

# EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: um exercício político de construção da democracia brasileira?

Processo de produção de conhecimento: Debate ou discussão na teoria social.

GT 19. Saúde e segurança social: mudanças sociais e impactos sobre a população

Linamar Teixeira de Amorim<sup>1</sup>

Marta Rovey de Souza<sup>2</sup>

Gustavo Córrea Matta<sup>3</sup>

Elias Rassi Neto<sup>4</sup>

## Resumo:

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), constituído a partir do contexto de redemocratização da sociedade e do movimento de reforma sanitária, ficou responsável por ordenar a formação profissional na área da saúde. A educação permanente em saúde (EPS) refere-se à: formação, atenção, gestão e formulação de políticas em saúde, visando transformar as práticas dos profissionais e aproximá-los do SUS com base nos problemas enfrentados no cotidiano dos serviços de saúde. Objetivou-se acompanhar as discussões que norteiam a implementação da EPS no Brasil e relacioná-la com a consolidação de uma sociedade democrática. Conclui-se, com base na sociologia das emergências que a educação permanente em saúde pode ser mais um importante instrumento para a conquista efetiva da democracia brasileira.

**Palavras-chave:** democracia, educação, saúde.

## 1. Introdução

A saúde pública no Brasil, mesmo atendendo aos interesses políticos dos Estados em consolidação, desde sua origem, atua com forte caráter de intervenção governamental, alicerçado no conceito sanitário (Ponte, 2010). O Brasil teve nos anos 60 o início da experiência do governo militar e se estendeu até meados da década de 80. Durante esse período a repressão foi muito intensa, o que por sua vez desencadeou movimentos diversos, que lutavam pela redemocratização da sociedade brasileira e o consequente resgate da cidadania. Isso implicava em garantir direitos sociais como: saúde, educação, habitação, alimentação, trabalho, participação popular nos processos políticos, dentre outros, a todos os cidadãos sem qualquer tipo de distinção.

O movimento de reforma sanitária nos anos 70 representou a articulação dos mais diversos sujeitos que entoavam a luta pela democracia, sendo a saúde um de seus pilares. A proposta desse movimento tinha a participação social como importante estratégia de democratização e de transformação social, pois acreditava-se que a democracia seria a via de construção da justiça social no

---

<sup>1</sup>Primeira-autora. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Sociologia - Faculdade de Ciências Sociais/Universidade Federal de Goiás. [linamarta@gmail.com](mailto:linamarta@gmail.com)

<sup>2</sup> Orientadora. Doutora em Ciências Sociais; Professora no Depto. de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás/UFG. [martary@gmail.com](mailto:martary@gmail.com)

<sup>3</sup>Co-orientador. Doutor em Saúde Coletiva; Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) - FIOCRUZ. [gcmatta@fiocruz.br](mailto:gcmatta@fiocruz.br)

<sup>4</sup> Professor no Depto. de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás/UFG. [eliasrassi@gmail.com](mailto:eliasrassi@gmail.com)

Brasil. E, a Constituição Federal de 1988 foi a via legal de criação de um estado democrático com direitos sociais, mediante a construção de mecanismos que garantissem a participação de forma direta e indireta dos cidadãos. Nesse sentido, a área da saúde foi a que mais avançou nestas ações de participação social e, como exemplo, destaca-se o surgimento de conselhos e conferências como instrumentos capazes de viabilizar democracia participativa na saúde. Dessa forma, destaca-se a cidadania como estratégia central do processo de redemocratização da sociedade brasileira e o alicerce para as políticas sociais. Todavia, segundo a literatura sobre o tema, os mecanismos de participação não garantem o alcance real das intervenções (Fleury & Lobato, 2009).

O movimento de reforma sanitária propôs mudanças na estrutura de poder, nas instituições, no acesso e nas práticas de saúde. A reforma sanitária como um projeto alternativo fundamentou-se na democratização do poder político e do estado; a universalização da saúde como direito e responsabilidade do Estado e; na construção de um aparato institucional e organizacional democrático, descentralizado. O movimento de reforma sanitária enfrentou diversos desafios, dentre eles a própria estrutura tradicional do Estado e do setor saúde, bem como projetos políticos posteriores, com viés conservador, que almejavam a mercantilização da saúde e, teriam no setor público uma base de apoio à expansão do setor privado e a oferta de ações coletivas tradicionais e assistência médica dirigida apenas aos mais pobres. Disto resultou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) nos anos 80, com garantias à universalidade e, desde então, evidenciou-se um novo modelo de atendimento à saúde. Nesse sentido, tanto a literatura quanto os atores políticos da saúde, de forma geral, reconhecem o SUS como parte do projeto de reforma sanitária, mas um processo ainda em curso, cujos avanços na área da saúde são inquestionáveis (Fleury & Lobato, 2009).

