



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação  
em Saúde Coletiva

Brasil

de Macedo Cardoso, Maria Lúcia; Pol Costa, Patricia; Martins Costa, Delaine; Xavier,  
Caco; Pinheiro Souza, Rosa Maria

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública:  
reflexões a partir da prática

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 22, núm. 5, mayo, 2017, pp. 1489-1500  
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63050935010>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

## A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática

### The National Permanent Health Education Policy in Public Health Schools: reflections from practice

Maria Lúcia de Macedo Cardoso <sup>1</sup>

Patricia Pol Costa <sup>1</sup>

Delaine Martins Costa <sup>1</sup>

Caco Xavier <sup>1</sup>

Rosa Maria Pinheiro Souza <sup>1</sup>

**Abstract** This study aimed to analyze aspects of the implementation of the National Permanent Health Education Policy of the Brazilian Ministry of Health, based on the experiences of Public Health Schools. Five workshops were held in schools located in different regions of the country, taking into account an analysis of the conceptual and organizational basis of the policy. The methodological premises hinged on a reflexivist approach based on a dialogue between the research team and school participants, which built on the identification and meaning of the experiences of these institution in permanent health education (PHE). This study shows that the principles and values of the PHE were adequate in these schools and employed as pedagogical practice, not only in clearly educational situations, as formative processes, but also in the very institutional development management and actions, as well as in their political action. The important role of these schools as co-fosterers of PHE in the country and their capacity of mobilizing different social agents should be emphasized.

**Key words** Permanent health education, School, Public policies

**Resumo** O estudo teve como objetivo analisar aspectos da implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, do Ministério da Saúde, tendo como referência as experiências das Escolas de Saúde Pública. A partir de uma análise das bases conceituais e organizacionais da política, foram realizadas cinco oficinas em escolas situadas em diferentes regiões do país. Os pressupostos metodológicos se orientaram por uma abordagem reflexiva, pautada no diálogo entre a equipe de pesquisa e os participantes das escolas, que partiu da identificação e dos significados das experiências em educação permanente em saúde (EPS), vivenciadas nessas instituições. O estudo aponta que os princípios e valores da EPS foram apropriados nessas escolas e se encontram presentes como prática pedagógica não apenas em instâncias evidentemente educativas, como processos formativos, mas na própria gestão e ações de desenvolvimento institucional, bem como na sua atuação política. Ressalta-se o importante papel desempenhado por essas escolas como coindutoras da política de Educação Permanente em Saúde no país e sua capacidade de mobilização de diferentes agentes sociais.

**Palavras-chave** Educação permanente em saúde, Escola, Políticas públicas

<sup>1</sup> Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, R. Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos, 21041-210 Rio de Janeiro RJ Brasil.  
mlucia.cardoso@fiocruz.br

## Introdução

A expansão das redes de serviços e ações de saúde impulsionada pela implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, reorientou ações e estratégias relativas à gestão do trabalho e à formação dos trabalhadores, gerando diversas experiências inovadoras nos campos da gestão, do cuidado e da formação<sup>1</sup>.

A revisão das conferências e normas operacionais a partir do final da década de 1970, quando teve início o movimento pela Reforma Sanitária, já apontava para a necessidade de uma política pública específica para a Educação na Saúde que repensasse as propostas tidas como tradicionais e desalinhadas às necessidades dos serviços<sup>2</sup>. Nessa trajetória, o Ministério da Saúde (MS) cria, em 2003, a Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), chamando para si a responsabilidade institucional da construção e implementação da inédita Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor<sup>3</sup>.

Foram editadas duas Portarias: a GM Nº198/2004<sup>4</sup> e a GM Nº 1.996/2007<sup>5</sup>. Ambas propõem que os processos de qualificação dos trabalhadores tomem como referência as necessidades e a realidade local de saúde, que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e a própria organização do trabalho e que sejam, sobretudo, estruturadas a partir da problematização dos processos de trabalho de saúde. Valorizam o papel da equipe multidisciplinar e o caráter social da ação educativa realizada nos processos de trabalho coletivo, sem negar a importância da formação técnica específica<sup>2</sup>. A principal diferença entre as duas Portarias está nas diretrizes e nos dispositivos para a sua implementação nos estados.

Nesse movimento, também foi ampliado o número de instituições de ensino de saúde pública nos três níveis de gestão: estadual, municipal e federal. Essas instituições têm em comum a missão de formar quadros para o sistema público de saúde<sup>6</sup>. O seu funcionamento pauta-se, principalmente, por demandas que se impõem pelas políticas públicas de saúde, incorporando em suas agendas cursos e projetos formulados a partir de convênios ou editais, sobretudo pelo MS. No seu cotidiano, desempenham papéis funcionais dentro das estruturas às quais se filiam, mas, pela natureza de sua missão, estão abertas a uma convivência dialógica, favorecida pela própria dinâmica do SUS<sup>7</sup>.

Tais instituições constituem-se em ambientes de valores, vivências, ideias e práticas próprias. Laboratório de incorporações tecnológicas, a Escola é lugar de apreensão e síntese, estabelecimento de relações, de mediações e de tradução. Se, por um lado, a Escola pode ser apresentada como uma instituição social dialética, por outro, se apresenta como uma organização complexa institucionalizada, que se move entre diferentes planos e dimensões<sup>8</sup>.

Atenta às mudanças em curso, no âmbito das configurações da PNEPS, em 2008, pesquisadores da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), apresentaram ao MS proposta de estudo sobre os desafios enfrentados nas Escolas em suas dimensões técnico-pedagógicas, administrativas e de comunicação. Realizado em 17 estados, o resultado fortaleceu a organização das escolas em rede<sup>9</sup>. Criou-se, assim, a Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública (RedEscola) – cuja Secretaria Executiva está sediada na Ensp/Fiocruz –, hoje formada por 50 instituições de ensino de saúde pública distribuídas em todo território nacional.

Considerando as Escolas como lócus privilegiado para a formação dos trabalhadores do SUS, a RedEscola tem se voltado para a reflexão sobre o papel e a posição dessas instituições na configuração da PNEPS, tanto em suas bases conceituais como nos dispositivos organizacionais relacionados ao MS. Diferentes ações e estudos têm subsidiado essa reflexão, e com esta intenção surgiu o projeto de pesquisa ao qual se refere o presente artigo<sup>10</sup>.

