Key words: education in healthcare, healthcare policies, human resources in healthcare.

INTRODUÇÃO

A educação permanente é o encontro entre o mundo da formação e do trabalho, no qual o aprender e o ensinar incorporam-se ao cotidiano das organizações. Baseia-se na aprendizagem significativa e desenvolve-se a partir dos problemas diários que ocorrem no lócus de atuação profissional, levando em consideração os conhecimentos e as experiências pré-existentes da equipe¹.

A educação tradicional na formação e no desenvolvimento dos profissionais de saúde tem como objetivo principal a atualização de conhecimentos técnicos e é operada de forma descendente. Já a educação permanente, além de considerar a atualização técnica, possui como objetivo principal a transformação das práticas das equipes de saúde, utilizando-se da problematização coletiva do coti-

diano do trabalho em equipe na saúde como ponto de partida para direcionar o aprendizado.

O conceito de educação permanente no setor saúde desenvolveu-se gradualmente nos países da América Latina. Este conceito difundido pela OPAS, “segundo a proposta de Educação Permanente do Pessoal de Saúde, reconhecia que somente a aprendizagem significativa seria capaz da adesão dos trabalhadores aos processos de mudança no cotidiano”², tal definição agregou novos significados e, hoje, é utilizada no Brasil como estratégia na Política de Educação Permanente em Saúde.

A Política de Educação Permanente em Saúde apresenta como estratégia de gestão a educação permanente na reorganização do sistema de ensino em

saúde. Funciona como dispositivo de aproximação entre o cotidiano do profissional do SUS e as necessidades da população. Além disso, convoca a participação de todos os atores sociais envolvidos neste processo com o intuito de aumentar a qualidade dos serviços prestados. Ao compreender a complexidade da realidade dinâmica em saúde, a educação permanente contribui com o avanço da implementação da reforma sanitária brasileira.

A evolução conceitual ocorreu influenciada pelos movimentos de mudança na gestão setorial, na atenção em saúde, na formação profissional e no controle social – elementos do Quadrilátero da Formação³. Para compreender a educação permanente como estratégia de mudança nas práticas de saúde e como política de formação para o Sistema Único de Saúde no Brasil, este artigo apresenta a sua evolução conceitual, a partir da década de 70, por meio de revisão bibliográfica. É estruturado em dois tópicos: o primeiro traz a trajetória conceitual da educação permanente no período de 1970 a 2005 e o próximo trata da abordagem tradicional de educação para a saúde e propõe, por meio da educação permanente, uma nova estratégia de formação para a transformação das práticas de saúde.

A educação permanente em saúde na América Latina e no Brasil

A discussão sobre a mudança na estratégia de formação dos profissionais de saúde iniciou-se na América Latina anteriormente à implantação da Política de Educação Permanente no Brasil. A partir da década de 70, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), percebendo a formação inadequada das equipes de saúde frente à realidade dos serviços, introduziu o debate para a construção de um novo modelo pedagógico para a mudança das práticas de saúde.

A partir da constatação de que o planejamento das ações em saúde tinha íntima relação com o planejamento dos recursos humanos disponíveis, a OPAS iniciou pesquisas nos países latino-americanos com o intuito de desenvolver alternativas efetivas na formação dos profissionais de saúde.

A primeira referência ao planejamento de recursos humanos na saúde apareceu em 1958, numa publicação científica da OPAS nº 40 – Resúmen de los Informes Cuadrienes sobre las Condiciones Sanitarias en las Américas⁴. A 1ª Conferência Panamericana sobre Planejamento de Recursos Humanos em Saúde no Canadá em 1973⁴ também apontava a necessidade de readequação na forma-

ção dos profissionais de saúde, porque esta se dava de maneira desarticulada da realidade do serviço, estruturada por uma prática individualista e à parte de todas as discussões dos problemas sociais. Esta conferência tinha como objetivo cumprir um plano decenal de saúde para a América Latina.

Os países da América Latina reconheciam como objetivo principal de sua política em saúde a necessidade de estender a cobertura dos serviços de saúde ao conjunto da população⁵. E o setor da formação dos profissionais de saúde historicamente não vinha respondendo a estas necessidades de profissionalização para o setor, em função da inadequação curricular frente à realidade dos serviços, principalmente na atenção primária. A articulação para a criação de uma política de recursos humanos com vistas à reforma sanitária, priorizando a formação voltada para a cobertura das ações e serviços na atenção básica, ganhou sustentação teórica a partir da discussão do descompasso da formação com a realidade na saúde.