A Constituição Federal de 1988 (CF/1988) brasileira estabelece a saúde como dever do Estado e direito de todos os cidadãos e reafirma os princípios doutrinários do SUS: a universalidade, a igualdade e a integralidade da atenção à saúde. Nesse sentido, o texto constitucional coloca fim ao viés excludente, no qual estava inserida a maioria da população que não tinha acesso aos serviços de saúde. É neste contexto, que a formação dos trabalhadores da saúde passa a ter maior ênfase. Tal como foi discutido na VIII Conferência Nacional de Saúde, a Constituição Federal/88 determina que: cabe ao SUS organizar um sistema para a formação de recursos humanos, em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, para o trabalho na área da saúde (Ministério da Saúde [MS], 1990). Desse modo, a discussão sobre Educação Permanente em Saúde (EPS) torna-se fundamental à compreensão da saúde como uma das dimensões que compõe a democracia brasileira, pois a mesma propõe transformar as práticas dos profissionais e aproximá-los do SUS a partir da vivência cotidiana com os serviços de saúde (MS, 2005).

Este trabalho objetiva acompanhar as discussões que norteiam a implementação da Educação Permanente em Saúde no Brasil e relacioná-la com a consolidação de uma sociedade democrática e com efetiva participação popular.

## **2. Material e Métodos**

Para o cumprimento dos objetivos aqui propostos, a metodologia utilizada neste trabalho foi de cunho fundamentalmente bibliográfico, com utilização de uma revisão sistemática da literatura documental existente sobre o tema, com ênfase no período subsequente à criação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

Por se tratar de um trabalho bibliográfico, mas com viés sociológico, para além da análise de documentos e textos referentes à PNEPS, dois autores da sociologia foram escolhidos para enriquecer e fundamentar a reflexão aqui proposta: Giddens (1991) e Santos (2007).

Os conceitos de reflexividade e sistema perito de Giddens (1991) corroboram a proposta da EPS de transformação do modelo de ensino em saúde visando alcançar os princípios do SUS como a

universalidade, integralidade e participação popular. Já os conceitos de sociologia das ausências e sociologia das emergências de Santos (2007) são importantes contribuições, respectivamente, na discussão sobre a centralidade ou não da formação em saúde e da inserção dos indivíduos como sujeitos envolvidos com a saúde pública. E também como expectativa das possíveis mudanças que a EPS pode acarretar tanto à saúde pública quanto à democracia brasileira.

### 3. Resultados e Discussão

Nos anos 70 e 80, no Brasil, houve uma efervescência dos movimentos sociais e corporativos na luta pela redemocratização do país, que experimentava uma intensa crise econômica, propiciando a organização e a mobilização da sociedade, no sentido de pressionar o governo para a adoção de políticas sociais mais abrangentes (Coutinho, 1992). A luta na área da saúde atingia o âmbito populacional, a produção dos serviços e a academia. Ao ampliar o conceito de saúde, os idealizadores da reforma sanitária buscavam compreendê-lo como decorrente das condições de vida e trabalho dos sujeitos sociais. As discussões trouxeram à tona a crítica sobre a concepção reducionista da saúde centrada no biologicismo/individualismo e revelou possibilidades de se estabelecer relações entre a estrutura social e a produção dos serviços de saúde (Fleury, 1997; Paim, 1997).

O contexto da crise brasileira dos anos 70 permitiu fortalecer o movimento sanitário, apoiado em centros acadêmicos como a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz) e a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP), que tiveram influência nacional tanto na reorganização do sistema de saúde brasileiro quanto na formação de profissionais de saúde, sobretudo a partir dos anos 70. Nesse período ocorreram mudanças significativas no campo da saúde pública no país, que favoreceram a criação do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES/1977); e da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) em 1979 (Nunes, 2007).