## Metodologia

Entre 2014 e 2016 foram realizadas cinco oficinas de pesquisa em Escolas de Saúde Pública. Além do critério regional, também foram determinantes para a seleção das Escolas a participação na discussão em EPS no âmbito da RedEscola e a atuação nos Polos de Educação Permanente ou nas Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES).

Foram escolhidas as seguintes escolas: Escola de Saúde Pública do Paraná, Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, Escola de Saúde Pública de Goiás, Escola Tocantinense do SUS e Escola de Saúde Pública de Pernambuco. Destaca-se que os convites contemplaram a participação de instituições locais parceiras, o que agregou à pesquisa a Escola de Saúde Pública do Município de Aparecida de Goiânia, a Escola de Saúde Pública do

Município de Goiânia, a Escola de Saúde Pública do Município de Palmas e o Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz-PE. Desta forma, nove instituições de ensino participaram da pesquisa.

Considerando o contexto de construção da PNEPS, optou-se por um estudo exploratório, baseado em epistemologia reflexivista e que compartilha de pressupostos comuns àqueles expressos na política. Parte-se do princípio de que o conhecimento é um processo criativo diretamente relacionado à improvisação, cuja prática refere-se à coordenação de percepções e ações, como explicita Ingold<sup>11</sup>.

As oficinas foram concebidas como espaços conversacionais nos quais “os grupos de discussão são realizados como um dispositivo dialógico para produção de conhecimentos sobre o tema investigado”<sup>12</sup>. Esse recurso, oriundo da pesquisa qualitativa, especialmente de abordagens do campo do construcionismo social<sup>13,14</sup> e da facilitação sistêmica de processos coletivos<sup>15</sup>, permitiu promover entre os trabalhadores das escolas um momento de reflexão colaborativo de construção de conhecimento.

Optou-se por essa metodologia, em que a reflexão é desenvolvida conjuntamente, partindo da premissa de que os significados são construídos na interação e que a intencionalidade das ações produzidas nos processos sociais constituem um aspecto central<sup>13</sup>. A escolha pelo grupo de discussão apoiou-se na valorização da interação entre os participantes da pesquisa e na visibilidade para o processo relacional de produção de conhecimento<sup>13</sup>.

Como o foco do estudo não eram visões particulares de determinados agentes sociais, mas sim a compreensão de como o conjunto de trabalhadores de cada Escola vivenciava a EPS, decidiu-se trabalhar o grupo como um recurso de pesquisa, considerando que contextos interativos específicos oferecem oportunidades para reflexões coletivas. A ênfase foi dada, portanto, ao caráter situado do conhecimento construído coletivamente<sup>16</sup>.

A metodologia buscou produzir um momento de reflexão conjunta em que os trabalhadores das Escolas pudessem trazer suas concepções e experiências. Em vez de partir de uma hipótese de pesquisa a ser comprovada ou refutada, o objetivo era provocar uma reflexão sobre a implementação da EPS a partir das experiências identificadas, de acordo com os contextos narrados.

Evitou-se partir de conceito definido por normatива para avaliar em que medida a política estava sendo implementada. Igualmente, não se

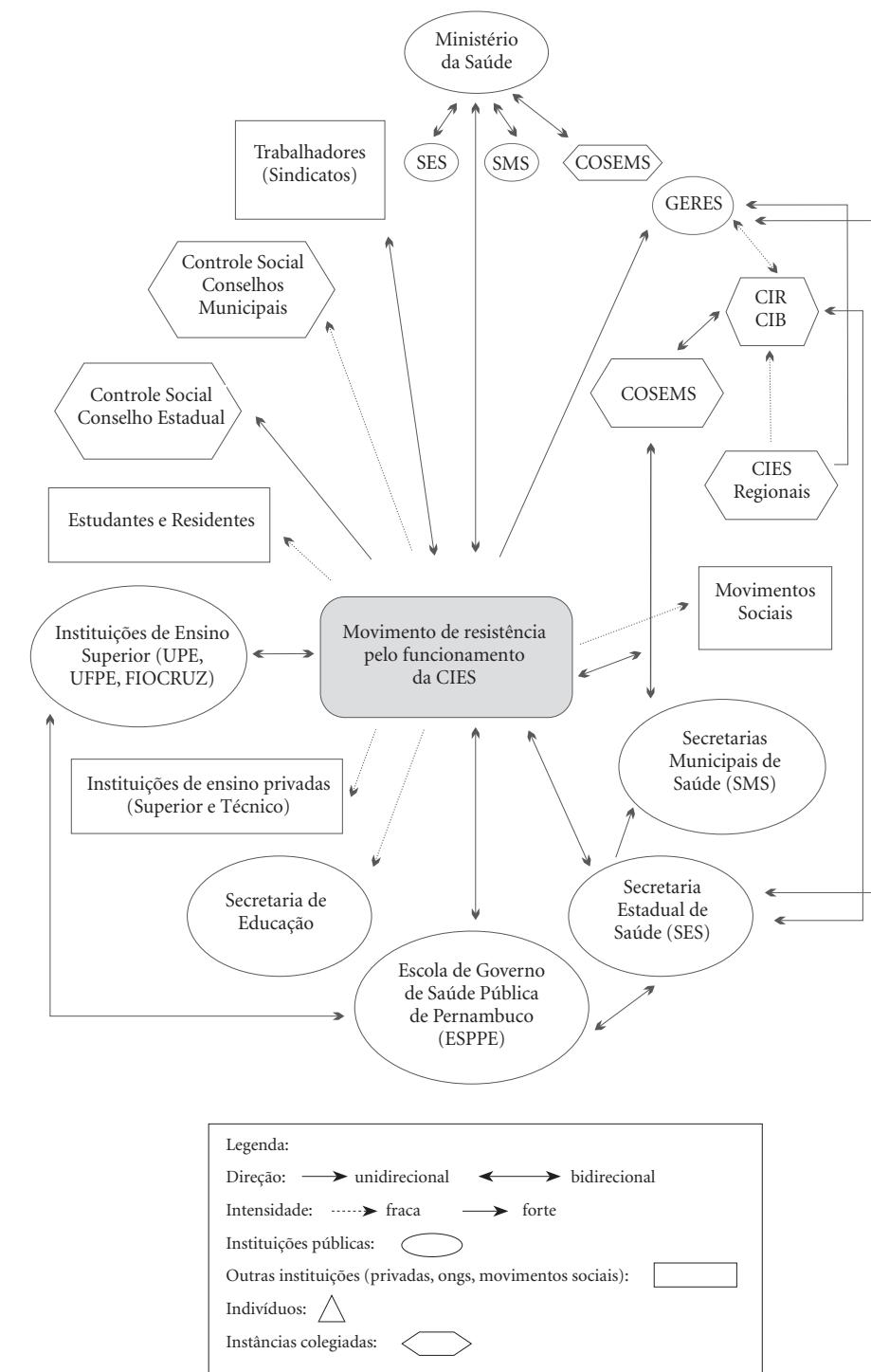
desejava reproduzir uma postura pesquisadores x pesquisados, dado um conjunto de aspectos: *i*) o reconhecimento da expertise dos próprios trabalhadores das Escolas que integraram as Oficinas, uma vez que implementam a política e que essa insere-se em processos sociais sobre os quais diferentes agentes sociais incidem; *ii*) a crença na capacidade crítica dos trabalhadores e na possibilidade dessa crítica fazer parte dos diálogos; *iii*) a premissa de que a presença dos pesquisadores afeta as relações constituídas na pesquisa e que, portanto, os pesquisadores atuam como facilitadores do diálogo; *iv*) a possibilidade de construção coletiva do conhecimento.