A proposta de educação permanente foi disseminada pela América Latina como estratégia para alcançar o desenvolvimento da relação entre o trabalho e a educação. Este conceito admite que o conhecimento se origina na identificação das necessidades e na busca de solução para os problemas encontrados. Todo o conhecimento nesta experiência é válido e reconhecido, independente de sua origem ou do modo como foi adquirido. A atividade do trabalhador pode ser o ponto de partida de seu saber real, determinando, desta maneira, sua aprendizagem subsequente.

A educação permanente, segundo documentos da UNESCO, citados pela OPAS⁶, pode ser concebida como uma contínua aprendizagem cuja duração se confunde com a vida acadêmica e profissional. É uma relação envolvente em todas as formas, as expressões e os momentos do ato educativo. A concepção de educação permanente apresenta os seguintes objetivos dentro de uma organização: estar presente em todos os momentos da carreira profissional; projetar-se para além da sala de aula; embasar suas ações não apenas no sistema escolar, mas também nas necessidades da população; e reconhecer a possibilidade da participação de vários sujeitos sociais no processo educativo.

As instituições de ensino, da maneira como foram organizadas, desarticuladas da rede de atenção, privavam o poder educativo de outros cenários, sobretudo o serviço. Considerando que todas as instituições têm um efeito educativo secundário

que se agrega à formação inicial do profissional, era imprescindível a articulação ensino-serviço, pois o saber posterior à formação escolar do trabalhador da saúde se aprende única e validamente pelo trabalho. A proposta foi construída como instrumento para transformar o profissional de saúde em um profundo conhecedor da sua realidade local. Por isso, foi necessário situar a formação dentro de um marco de regionalização, com programas adaptados para os profissionais e equipes de saúde em cada nível local do sistema de saúde.

Os países seguiram as propostas da educação permanente com resultados muito variados⁴. Enfrentaram alguns problemas comuns a todos, tais como: decisões sobre recursos humanos descontextualizados do planejamento da atenção em saúde, enfoque de trabalho fragmentado por profissões, dissociação entre planejamento e educação em saúde, ausência de definição de políticas de saúde e de estimativa dos aspectos socioculturais, e organização deficiente do setor saúde em muitos países da América Latina. A indecisão política do setor saúde, em geral, era a causa da ausência de políticas de recursos humanos para a saúde nestes países.

A educação permanente na América Latina se desenvolveu sem um claro envolvimento com os objetivos de extensão de cobertura dos serviços de saúde. Por isso foi proposta a formação, nestes países, de grupos multidisciplinares de trabalho inseridos na gestão federal e com capacidade de coordenar ações descentralizadas de formação. As ações seriam centradas na lógica da educação permanente como proposta metodológica, orientadas principalmente para atenção primária⁶.

No Brasil, antes mesmo da educação permanente, inicialmente discutida como educação continuada, ser ponto de pauta de conferências de recursos humanos, as Conferências Nacionais de Saúde já apontavam a inadequação da formação dos trabalhadores da saúde frente à realidade encontrada nos serviços de saúde brasileiros^{7,8}.

Em 1977, na VI Conferência Nacional de Saúde, a educação continuada apareceu de forma explícita pela primeira vez, referindo-se à necessidade que a carreira de sanitarista tem em incorporar novos conhecimentos à sua formação inicial. Na VII Conferência em 1980, a educação continuada veio relacionada a projetos de extensão de cobertura, ressaltando propostas que visavam à implantação de programas de integração docente-assistencial. As Conferências Nacionais de Saúde de 1986 e 1992

reconheceram a importância da área de formação de recursos humanos no interior das políticas de saúde e convocaram conferências específicas para a discussão do tema⁹. A VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 apontou que o novo Sistema Nacional de Saúde deveria reger-se pelos princípios relacionados com a política de recursos humanos de capacitação e reciclagem permanentes e formação dos profissionais de saúde integrados ao Sistema de Saúde.