A ENSP, fundada em 1954, foi pioneira na formação de recursos humanos para trabalhar em saúde pública. A fundação da escola coincide com uma nova política em relação à saúde pública que também incluiu a separação dos ministérios da saúde e da educação, em 1953, e a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais, em 1956. A ENSP incumbia-se da formação e aperfeiçoamento de pessoal e até hoje atua na capacitação e formação de recursos humanos no campo da saúde pública, mantendo cooperações técnicas em estados e municípios brasileiros, formando profissionais comprometidos com a transformação do contexto social brasileiro<sup>5</sup>.

Em 1986, em meio ao contexto de redemocratização, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), estabeleceu o projeto da Reforma Sanitária brasileira, com sua especificidade na área da saúde, como conjunto de ações relacionadas às práticas sociais, econômicas, políticas, ideológicas e simbólicas e também determinou as bases fundantes do Sistema Único de Saúde. Segundo Fleury (1997), a despeito das divergências de concepção e estratégias em seu interior, o movimento de reforma sanitária, almejava a consolidação de um arcabouço legal, que garantisse a saúde como direito. Contudo, eram imprescindíveis uma formação e gestão dos trabalhadores que contemplassem princípios e diretrizes desse modelo. É nessa perspectiva que, a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS visa transformar as práticas de formação e atenção em saúde, na busca pela ampliação da participação popular aliada à crítica às práticas sanitárias vigentes (MS, 2003).

Vieira, Durão, Barreto e Carvalho (2006) afirmam que uma das conquistas do movimento de reforma sanitária refere-se ao fato do texto da Constituição Federal (CF/1988) reafirmar como responsabilidade do SUS a ordenação da formação profissional na área da saúde, que de certa forma, se opunha à medicina preventiva de cunho neoliberal. Desse modo, segundo E. D. Nunes (1999; 2003)

---

<sup>5</sup> Informações do sítio: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id\\_area=126](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=126)

ficava evidente a necessidade de uma formação comprometida com a integralidade e o cuidado humano contrapondo-se ao modelo biomédico centrado no indivíduo, na técnica e fragmentação do saber.

Na XI Conferência Nacional de Saúde, em 2000, foram aprovadas as Diretrizes para a elaboração da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS), reafirmando a necessidade do comprometimento das instituições de ensino com o Sistema Único de Saúde e com o modelo assistencial definido nas Leis 8080/90 e 8142/90. Isto pressupunha a formulação de diretrizes curriculares que contemplassem as prioridades do perfil epidemiológico e demográfico das regiões do país; a política de capacitação de docentes orientada para o SUS; a formação de gestores capazes de romper com os atuais paradigmas de gestão; pela garantia de recursos necessários ao desenvolvimento do ensino, pesquisa e extensão e utilização prioritária das instituições públicas de ensino para esta formação. A Formação de Recursos Humanos em Saúde (FRHS) para o SUS abrange aspectos relacionados à educação, desde a fundamental até a educação permanente (em todos os níveis de ensino) e aponta as responsabilidades dos gestores nas três esferas de governo (MS, 2001).

A formação dos profissionais de saúde tem se pautado pelo modelo biomédico, caracterizado pela objetividade científica e preterindo os significados e subjetividades dos sujeitos envolvidos que também estão presentes no processo saúde-doença (Amâncio Filho, 2004). Ao desconsiderar os sentidos que permeiam a experiência da doença e das relações estabelecidas entre o sujeito doente e os profissionais de saúde, a assistência revela-se mais impessoal e mecanizada, pois o trabalho destes profissionais é exercido sobre o enfermo e não sobre a enfermidade (Boltanski, 1989).

Sobrevalorizar a técnica e a objetividade nas experiências de saúde e doença pode levar à uma formação com lacunas, pois: “o processo educativo é um arcabouço de representações da sociedade e do homem que se quer formar” (Pereira, 2003, p. 1528). Dessa forma, a formação dos profissionais de saúde responde aos anseios de um determinado tipo de sociedade.

O Ministério da Saúde (MS) reconhece e valoriza a formação dos trabalhadores como um componente para o processo de qualificação da força de trabalho, no sentido de contribuir para a efetividade da política nacional de saúde. Com essa perspectiva a PNEPS foi criada e instituída pela Portaria nº 198, do Ministério da Saúde, publicada em 13 de fevereiro de 2004, como uma estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor da saúde (MS, 2004). Essa política de educação pode conferir aos envolvidos no conjunto das práticas de saúde o lugar de sujeitos, com participação nos processos de discussão e tomada de decisão a respeito das mesmas.