Concebidas a partir de uma metodologia comum, cada Oficina contou com a disponibilidade dos pesquisadores no sentido de criar um contexto conversacional que gerasse confiança entre os participantes e de adaptar, se necessário, o roteiro proposto, coordenando ações e percepções. Cada encontro teve duração de 12 horas, foi gravado – com consentimento de todos os participantes – e forneceu elementos para o processo de sistematização final. A análise dos dados foi realizada com uso do software Logos<sup>17</sup>.

As perguntas norteadoras foram formuladas na etapa inicial, quando se realizou uma revisão da literatura sobre a EPS. Na ocasião, percebemos que havia pouca produção acadêmica sobre a implementação da política e uma ênfase sobre os aspectos normativos e conceituais, o que nos deixou intrigados sobre as práticas de implementação.

A reflexão gerada por essas perguntas foi transposta para desenhos, no sentido de produzir um mapa das relações para cada experiência, segundo representações apresentadas na legenda da Figura 1. Ao longo da pesquisa, esse recurso mostrou grande potencial dialógico, tendo sido produzidos diagramas que evidenciam a complexidade das relações sociais subjacentes à EPS, incluindo-se os fluxos de recursos humanos e financeiros.

A Figura 1 é a reprodução de um diagrama elaborado na Oficina de Recife, que demonstrou a compreensão plena da proposta metodológica e permitiu, aos próprios participantes, num processo reflexivo, perceberem a complexidade das relações em que tais experiências estão envolvidas. Ademais, estávamos cientes de que o tempo da Oficina não permitiria “afogar-se em detalhes”<sup>18</sup>, mas que também não seria possível ignorá-los. Por este motivo, o uso do diagrama se mostrou pertinente, como sugerido por Becker ao examinar o uso do “pensar com desenhos” em pesquisas<sup>18</sup>.



**Figura 1.** Relações institucionais de experiência de EPS identificada na Oficina na Escola de Saúde Pública de Pernambuco.

Fonte: Pesquisa A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: análise dos fatores condicionantes à sua implementação, em diálogo com as experiências das Escolas de Saúde Pública, CNPq/ENSP/Fiocruz, 2013-2016.

## Resultados

### Base Conceitual da Educação Permanente em Saúde

A educação para o trabalho é considerada uma matriz qualificadora para a assistência à saúde da população. A expansão do sistema de saúde brasileiro, ocorrida a partir dos anos 1970, e a consequente necessidade de desenvolvimento de mão de obra para o setor, impulsionaram o surgimento de diversos programas de formação, que buscaram construir modelos político-pedagógicos comprometidos com a promoção do diálogo entre o ensino e os serviços de saúde<sup>2</sup>.

Apesar dos avanços, permanecia uma crítica ao modelo hegemônico da educação baseado em cursos pontuais que objetivavam atualizar, capacitar ou mesmo especializar uma categoria profissional específica. Ocorriam fora do ambiente de trabalho e utilizavam métodos transmissivos do conhecimento.

Nas palavras de Paulo Freire<sup>19</sup>, nos métodos pedagógicos baseados na transmissão predominam as relações dissidentadoras, em que educar torna-se um ato de depositar, classificado por ele como “educação bancária”, pois o saber seria uma espécie de doação dos que sabem (os educadores), aos que não sabem (os educandos). Nessa maneira de educar, o professor é quem tem a última palavra, restando aos alunos o papel de aceitação passiva do conteúdo que lhes é “depositado”<sup>19</sup>.

Ribeiro e Motta<sup>20</sup> explicam o impacto desse modelo de transmissão:

*Os profissionais são elevados ao paraíso do ‘como deveria ser’, tradução da verdade do conhecimento científico acumulado e atualizado, aplicável numa espécie de representação universal e única, de pacientes e serviços. Quando retornam aos serviços, entretanto, se vêem confrontados em suas realidades cotidianas com a impossibilidade da aplicação do conhecimento adquirido<sup>20</sup>.*

A EPS se fundamenta no uso de metodologiasativas de conhecimento, contrárias às transmissivas. Trata-se, mais especificamente, de uma *pedagogia problematizadora*, baseada na relação dialógico-dialética entre educador e educando, ou seja, ambos aprendem juntos<sup>21</sup>. Nessa concepção, problematizar significar “pensar a prática”, que pressupõe romper com a lógica individual para pensar em equipe.

Para Davini<sup>21</sup>, a pedagogia problematizadora permite maior integração entre os profissionais, e entre os profissionais e a comunidade, na busca

de soluções, atuando tanto na esfera profissional como na afetiva, fortalecendo os compromissos sociais e profissionais, desenvolvendo também a consciência do grupo e contribuindo para o fortalecimento das identidades profissionais.

Outro conceito importante para a EPS é a *aprendizagem significativa*, quando o conhecimento é construído levando em consideração aquele previamente adquirido pelo “aprendiz”, de forma que faça sentido em suas práticas cotidianas. O conceito também sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre a realidade vivida no cotidiano, de profissionais reais, em ação na rede de serviços de saúde<sup>3</sup>.