No Brasil, em 1986, a I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde teve como tema a política de recursos humanos rumo à reforma sanitária. De acordo com o relatório final, foram abordados os seguintes temas: a necessidade de articulação mais estreita entre as instituições que prestam serviços e aquelas que formam o pessoal de saúde; a necessidade de participação de representantes da classe trabalhadora organizada em discussões sobre a formação de recursos humanos na perspectiva do trabalhador de saúde; a inadequação da formação de mão-de-obra em saúde em relação às necessidades de saúde da população brasileira e às necessidades dos serviços; e proposição do processo de educação continuada em serviço. Foi constatado que o saber da área estava fragmentado em campos profissionais, fazendo com que cada profissional dominasse apenas uma parcela do conhecimento necessário à atenção em saúde. Além desta divisão técnica, ocorria divisão social do trabalho manifesta pela repartição das tarefas em diferentes níveis de complexidade, o que determinava uma hierarquização dos profissionais da área⁹.

No relatório final da I Conferência de Recursos Humanos foi discutido, como componente para o trabalhador de saúde, especialmente em nível da gestão, o desenvolvimento do caráter pedagógico-reflexivo. É viabilizado por meio de um processo contínuo de ensino-aprendizagem, propondo que o processo educativo deveria começar e terminar na sociedade⁹. O documento recomendou a atualização dos profissionais por meio da educação continuada, visando à introdução de novas técnicas que garantissem a melhoria da qualidade no desempenho profissional e que propiciassem a integração interprofissional e o trabalho coletivo.

“A II Conferência de Recursos Humanos em 1993, em seu capítulo sobre as políticas de gestão de recursos humanos, propôs, dentre outras, a criação de estruturas de desenvolvimento de recursos humanos nas secretarias estaduais e municipais de saúde e a criação e a sistematização de programas

de educação continuada de forma descentralizada e institucional”⁸. Esta conferência, constatando a ausência de uma política de recursos humanos para o SUS, fez um alerta para as conseqüências desastrosas desse fato para a implementação do Sistema Único de Saúde.

A mesma conferência indicou a necessidade da regulamentação imediata do art. 200, inciso III e IV, da CF/88 reafirmado pelo art. 6, incisos III e X, da Lei Orgânica da Saúde de 1990 (Lei 8080/90), que define o SUS como o responsável pela ordenação da formação de recursos humanos em saúde. O art. 15, inciso IX da Lei 8080/90 determina também que “é atribuição comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios a participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde”.

A Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde de 1996 (NOB/RH-SUS) trouxe o seu conceito de educação permanente: constitui-se no processo de permanente aquisição de informações pelo trabalhador, de todo e qualquer conhecimento, por meio da escolarização formal ou não formal, de vivências, de experiências laborais e emocionais, no âmbito institucional ou fora dele. Compreende a formação profissional, a qualificação, a requalificação, a especialização, o aperfeiçoamento e a atualização. Tem o objetivo de melhorar e ampliar a capacidade laboral do trabalhador, em função de suas necessidades individuais, da equipe de trabalho e da instituição em que trabalha¹⁰.

A NOB/RH-SUS também normatizou as atribuições e responsabilidades dos gestores. Em relação à gestão da formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS, atribuiu às três esferas de governo, a função de elaborar anualmente e implementar, junto aos estados e/ou municípios, um Programa Institucional Nacional de Educação Permanente para os trabalhadores, gestores e conselheiros de saúde baseado nos princípios e diretrizes constantes na NOB/RH. Aos gestores estaduais e municipais coube acompanhar as atividades de formação e capacitação promovidas pelo gestor federal e estadual, tais como a realização de cursos, a formação pedagógica de instrutores e o desenvolvimento das escolas técnicas de saúde.

Na X Conferência Nacional de Saúde, em 1996, foi novamente solicitada a regulamentação do artigo 200 da Constituição Federal, como também a apresentação, pelo Ministério da Saúde, de um

Plano de Ordenamento da Capacitação, Formação, Educação Continuada e Reciclagem dos Recursos Humanos em Saúde. Para a implantação deste Plano foram imputados princípios balizadores, entre eles a criação de Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino como já previstas no artigo 14 da Lei Orgânica da Saúde de 1990.