A proposta pedagógica da PNPES tem como eixo central a problematização, que consiste na reflexão crítica sobre práticas cotidianas de atenção e gestão, no desempenho dos diferentes sujeitos e as repercussões de suas ações na qualidade do serviço, bem como questiona os atuais modelos de formação e com isso promove a aprendizagem significativa. A inclusão de outros atores sociais, dentre eles usuários dos serviços, estudantes dos cursos da área de saúde, enriqueceu o debate e criou a possibilidade de avanços práticos no processo de democratização da saúde (Pinheiro, 2007).

A PNEPS voltada para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores do SUS, é compreendida como uma proposta de ação capaz de contribuir para a necessária transformação dos processos formativos e das práticas pedagógicas e de saúde, abarcando também a organização dos serviços. O conceito de Educação Permanente em Saúde (EPS) foi mais difundido depois da criação da Secretaria de Gestão de Trabalho em Saúde (SGETS) em 2003, que tem como propósito desenvolver a Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde (PNRHS). A SGTES deve estabelecer parcerias com os gestores do SUS, com as instituições de ensino e definir as responsabilidades das três esferas de governo nesse processo. As atividades desenvolvidas pela SGTES buscam garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. Nesse sentido, tem-se a perspectiva de constituir novos perfis profissionais para atender à realidade de saúde da população e das necessidades do SUS. São diversos os atores responsáveis pela PNEPS nos estados: Escolas Técnicas do SUS (ETSUS), Escolas de Saúde

Pública (ESP), Secretarias de Estado da Saúde, Secretarias Municipais de Saúde; Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) e Instituições de Ensino Superior (IES) (MS, 2005; 2006).

A política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde tem como princípio básico a integração entre ensino e serviço na área. A Portaria Interministerial nº 2.118 de 03/11/05, em busca de um trabalho articulado entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, instituiu uma parceria para desenvolver ações relativas à educação superior e à formação profissional de nível técnico em saúde, que envolveu a Secretaria de Educação Superior (SESu), Secretaria de Educação Profissional (SETEC), o Instituto de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP) e a SGTES (MS, 2005).

A condução regional da Política de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) é realizada pelas Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), que são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes, previstas no artigo 14 da Lei nº. 8080/90 e na NOB/RH-SUS. As CIES estão vinculadas às Comissões Intergestoras Regionais (CIRs) e devem elaborar os Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde coerentes com os Planos de Saúde estadual e municipais da referida região, no que tange a educação na saúde. Os recursos referentes a esta ação são repassados anualmente pelo Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais, mediante análise e aprovação dos Planos Estaduais e Regionais de Educação Permanente que devem constar dos Contratos Organizativos de Ação Pública (COAP), e análise do cumprimento do Plano de Educação Permanente do ano anterior (MS, 2011).

A definição de uma política de formação e desenvolvimento para o SUS, em todos os níveis de governo, deve articular as necessidades da saúde, o desenvolvimento dos profissionais e a capacidade resolutive dos serviços. Para tanto, as Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) precisam elaborar projetos de mudança na formação (educação técnica, graduação, pós-graduação) e no desenvolvimento dos trabalhadores para a reorganização dos serviços de saúde (MS, 2009).

Em agosto de 2005, com a mudança de gestão do Ministério da Saúde, a Coordenação de Ações Populares de Educação na Saúde passou para o Departamento de Apoio à Gestão Participativa, da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, saindo, portanto, da SGTES, o que implicou na exclusão das Ações Populares de Educação na Saúde, do âmbito da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, modificaram substancialmente a orientação inicial da proposta. A partir da mudança de gestão, passou-se a discutir a reorientação desta política com notória colisão entre interesses dos sujeitos tradicionalmente envolvidos com a formação profissional e a gestão do sistema, em detrimento de uma participação mais efetiva dos movimentos sociais e da sociedade civil. As novas propostas sinalizam para uma focalização das ações no campo da formação dos profissionais, e com isso limitando a amplitude e o poder transformador da proposta inicial (Pinheiro, 2007).

A SGTES, por meio da política de educação permanente, tem uma função essencial: a de romper com uma formação fragmentada que por consequência gera um atendimento à saúde também fragmentado. Essa estrutura tem gerado especialistas, que a partir de seus saberes técnicos identificam e propõem soluções gerais para os problemas da saúde. Porém, as ações propostas, geralmente, são individuais e levam a uma prescrição de trabalho aos profissionais, negligenciando as singularidades locais (Ceccim, 2005).