Ribeiro e Motta<sup>20</sup> reforçam essa visão: “Não há aprendizagem se os atores não tomam consciência do problema e se nele não se reconhecem, em sua singularidade”. Tal ação implicaria em estimular, nesses atores/trabalhadores, transformações no seu modo de agir e pensar, de forma a envolvê-los ativamente na dinâmica das instituições, num movimento de horizontalização de saberes e decisões.

A concepção de EPS, que já vinha se desenvolvendo e disseminando no Brasil a partir da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), na década de 1980, passa a ser vista como estratégica para a recomposição das práticas e das políticas de formação, atenção e gestão em consonância com princípios do SUS – Universalidade, Equidade e Integralidade – e suas diretrizes de descentralização e participação popular<sup>22</sup>. A tradução operacional tomada como referência norteadora dessa estratégia foi denominada “Quadrilátero da Educação Permanente em Saúde”<sup>23</sup>, isto é, ensino, atenção, gestão e controle social.

O eixo estruturante da EPS é a categoria *trabalho*; é nesse espaço que estão previstas as práticas realizadas tanto individual como coletivamente, pressupondo a participação ativa dos trabalhadores em seu próprio processo de aprendizagem. Essa categoria é o foco de atenção da gestão e da estruturação dos serviços, sintonizadas com as transformações do mundo do trabalho, seja na adequação às novas relações trabalhistas, seja na adaptação às crescentes exigências do sistema de saúde<sup>3</sup>.

Considerando a complexidade do sistema de saúde brasileiro, Ceccim<sup>24</sup> afirma que a EPS é necessária para a consolidação de práticas voltadas à resolutividade dos problemas de saúde das populações locais. O resultado esperado é a democratização dos espaços de trabalho, o desenvolvimento da capacidade de aprender e de ensinar, a

busca de soluções criativas para os problemas, o desenvolvimento do trabalho em equipe matricial, a melhoria da qualidade do cuidado à saúde e a humanização do atendimento.

Diferentes autores atribuem ao modelo de EPS a capacidade de provocar mudanças nos processos de trabalho. Para Sarreta<sup>25</sup>, o diferencial é a construção coletiva de novas estratégias de trabalho comprometidas com os princípios e as diretrizes do SUS e com as necessidades de cada região mediante a problematização das práticas cotidianas, visando recuperar as ações e desenvolver a autonomia e a participação. Já Rovere<sup>26</sup> assinala que a EPS pressupõe um processo democrático, pois implica começar a aprender a perguntar, ao invés de fornecer respostas prontas. Desta forma, a implementação de uma política de EPS demanda, e ao mesmo tempo conforma, organizações mais democráticas e espaços que possibilitem a reflexão. Nesta perspectiva, a PNEPS, ao adotar tais valores, busca romper com a verticalização do sistema de saúde, criando espaços de enfrentamento de problemas.

### **As experiências de EPS das Escolas de Saúde Pública**

Nas oficinas da pesquisa, solicitamos aos participantes que selecionassem experiências que identificassem como de EPS. Ao final das cinco oficinas, recolhemos um total de 25 experiências: 15 delas referiam-se a cursos, enquanto quatro tratavam de articulações políticas e seis de processos institucionais das Escolas ou Secretarias Estaduais de Saúde.

### **EPS nos Cursos**

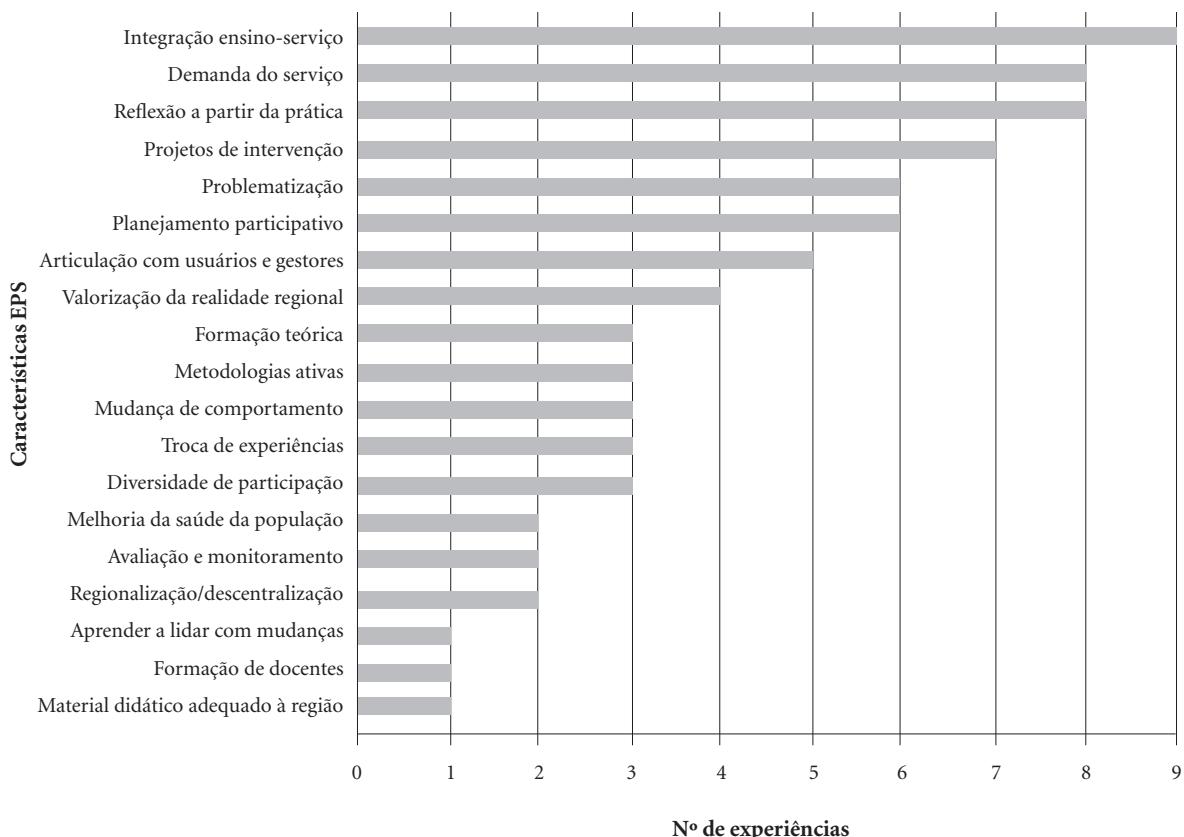
Os cursos destacados são de diversos tipos: aperfeiçoamento, formação, capacitação pedagógica, residência, especialização e mestrado. Tais cursos atendem a públicos também variados: profissionais das secretarias estaduais e municipais de saúde, Agentes Comunitários de Saúde, Agentes de Controle de Endemias, conselheiros municipais e estaduais, movimentos sociais, tutores, preceptores de residências. Quanto ao formato, há tanto cursos presenciais como de educação a distância, cursos regionalizados (como o caso de algumas residências) e ainda no formato de oficina. O gráfico representado na Figura 2 sintetiza as respostas dadas pelos participantes das oficinas quando questionados sobre os aspectos que caracterizam os cursos descritos como experiências de EPS.