Em 2000, a XI Conferência trouxe mais uma alternativa de integração para a gestão dos recursos humanos na saúde: a formação em saúde-gestão setorial-controle social no SUS expressa como mesas regionais e estaduais de discussão que seriam coordenadas pelos conselhos regionais e os conselhos estaduais de saúde. Houve um esforço de comprometer a universidade com a construção e a consolidação do SUS e com a configuração de novos papéis profissionais, mais adequados às exigências sociais de qualidade da atenção em saúde. Para reafirmar a educação permanente em saúde, os participantes da XI Conferência Nacional de Saúde ressaltaram a necessidade dos governos federal, estaduais e municipais assumirem sua parcela de responsabilidade com a formação e o desenvolvimento de trabalhadores em saúde, por meio do financiamento para a qualificação de pessoal no custeio do SUS.

Até 2003, as diretrizes apontadas em todas as conferências nacionais de saúde e as conferências temáticas de recursos humanos para a saúde não haviam entrado na agenda política como prioridade na organização dos serviços no SUS. Resumiam-se a questões discutidas em espaços privilegiados, sem comprometimento com a indução de uma política de gestão para o setor.

O Ministério da Saúde, ao criar a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde em 2003, toma para si o compromisso de mudar e ordenar a lógica da formação dos profissionais de saúde. A mudança inclui levar até o serviço e às demais instâncias comprometidas com a saúde, a prática pedagógica a partir do cotidiano do trabalho. Este ordenamento constitucional ainda não havia sido previsto como política pública na saúde.

Para a criação de uma política pública que cuidasse de reestruturar o modelo de formação com vistas ao fortalecimento do SUS, foi preciso pensar numa estratégia para estruturar e dar sustentação ao conjunto de transformações necessárias para as mudanças a partir da criação desta política pública de saúde. A estratégia escolhida foi a educação permanente, pois esta proposta acredita no poten-

cial educativo da reflexão coletiva das práticas de saúde.

A construção desta política passou por várias instâncias de negociação e deliberação na saúde. A proposta pactuada na Comissão Intergestores Tripartite e, em novembro de 2003, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), por meio da resolução nº 335, aprovam a “Política Nacional para Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente”. Em dezembro de 2003, este documento também foi legitimado na 12ª Conferência Nacional de Saúde¹¹. Este processo avançou até a publicação da Portaria que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - Portaria 198/GM/MS - em 13 de fevereiro de 2004¹¹.

A estratégia da educação permanente para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores da área de saúde atingiu a categoria de política para o que antes era denominado de programa de formação de recursos humanos para a saúde². Apesar da idéia de formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde ter sido prioridade para os diversos níveis de gestão do sistema de saúde no Brasil, esta ação ocorria, na maioria dos processos formativos, somente em nível de atualização técnica e científica. Tal atualização era basicamente fundamentada no tecnicismo biológico, o que gerou profissionais distantes das necessidades de saúde da população. Para transformar esta situação, a gestão da formação e do desenvolvimento dos trabalhadores da saúde deveria se aproximar do ambiente de trabalho destes profissionais. Além disso, deveria ser realizada coletivamente com os atores que participam ativamente das ações de gestão, atenção e participação social na saúde.

A educação permanente em saúde como estratégia para a mudança das práticas de saúde

O modelo pedagógico hegemônico de educação para a formação dos profissionais de saúde é denominado modelo tradicional ou bancário. É centrado na relação isolada professor-aluno, sem a interação social com o ambiente. A unidade de relação pedagógica é o indivíduo, não estimula, portanto, a estrutura da equipe de trabalho. A relação se dá de maneira descendente, na qual o professor detém todo o conhecimento. Cabe a ele transmiti-lo, de forma que o aluno receba a informação e que esta seja repetida sistematicamente em sua vida profissional. O importante é que saiba reproduzir, não importa qual a relação do aluno com o conhecimento, se houve aprendizado, transformação ou crescimento¹².

Em tal modelo, o conhecimento é fragmentado, tecnicista e isolado da realidade dos alunos porque é padronizado. O processo de aprendizagem é dividido em tarefas isoladas e específicas que, na prática, são técnicas e procedimentos repetidos a fim de adquirir destreza e manejo. Os alunos não têm espaço para indagações, constatações, críticas e construções personalizadas do seu processo de aprendizagem. Neste modelo, não há comprometimento do sistema educacional com a transformação efetiva da sociedade, e sim, reprodução do *status quo*, representando um processo de aprendizagem adaptativo e alienante. Tal pedagogia contribui melhor para o alcance da eficiência técnica em tarefas mecânicas específicas do que com a transformação do processo de trabalho¹³.