Nesse sentido, visando enfrentar os problemas oriundos dos serviços de saúde, recorre-se à capacitação dos profissionais, que envolve ações planejadas com a missão de fortalecer conhecimentos, habilidades e práticas, nem sempre presentes na dinâmica das organizações. Porém, a capacitação é desenvolvida sob a influência de condições institucionais, políticas, ideológicas e culturais, que determinam os limites e possibilidades da capacitação. Apesar das iniciativas, nem todos os programas de capacitação desenvolvem o processo de educação permanente em saúde. Em 2009, o DEGES/SGTES/MS prosseguiu com a implementação da Política Nacional de Educação Permanente

em Saúde tendo como base para esse processo a regionalização, a articulação e a observância dos princípios da educação permanente na elaboração dos planos estaduais (MS, 2009).

Nessa perspectiva, as resoluções e decretos definem que o plano estadual de educação permanente deve priorizar conteúdos e cenários de práticas profissionais relativas à implementação das políticas estruturantes do SUS, tais como: Atenção Básica, Saúde Mental, Atenção à Mulher e à Criança, Atenção a Saúde da Pessoa Idosa, Urgência e Emergência, entre outras, a fim de enfrentar os principais problemas sanitários nas regiões. Também está nas diretrizes estratégicas do programa MAIS SAÚDE – Direito de Todos (2008 – 2011), a necessidade de ampliar e qualificar a força de trabalho em Saúde, fundamental para um maior desenvolvimento do SUS (MS, 2009).

A educação permanente em saúde, como já foi dito, abrange todos os níveis de formação. Sendo assim, o Ministério da Saúde, por meio da SGTES, tem enfrentado os desafios do ensino na saúde ao criar os seguintes mecanismos: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde); Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde); Pró-Ensino na Saúde; cursos de curta duração, atualização e especialização; Projeto Nacional de Telessaúde; mestrados profissionalizantes; Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), entre outros. A SGTES oferece aos estados cooperação técnica para a implementação, monitoramento e consolidação da política de educação permanente em saúde, que visa alcançar os trabalhadores da rede de serviços do SUS, a fim de garantir a qualidade e resolubilidade da atenção à saúde prestada à população (MS, 2011).

Na tentativa de contribuir com a discussão da EPS, a partir de uma perspectiva sociológica, apresenta-se, as categorias de sociologia das ausências e sociologia das emergências de Santos (2007), pelas quais, respectivamente, há expansão do domínio das experiências sociais disponíveis e, a expansão do domínio das experiências sociais possíveis. O ensino em saúde esteve fundamentado num conceito de saúde aqui entendido como totalizante, durante o século XX no Brasil, o modelo biomédico centrado no indivíduo, no hospital e no saber fragmentado. A luta empreendida pelo movimento sanitário quanto às questões de saúde e que culminou com a criação do SUS é aqui compreendida como uma forma de superar a concepção de totalidade até então hegemônica na saúde.

Segundo Santos (2007), a sociologia das ausências, sendo transgressiva, torna-se uma alternativa epistemológica com vistas a romper com a “monocultura” do saber científico e instituir uma ecologia de saberes. Isto significa haver possibilidade de diálogo até mesmo onde há disputa epistemológica entre diferentes saberes. Trata-se de identificar contextos e práticas, refleti-los e saber aplicá-los dentro de seu próprio tempo e com isso tem-se a possibilidade de desenvolvimento autônomo, esta é a ecologia da temporalidade. Defende-se que a sociologia das ausências e esses domínios é um importante caminho para que todos envolvidos no processo de saúde e na EPS sejam sujeitos sociais, pois percebe o cotidiano da saúde como lugar de permanente revisão, sem uma temporalidade linear, onde há produção de subjetividades e problematizações.

A sociologia das emergências baseia-se no conceito do Ainda-Não, que é capacidade e possibilidade concretas que não estão completamente determinadas, porém questiona as determinações de um dado momento. Enquanto a sociologia das ausências encontra-se no campo das experiências sociais, a sociologia das emergências está no das expectativas (Santos, 2007). Dessa forma, o que já foi realizado na Educação Permanente em Saúde no Brasil, está circunscrito ao campo da sociologia das ausências, devido às experiências vivenciadas na área. Mas o que se projeta de mudanças para a saúde, a partir da EPS, está no campo da sociologia das emergências, pois acredita-se no potencial transformador das práticas e dos saberes em saúde, por meio da articulação entre ensino, trabalho e gestão.