Os dados coletados permitiram o agrupamento em três grandes blocos: relação com o serviço, práticas pedagógicas e regionalização.

A relação com o serviço foi destacada em todas as experiências apresentadas. Muitos cursos foram criados a partir da demanda do serviço ou de grupos específicos, como o Movimento Sem Terra, em Minas Gerais. Diversas iniciativas têm como objetivo a transformação de processos de trabalho ou, como trabalho final, a elaboração de projetos de intervenção nas unidades de saúde em que os alunos atuam, tanto como propostas coletivas quanto individuais. O trabalho é considerado eixo estruturante da EPS e a reflexão a partir da prática é destacada como um aspecto fundamental desses cursos.

A formação no trabalho, no entanto, enfrenta três grandes desafios: o desconhecimento e desvalorização da EPS por parte dos gestores; a falta de compreensão por parte de tutores e professores acerca dos princípios pedagógicos da EPS – o que dificulta inovações e, frequentemente, conduz a práticas pedagógicas transmissivas, com conteúdos pré-determinados e não adequados ao contexto local; e a precarização das relações de trabalho que leva à descontinuidade da presença nos postos de trabalho, tanto dos estudantes-trabalhadores quanto de tutores e preceptores, no caso de alguns cursos. Como ressaltado em uma das oficinas, a política de recursos humanos aplicada no SUS nos últimos anos, ancorada nas Organizações Sociais de Saúde (OSS) e nos contratos temporários, é contraditória com a política de EPS.

Ficou evidente na pesquisa que as práticas pedagógicas utilizadas nos cursos constituem a principal identificação da EPS. As denominadas “metodologias ativas de conhecimento”, baseadas na pedagogia problematizadora – que busca a reflexão crítica a partir de questões práticas, discutidas em equipe, em diálogo com a teoria –, e na aprendizagem significativa – que considera o conhecimento anterior e a experiência dos participantes – são a marca de todos os cursos. Essas metodologias levam a propostas de intervenção na prática. A Educação a Distância (EaD) foi ressaltada como uma modalidade de ensino que apresenta um potencial de troca e integração. Já processos de monitoramento e avaliação foram citados como ausentes dos cursos, especialmente no que se refere ao impacto na própria prática dos participantes, assim como nos indicadores de saúde da população assistida, em contradição com o que é disposto nas duas portarias que implementam a política de EPS.



**Figura 2.** Características de EPS identificadas nos Cursos das Escolas de Saúde Pública.

O trabalho com equipes multidisciplinares também é um aspecto pouco encontrado nas experiências de curso analisadas. Ainda persistem capacitações para categorias específicas de trabalhadores, especialmente aquelas que se encontram nos extremos da valorização social, como Agentes Comunitários de Saúde e médicos. Também é frequente encontrar profissionais de gestão separados dos profissionais da saúde. No caso de médicos, estes dificilmente participam de propostas pedagógicas multidisciplinares. Um exemplo contundente são as residências multiprofissionais, em que os médicos não estão incluídos, uma vez que há uma residência específica para a categoria. Observam-se alguns esforços de trabalhar a multidisciplinariedade, como as oficinas de Cuidadores de Instituições de Longa Permanência para Idosos, em Goiás. Esse é um aspecto que mereceria mais atenção nos processos avaliativos de tais experiências. É preciso entender, por um lado, como lidar com as relações

de poder inerentes às equipes na área de saúde e, por outro, analisar em que medida a EPS contribui para a valorização de forma mais igualitária de todos os trabalhadores e de suas percepções de saúde, cuidado e gestão.

Destacou-se, ainda, o fato de muitos cursos serem regionalizados, ou parcialmente, como as residências que dividem o tempo entre a capital e as demais regiões de saúde. A adequação à realidade regional se, por um lado, foi muito ressaltada nas experiências, por outro foi criticada, sobretudo quando se tratam de cursos que “vêm prontos” do MS, com material didático único e currículos fechados, pois não permitem uma adequação a realidades e necessidades locais ou regionais. O esforço para considerar as condições locais e a diversidade cultural fica por conta da metodologia e dos professores, tutores ou preceptores, que nem sempre foram preparados para essa concepção pedagógica. Enfatizou-se muito a necessidade de os conteúdos de tais cur-

sos serem construídos de forma mais horizontal e negociados entre MS e escolas.

Um impasse apontado é a questão da certificação, visto que esta é necessária para a valorização do currículo dos trabalhadores, mas que, por outro lado, está atrelada a princípios pedagógicos que entram em conflito com os da Educação Permanente, como currículos fechados, controle externo, carga-horária, tipo de avaliação, entre outros.

### **EPS nas Articulações Políticas e no Desenvolvimento Institucional**

Os processos políticos vivenciados pelas escolas identificados como experiências de EPS constituem ações variadas. Como exemplos de tais experiências citamos a participação da escola de Curitiba na Conferência de Desenvolvimento Local e na execução do Programa de Pesquisa no SUS, e a elaboração do Plano Estadual de EPS e o Movimento de Resistência pelo Funcionamento da CIES, em Pernambuco.

Estes foram processos considerados como práticas de EPS pelas Escolas, que os justificaram por trazer algumas de suas características essenciais: o planejamento participativo e coletivo; a articulação entre diferentes atores, como profissionais da saúde, usuários e gestores, ou mesmo de diferentes setores do poder público, como educação e saúde; valorização das particularidades regionais; e propostas de intervenção nas realidades. As Escolas são importantes agentes políticos no campo da Saúde em seus estados e municípios e, como tais, levam os princípios da EPS na sua atuação, na medida em que se apropriam deles como práticas pedagógicas indissociáveis de sua ação política.