A formação dos profissionais de saúde fica distanciada da realidade local de sua atuação. O profissional não aprende a exercitar a capacidade de escuta com o usuário. Esta dicotomia entre a formação e a prática tem sido um dos motivos da busca de modelos alternativos de formação para a saúde, no intuito de que a educação acadêmica tradicional incorpore as práticas do sistema de saúde, bem como características, especificidades e saberes das comunidades.

A mudança da lógica de formação para a saúde é resultante da seguinte constatação: para que as ações e serviços de saúde sejam mais efetivos em relação às necessidades de saúde da população, é preciso que haja aproximação entre os atores sociais envolvidos com a saúde (formação, gestão, atenção e controle social) e construção coletiva das diretrizes para a formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde. Para desenvolver efetivamente estas estratégias o enfoque escolhido é a educação permanente. Nela, o trabalho é o eixo fundamental da aprendizagem profissional - os problemas comuns do processo de trabalho são essenciais no desenvolvimento de experiências de aprendizagem coletiva.

A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa. Ao aproximar o mundo do trabalho do mundo da educação, o ambiente de aprendizagem é o próprio espaço dos serviços de saúde e da gestão do SUS. Esta aproximação faz com que o aprendizado seja baseado na reflexão das práticas cotidianas. Por isso tem sentido, é útil e mais próximo da realidade para o profissional.

A proposta de educação permanente em saúde afirma¹ que esta aproximação da educação e do serviço deve ser articulada também com diversos

atores sociais que estão no cotidiano dos processos de construção do SUS. A novidade da Política Nacional de Educação Permanente para os trabalhadores da saúde é, portanto, que a construção do saber é coletiva e faz sentido para um grupo social. Os atores sociais são desafiados para assumirem uma postura de mudança de suas práticas em ação na rede de serviços por meio da reflexão crítica e do trabalho em equipe.

Para o desenvolvimento desta forma de construção do conhecimento, a educação permanente utiliza-se, para a sua estruturação, de metodologias ativas de aprendizagem. Surge como resposta inovadora o enfoque problematizador, que busca a articulação entre a teoria e prática, a participação ativa do aluno e a problematização da realidade. Fundamenta-se no diálogo entre o educando e o educador, num aprender mútuo, por meio de um processo emancipatório. A construção do saber é coletiva, crítica e inserida no contexto social.

A integralidade da atenção à saúde é um eixo norteador da proposta de educação permanente em saúde porque direciona o trabalho em saúde para um trabalho transdisciplinar e multiprofissional. A transdisciplinaridade envolve as relações de um sistema total sem limites rígidos entre as disciplinas. É um processo que se desenvolve entre, através e além de todas as disciplinas¹⁴. O trabalho em equipe multidisciplinar é o diálogo entre profissionais de várias áreas da saúde para a solução de um problema. A integralidade envolve a compreensão dos problemas de saúde em suas várias dimensões. Assim, as práticas de saúde na rede de atenção e na gestão são entendidas e praticadas dentro da realidade socioeconômica do usuário. A integralidade da atenção traz a possibilidade de formulação de políticas de formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS, coerentes com a acolhida e a responsabilidade do conjunto integrado do sistema. Envolve relação de cuidado e comprometimento com o processo e as pessoas.

Como as necessidades de desenvolvimento profissional e formação são variadas, a capacidade pedagógica deve ser uma prática rotineira em toda a rede de saúde, tornando-a uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho. O SUS, então, torna-se uma rede-escola integrada pela gestão social participativa. “A prática educativa deve ser construída de maneira articulada com as medidas para a reorganização do sistema”¹. A produção e a disseminação do conhecimento nos locais de serviço são estratégias mobilizadoras de recursos para a transformação por meio da troca de saberes, das

práticas de saúde, seja na atenção, gestão, controle social ou formação no SUS.

Para que a educação permanente possa efetivamente acontecer, o trabalho dentro das instituições não deve partir de um organograma de funções hierárquicas na organização e produção dos serviços. A proposta é uma rede comunicante na qual todos os atores sejam protagonistas e a produção do trabalho seja coletiva. “A construção conceitual e prática do trabalho em equipe decorre do esforço de mudar o trabalho técnico verticalmente hierarquizado para um trabalho com interação social entre os trabalhadores com possibilidades à autonomia e à criatividade no fazer coletivo”¹⁵.