Iniciativas voltadas para o desenvolvimento institucional das próprias Escolas também são apontadas como práticas de EPS. Foram mencionadas: em Goiânia, a gestão de processos de trabalhos e a atualização sobre legislação; em Palmas, oficinas pedagógicas; em Curitiba, o processo de seleção de projetos de EPS; em Recife, a estruturação da Escola de Pernambuco e a coordenação de programa de pesquisa para o SUS no estado. O planejamento participativo e a demanda do serviço foram características destacadas, assim como o processo de reflexão a partir da prática, a problematização e a troca de experiências. A valorização da realidade regional foi ressaltada no processo de estruturação da Escola de Pernambuco, por exemplo. No que se refere ao chamado “quadrilátero da EPS”, fica evidente que

o controle social é a parte mais frágil nesse processo. Poucas experiências incluem a articulação entre gestores e profissionais da saúde, e algumas poucas consideram instâncias de controle social.

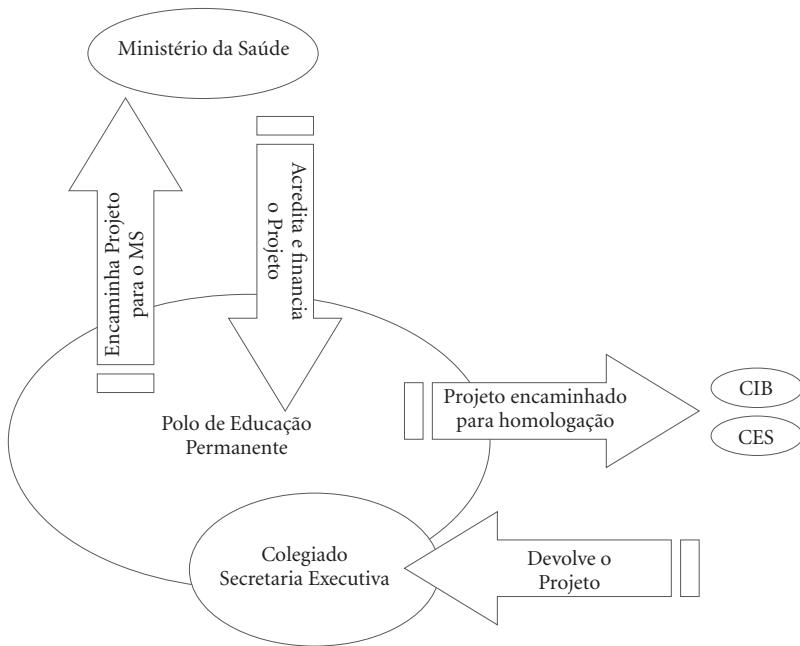
### **Institucionalidade da Política**

Para se compreender, à luz dos resultados dessa pesquisa, de que forma as Escolas vivenciam em seus estados e em suas práticas educativas e de gestão a implementação da Política Nacional de EPS, bem como de que modo se apropriaram e processaram, em seus territórios, os princípios e conceitos da EPS, é preciso antes entender como se deu – ou como primeiro se tentou – a formulação e a implantação nacional de tal política.

A condução e a indução da PNEPS, de acordo com a Portaria 198/2004, foi concebida para ser implementada de forma loco-regional por meio dos Polos de Educação Permanente em Saúde (PEPS), aos quais caberia: identificar as necessidades de formação; mobilizar a formação de gestores, ações e serviços para a integração da rede de atenção; propor políticas e estabelecer relações interinstitucionais; formular políticas de formação e formadores; estabelecer a pactuação e a negociação entre gestão, controle social, formadores, estudantes e serviços, além de estabelecer as relações de cooperação. Poderiam participar dos PEPS gestores, estudantes, atores do controle social, trabalhadores da saúde, associações e demais representantes do serviço e instituições de ensino<sup>4</sup>. A implementação do número de Polos em cada estado da União obedeceu a um critério próprio, sendo pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), com posterior aprovação no Conselho Estadual de Saúde (CES), conforme se pode visualizar na Figura 3.

Cada instituição educacional do estado apresentava os seus projetos nos Polos Regionais. Se aprovados, eram novamente submetidos ao Polo Estadual para posterior aprovação pela CIB e CES. Se aprovado, o projeto era encaminhado ao MS, que descentralizava o recurso diretamente para a instituição.

Três anos depois, em 2007, o Ministério da Saúde reeditou a PNEPS adequando-a às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde implementado no ano anterior, através da Portaria Nº 1996. O Pacto reforça a importância dos instrumentos de planejamento e gestão do SUS, avança na construção de instrumentos legais específicos e dá grande ênfase à regionalização e ao comprometimento articulado e solidário dos entes federados<sup>5</sup>.



**Figura 3.** Organização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde instituída pela Portaria 198/2004.

Fonte: Pesquisa A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: análise dos fatores condicionantes à sua implementação em diálogo com as experiências das Escolas de Saúde Pública, CNPq/ENSP/Fiocruz, 2013-2016.

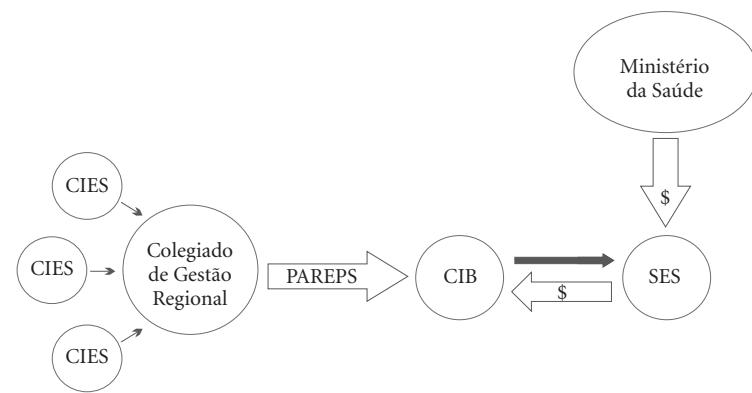
Tal reorientação provocou mais mudanças na organização da política nos estados de que propriamente em sua apropriação conceitual. Os Polos continuariam compostos pelos mesmos atores, mas passariam a se reorganizar em Centros de Integração Ensino Serviço (CIES), agora coordenados pelos Colegiados de Gestão Regional (CGR) e orientados pelo Plano de Ação Regional para a Educação Permanente em Saúde (PAREPS), como representado na Figura 4. A ideia seria romper com a lógica de compra e pagamento de procedimentos educacionais – o chamado “balcão de cursos” – prática que teria se instalado nos Polos. Outra mudança fundamental foi a descentralização do recurso federal do Fundo Nacional para os Fundos Estaduais de Saúde, visando à implementação e execução das ações de Educação Permanente em Saúde. Para isso, os CIES deveriam construir os projetos e as estratégias de intervenção no campo da formação de desenvolvimento dos trabalhadores a serem apresentadas ao CGR para homologação na CIB. O que se pretendia era aumentar a ca-

pacidade regional para a intervenção na área da Saúde através da Educação Permanente como orientadora das práticas de Educação na Saúde<sup>5</sup>.