A efetividade da educação permanente em saúde como política para o SUS depende da interlocução das instituições de saúde e de educação, e da capacidade destes entes desenvolverem ações descentralizadoras por toda a rede de serviços. A descentralização da gestão do processo de formação e desenvolvimento dos profissionais para uma base local vem atender a idéia de dar autonomia para os municípios e/ou regiões, visando atender às necessidades locais de formação. É possível desta maneira, conhecer problemas locais e desenvolver a capacidade de reflexão de suas ações, dando capacidade de escuta aos outros atores locais, favorecendo a resposta destes na relação cotidiana com o trabalho dos profissionais na rede de serviços.

A reflexão crítica e coletiva dos processos de trabalho na atenção, na gestão e no controle social para a construção de novos saberes, tem a dinâmica da roda como dispositivo para a discussão colegiada em rede³. Este espaço para a Política de Educação Permanente em Saúde é denominado Pólo de Educação Permanente em Saúde. É uma estratégia para a aproximação dos diversos atores que devem ser também autores das políticas locais de formação e desenvolvimento para o SUS. Promove a educação em saúde, principalmente a construção coletiva das políticas locais de formação e produção de conhecimento para a gestão social das políticas públicas de saúde, fortalecendo a participação popular com poder deliberativo.

“Os Pólos de Educação Permanente são instâncias de articulação interinstitucional para o estabelecimento do diálogo e da negociação entre os atores das ações e serviços do SUS e das instituições formadoras. É o locus para a identificação das necessidades e para a construção de estratégias e de políticas no campo da formação e desenvolvimento, na perspectiva de ampliação da qualidade

da gestão, da qualidade e do aperfeiçoamento da atenção integral à saúde, do domínio popularizado do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do controle social no SUS¹.

CONCLUSÃO

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) difundiu a proposta da educação permanente do pessoal da saúde para alcançar o desenvolvimento dos sistemas de saúde na América Latina, com o reconhecimento de que os serviços de saúde são espaços complexos em que a aprendizagem significativa seria capaz de fazer a adesão dos trabalhadores aos processos de mudança no cotidiano^{15, 16}. A proposta da OPAS para a educação permanente em saúde é utilizá-la como uma ferramenta importante para a transformação das práticas.

Nos seus trabalhos, a OPAS, ao falar da educação permanente para o pessoal da saúde, sustenta sua proposta na aprendizagem significativa. Esta estratégia, no Brasil, colocada em prática como política de educação e desenvolvimento para o SUS, se expande além do cenário ensino-serviço para incluir no ensino a realidade dinâmica das ações e dos serviços de saúde com a participação social e com a aproximação e inserção na gestão do sistema. Isto justifica a participação dos atores sociais nas políticas intersetoriais. Estes atores se transformam em autores das políticas em nível local. Por isso, esta política envolve não somente o desenvolvimento de profissionais de saúde que já estão trabalhando no SUS. Envolve também estudantes, docentes, gestores e a população representada pelos diversos movimentos sociais ligados à saúde¹⁵.

Na estratégia da educação permanente em saúde o desafio é a transformação do caráter puramente pedagógico no aspecto educacional deste dispositivo como ferramenta, para colocá-la como centro de uma proposta de mudanças de práticas cotidianas de trabalho no próprio espaço de trabalho. O trabalho é um espaço de aprendizagem, através da reflexão coletiva com potencial para reorientar a organização dos serviços de saúde. Ao se trabalhar com uma concepção crítica de educação em saúde como política de saúde, construindo o processo de aprendizagem com base em problemas reais das práticas, o controle sobre o processo é pequeno e a insegurança é grande. Este é um desafio porque é uma experiência que desestrutura o pensamento hegemônico, que está fortemente arraigado na saúde¹⁷.

Uma política para a gestão da educação na saúde tem o peso de induzir a construção da mudança institucional. As mudanças pontuais e que preservam as estruturas de poder podem ser construídas de maneira isolada e vertical. As mudanças que implicam reorganização e mudanças de papéis exigem processos mais coletivos, em que os atores sociais tenham uma participação mais ativa, pensando criticamente sobre suas práticas, ampliando a mobilização a favor das transformações, tanto na educação, como na saúde.