#### A institucionalidade vivenciada nas Escolas

No âmbito da pesquisa, identificou-se que houve descontinuidade do repasse dos recursos da PNEPS aos estados a partir de 2011, gerando dúvidas nas Escolas quanto à continuidade da implementação da política. Quando a descentralização dos recursos estava assegurada, estes eram pautados por linhas prioritárias de ação, previstas pela Portaria nº 1996/2007 que, no entanto, nem sempre correspondiam às necessidades dos estados, exigindo poder de negociação entre gestão federal e estadual para a adequação dos mesmos à realidade sanitária regional.

Atualmente, além desses recursos, as Escolas têm contado com as secretarias de saúde na parceria e apoio às suas ações, com destaque para as estaduais, e com as negociações diretas com as CIB, em detrimento das pactuações nas CIES.



**Figura 4.** Organização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde instituída pela Portaria 1996/2007.

Fonte: Pesquisa A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: análise dos fatores condicionantes à sua implementação, em diálogo com as experiências das Escolas de Saúde Pública, CNPq/ENSP/Fiocruz, 2013-2016.

Os problemas relacionados ao financiamento desencadearam questões institucionais. Se a Portaria nº 198/2004 garantia a descentralização financeira entre o MS e a instituição após pontuação direta nos Polos, gerando a mencionada “lógica de balcão”, a segunda Portaria teve como consequência uma exacerbada de dispositivos que acabaram por dificultar o acesso, não apenas aos recursos, mas à própria vivência da política em seus princípios basilares.

Na pesquisa, identificou-se a dificuldade na descentralização das CIES nas regiões de saúde, até porque a própria gestão estadual encontrava dificuldades para se adequar à nova proposta de regionalização do Pacto pela Saúde. Nesse sentido, duas constatações ficaram evidentes: o enfraquecimento das CIES como espaço de pactuação ou cogestão solidária; e a substituição desse papel pela CIB, que acabou por se transformar, para as Escolas, como um “caminho mais fácil” para pontuação e financiamento de ações.

Outro aspecto a ser destacado refere-se à composição das CIES, quando estas existem, pois se mostra prejudicada na representação dos atores que as compõem, sobretudo em relação aos trabalhadores e usuários, que poderiam estar representados pelos conselhos de saúde. Essa lacuna desequilibra o “Quadrilátero da Educação Permanente”, fundamental na conceção da PNEPS.

Os participantes da pesquisa compreendem as Escolas como estruturas fundamentais para a operacionalização da PNEPS, sendo inclusive,

em alguns casos, os espaços que abrigam as CIES e, em outros, as responsáveis pela condução da política no estado. Além disso, sabem da sua relevância para a sociedade e para a formação estratégica de quadros para o sistema público de Saúde. Por sua vez, se ressentem que o MS não as reconheça como espaço indutor e legítimo para a discussão política da EPS. Alguns relataram a dificuldade de comunicação entre a Escola e os coordenadores nacionais da Política, ficando esta restrita apenas aos repasses financeiros de grandes programas pré-estabelecidos.

Nas Oficinas, foi unânime indicar a falta de monitoramento e avaliação de impacto das ações, ainda que as duas Portarias prevejam a construção de uma Comissão específica para tal. Da mesma forma, os participantes afirmam que as ações de Educação na Saúde não recebem do gestor municipal ou estadual a mesma importância que as ações de assistência. Por outro lado, embora o financiamento tenha sido considerado um aspecto importante, a escassez ou ausência de recursos não foi caracterizada como o principal problema para a execução de ações.

Em que pesem os entraves e os desafios colocados para a implementação da PNEPS em seus princípios e diretrizes, identificou-se que há amplo domínio do conceito e compromisso com seu ideário político-pedagógico para a formação na saúde. Mais que isso, há também apreensão quanto ao futuro e aos rumos da política, assim como da própria Educação Permanente em Saúde.

## Considerações finais

Se, ao feitio de uma narrativa espontânea, reuníssemos os principais elementos resultantes desta pesquisa e retomássemos alguns conceitos já mencionados de forma a simplesmente “contar o que vimos e aprendemos”, teríamos certamente ao menos dois pontos de vista muito salientes: um pousado sobre as próprias formas do fazer, isto é, das relações e processos ocorridos a partir das (nossas) vivências nas oficinas nos estados; e outro capaz de produzir uma visão panorâmica – ainda que bastante precisa, como os olhos de uma águia enxergam das alturas ao mesmo tempo todo o vale e a pequena presa que se oculta na vegetação – acerca dos usos locorregionais que as Escolas fazem dos dispositivos da Política de EPS e de seus conceitos.

De início suspeitosos e reticentes – “mais uma oficina sobre o que já sabemos, mais uma pesquisa onde nos perguntarão algumas coisas e depois irão para seus computadores e planilhas tirarem as óbvias conclusões” –, os trabalhadores das Escolas logo perceberam que a relação fria “pesquisador-informante” não era aquela adotada por nós. Ao se perceberem como interlocutores de uma pesquisa que também (e sobretudo) os interessava, como professores-pesquisadores, os participantes passaram gradualmente a de fato intervir no (e provocar o) diálogo.

Os relatos espontâneos, bem como a avaliação final, nos mostraram que, em primeiro lugar, as oficinas da pesquisa foram vistas pelos participantes como uma atividade de EPS. Isto é, a metodologia e o seguimento das oficinas aconteceram segundo os princípios da EPS – o contrário pareceria para nós uma idiossincrasia indesejável, mas não tínhamos certeza, de início, se conseguiríamos os resultados esperados, principalmente porque os dias de oficina tornaram-se de fato um momento de aprendizagem significativa para todos.