Para o convite à mudança é necessário, porém, provocar incômodo, criando momentos em que ao atores consigam refletir sobre suas limitações, insuficiências e problemas com seu trabalho cotidiano. No entanto, não basta somente o desconforto, é preciso também dar elementos para a construção de alternativas. A mudança deve propiciar espaços mais democráticos e coletivos de discussão e de construção, buscando coerência entre a metodologia da construção da mudança e o próprio conteúdo da proposta^{16, 17}.

A Política de Educação Permanente em Saúde propõe a produção de novos conceitos construídos coletivamente, que impõem perguntas sem respostas. Por isso, é fundamental adotar uma perspectiva crítica, estar aberto a rever e problematizar constantemente a realidade para avançar no processo. Deve-se, contudo, garantir condições de governabilidade para que o processo de mudança continue a existir. Para assegurar a possibilidade de avançar no processo é necessário criar um cenário com todos os espaços mobilizados para a mudança.

A educação permanente em saúde tem como proposta propiciar às pessoas que articulam a mudança um conhecimento mais profundo sobre os processos, oportunidades de trocar experiências, de discutir e de construir coletivamente. A estratégia oportuniza um ambiente mais favorável, mas a mudança concreta se constrói em cada espaço envolvido com a saúde. A potência da proposta está em construir políticas locais e processos de mudança em espaços concretos e propícios para a transformação. O problema está detectado, a estratégia de mudança é coerente com o contexto, o que se busca é colocar em prática a política para construir cenários compatíveis para a mudança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento

- de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde - Pólos de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b
2. Ceccim, R.B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Rev. Mineira de Saúde Pública.*, a.3, n.5, p.4-15.,2005b.
 3. Ceccim, R.B.; Feuerwerker, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Rev de Saúde Coletiva*, v. 14, n.1, p.41-65. 2004.
 4. Vidal, C. El desarrollo de recursos humanos en las Americas. *Educación Médica y Salud*, v.18, n.1, p.9-33, 1984.
 5. Lloréns, J. A. Educación Permanente en salud. Posibilidades y limitaciones. *Revista Educación médica y salud*, v.20, n.4, 1986.
 6. Vidal, C. A.; Giraldo, L. E.; Jouval, H. La educación permanente en salud en America Latina. *Educación Médica y Salud*, v.20, n.4, p.495-512, 1986.
 7. Ceccim, R. B.; Armani, T. B.; Rocha, C. F. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, n. 2, Rio de Janeiro, 2002.
 8. Ribeiro, E. C. O; Motta, J. I. J. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, Londrina, n. 12, p. 39-44, jul.1996.
 9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Geral. Secretaria de Recursos Humanos. Relatório final da I Conferência Nacional de Recursos Humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.
 10. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS). 3ª ed rev., atual., Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.
 11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 198/2004, 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 desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Disponível em www.saude.gov.br/sgtes, Brasília, Ministério da Saúde, 2004 a.
 12. Davini, Maria Cristina. Do processo de aprender ao de ensinar. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Oficina Reflexão pedagógica para instrutores e facilitadores do curso básico de manejo clínico do HIV/aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
 13. Davini, Maria Cristina. Modelos y opciones pedagógicas para la formacion del personal de las instituciones de salud. Bases metodologicas para la educacion permanente del personal de salud. Publicación nº 19 Organizacion Panamericana de la Salud, 1989. Organização Mundial de la Salud, 1989. p. 07-13
 14. Chaves, M.M. Complexidade e Transdisciplinaridade: Uma abordagem multidimensional do Setor Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v.22, (4):07-18, jan./ abr.,1998.
 15. Ceccim, R. B. Onde se lê Recursos Humanos de Saúde, leia-se Coletivos Organizados de Produção da Saúde: desafios para a educação. In Pinheiro, R. e Matos, RA. *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro, IMS/Uerj: Cepesc: Abrasco, p. 161-180. 2005c.
 16. Ceccim, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005a.
 17. Feuerwerker, L.M. Reflexões sobre as experiências de mudança na formação dos profissionais de saúde. *Revista Olho Mágico*, Londrina, v. 10, n. 3. p 21-36, jun/set 2003.

Artigo apresentado como trabalho de conclusão do XVI Curso de Especialização em Saúde Coletiva - Educação em Saúde. Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Distrito Federal. Brasil