Disseram eles, ainda, que a metodologia dialógica, bem como o pensamento “diagramático” que sugerimos para o mapeamento das relações institucionais, proporcionaram às Escolas uma reflexão acurada acerca das próprias práticas e a visualização mais clara de seus problemas, fortalezas, processos de gestão e práticas pedagógicas. Segundo muitos disseram, “não tinham ideia da complexidade das relações e da variedade e diversidade das experiências” que vivenciavam dia a dia.

Já a segunda história merece um pano de fundo. Sabemos que o Ministério da Saúde formulou, implementou e induziu a Política de EPS em ter-

ritório nacional. No entanto, o próprio MS terminou se contrapondo à própria Política, ao demandar cursos verticais, estabelecendo linha de diretrizes em desacordo com as necessidades e criando dispositivos que, de certo modo, terminaram por desequilibrar as relações de poder. Além disso, o financiamento para EPS foi sucessivamente reduzido em detrimento de outras prioridades.

A boa notícia é que os princípios, as bases e os conceitos da EPS “pegaram”, colaram-se definitivamente às práticas e atividades das Escolas em seus territórios, de um modo tal que mesmo ações antes não consideradas como sendo de EPS terminaram por ser executadas segundo os princípios da problematização, da dialogia entre ensino e serviço, do compartilhamento de saberes e experiências, da aprendizagem significativa.

Dizendo de modo simplista, as Escolas parecem ter acreditado mais na EPS do que os próprios formuladores da Política, no nível nacional. Elas não pararam de fazer EPS porque o financiamento minguou até ser totalmente suspenso. Ao contrário, incorporaram seus preceitos às suas ações de desenvolvimento institucional, assimilaram os conceitos e os métodos, apropriaram-se deles e os transformaram segundo suas próprias e singulares necessidades e possibilidades.

Desse modo, o que percebemos quando nos confrontamos com a “vida das Escolas” em seus contextos locais é que as mesmas vêm trilhando o caminho para se tornarem instituições cada vez mais democráticas, construindo (e tornando-se elas mesmas) focos de reflexão, proporcionando os espaços necessários de enfrentamentos criativos dos problemas na realidade do trabalho. E isso que informalmente temos chamado de “cultura da Educação Permanente em Saúde” nas Escolas de Saúde do Brasil tem, seguramente, um papel muito importante nessa construção recente.

## Colaboradores

MLM Cardoso, PP Costa, DM Costa, C Xavier, RMP Souza contribuíram igualmente na realização do presente estudo.

## Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo financiamento.

À Safira Reink Silva pelo cuidadoso trabalho de transcrição das oficinas da pesquisa.

## Referências

1. Silva JA. Estratégias de qualificação e inserção de trabalhadores de nível médio na área da saúde. In: Negri B, Faria R, Viana ALD, organizadores. *Recursos Humanos em Saúde: Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho*. Campinas: Instituto de Economia, Unicamp; 2002.
2. Costa PP. *Dos projetos à política pública, reconstruindo a história da educação permanente em saúde* [dissertação]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política de Educação Permanente e Desenvolvimento para o SUS - Caminhos para Educação Permanente em Saúde*. Brasília: MS; 2004.
4. Brasil. Portaria nº 198 GM/MS, 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. *Diário Oficial da União* 2004; 13 fev.
5. Brasil. Portaria nº 1.996 GM/MS, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. *Diário Oficial da União* 2007; 20 ago.
6. Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública (RedEscola). *Regulamento da Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015.
7. Nunes T, Bicca A, Salazar F, Portela G, Furtado L, Cardoso ML, Pol P, Souza R. *Educação em Saúde Pública/Coletiva no Brasil: rede, sinergias e renovação*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013.
8. Xavier C. *Vida de Escola - Educação e Comunicação*. Rio de Janeiro: RedEscola/Ensp/Fiocruz; 2016 (não publicado)
9. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz). *Projeto REGESUS. Relatório Resumido da Pesquisa nacional de Escolas de Saúde Pública. Inovação na Educação em Saúde Pública com Diálogo e Parceria*. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz; 2010.
10. Cardoso MLM, coordenadora. *A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: análise dos fatores condicionantes à sua implementação em diálogo com as experiências das Escolas de Saúde Pública - Relatório Final de Pesquisa*. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz; 2016 (não publicado).
11. Ingold T. Making, growing, learning. Two lectures presented at UFMG. *Educ em Rev* 2013; 29(3):301-323.
12. Tiveron JDP, Guanaes-Lorenzi C. Tensões do trabalho com grupos na Estratégia de Saúde da Família. *Psico* 2013; 44(3):391-401.
13. Crotty MJ. *The foundation of social research: meaning and perspective in the research process*. London: Sage Publication; 1998.
14. Guanaes C, Mattos ATR. Contribuições do movimento construcionista social para o trabalho com famílias na Estratégia de Saúde da Família. *Saúde e Soc* 2011; 20(4):1005-1017.
15. Fuks SI. La facilitación sistémica de procesos colectivos. "Artesanía de contextos" focalizada en la promoción de la creatividad y de los procesos participativos en grupos, comunidades y redes. *Rev IRICE* 2009; 20:63-76.
16. Gracia TI. O "giro" lingüístico. In: Iñiguez L, coordinador. *Manual de análise do discurso em Ciências Sociais*. Petrópolis: Vozes; 2004. p. 19-49.
17. Logos 2.5, Gerenciador de banco de dados textuais, © 1998/2006, Kenneth R. de Camargo Jr.
18. Becker HS. *Falando da sociedade Ensaios sobre as diferentes maneiras de representar o social*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.; 2009.
19. Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. 17ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.
20. Ribeiro ECO, Motta JJ. Educação Permanente como estratégia na reorganização dos serviços. *Divulgação em Saúde pra Debate* 1996; 12:39-44.
21. Davini MC. *Educación Permanente en Salud*. Washington: OPAS; 1995. (OPAS Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud).
22. Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Atualizada até a EC nº38, de junho de 2002*. Rio de Janeiro: Expressão e Cultura; 2002.
23. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis* 2004; 14(1):41-65.
24. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface (Botucatu)* 2004/2005; 9(16):161-177.
25. Sarreta FO. *Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS*. Franca: UNESP; 2009.
26. Rovere MR. Gestión de la educación permanente: una relectura desde una perspectiva estratégica. *Educ. Med. Salud* 1993; 27(4):489-515.

Artigo apresentado em 07/07/2016

Aprovado em 12/09/2016

Versão final apresentada em 05/12/2016