A categoria de sistemas peritos de Giddens (1991) é um suporte teórico fundamental à compreensão da importância das instituições de ensino em saúde para a formação e para os serviços prestados. Os profissionais em saúde, representantes dos sistemas peritos, possuem conhecimento

especializado e pressupõem a confiança dos pacientes nos seus serviços, com base na experiência de que tais sistemas geralmente funcionam da maneira esperada, mesmo existindo os riscos. Nessa perspectiva, “A natureza das instituições modernas está profundamente ligada ao mecanismo da confiança em sistemas abstratos, especialmente confiança em sistemas peritos” (Giddens, 1991, p. 87). Nesse sentido, entender os cursos de formação em saúde como sistemas peritos, significa desenvolver competências profissionais capazes de eliminar ou pelo menos diminuir os riscos à saúde do indivíduo e do coletivo.

O conceito de reflexividade também é fundamental para a análise da EPS, pois apesar de o conhecimento ser reflexivo, não é certo que ele impeça a sua revisão, tal como era na sociedade tradicional. Isto remete a um conhecimento que é constantemente reexaminado, em busca de procedimentos que sejam os mais seguros possíveis quanto ao êxito da formação profissional de um lado, e do tratamento, de outro. As informações disponíveis sobre a saúde, que permitem traçar o perfil epidemiológico da população e, como consequência, as ações de prevenção, promoção e atendimento à saúde exemplificam a aplicação de um saber reflexivo. Isso porque esses dados são buscados com o intuito de oferecer mais segurança à população, diminuindo os riscos aos quais ela está submetida, independente de suas vontades. Todavia, o conhecimento técnico especializado, que informa os indivíduos sobre os riscos e os cuidados necessários propiciando mais segurança, não é garantia de que os indivíduos “leigos”<sup>6</sup> aplicarão em suas ações cotidianas esse conhecimento (Giddens, 1991).

Corroborando com o conceito de reflexividade, para Ceccim (2005) a EPS é uma proposta pedagógica para o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho e/ou da formação em saúde, em análise, o que possibilita a construção de espaços coletivos para a reflexão e avaliação dos atos cotidianos. Porém, para o autor, a compreensão da formação como atividade secundária na política de saúde, que pretende administrar os trabalhadores tal como os recursos financeiros e materiais, “ensinando” habilidades e comportamentos para alcançar a qualidade dos serviços não contribui para o desenvolvimento da EPS, logo, é imprescindível que a formação ocupe lugar central. Nesse sentido, de acordo com Ceccim e Feuerwerker (2004), a interação entre as dimensões da formação, da atenção, da gestão e do controle social em saúde deveria valorizar as capacidades instaladas, desenvolver as potencialidades existentes em cada realidade, estabelecer a aprendizagem significativa e a capacidade de crítica. Só assim a Educação Permanente em Saúde será uma prática consolidada e com resultados que favorecem tanto a população usuária dos serviços, quanto os profissionais da área.

A EPS tornou-se o mecanismo capaz de construir práticas de saúde mais próximas do SUS, quanto à prestação de cuidados de saúde integral e de qualidade para todos os brasileiros. Para tanto, a transformação dos espaços de trabalho e educação é imprescindível nesse processo, a fim de criar possibilidades de análises e reflexões a partir dos problemas vivenciados no trabalho e, partir disso criar novas práticas e saberes em saúde (Ceccim, 2005; Merhy, 2005). Só assim a EPS será uma prática consolidada e com resultados que favorecem tanto a população usuária dos serviços, quanto os profissionais da área, portanto, um dos instrumentos de fortalecimento da democracia brasileira. Mas, para isso que os indivíduos envolvidos com a formação e o trabalho em saúde se tornem, de fato, sujeitos desses processos que compreendem a saúde brasileira, caso contrário, todas as ações da EPS poderão, em alguma medida, reafirmar os interesses de sistema econômico excludente, que se pauta em políticas neoliberais.

#### **4. Considerações**

A perspectiva de melhorias na saúde pública relaciona-se ao processo de formação dos profissionais da área da saúde, isto é, à forma como a dinâmica do ensino tem se constituído. A saúde

---

<sup>6</sup> Leigo refere-se ao indivíduo que não possui um saber especializado sobre um assunto.

pública brasileira foi repensada em meio ao processo de redemocratização da sociedade brasileira e de consolidação do movimento da reforma sanitária, logo, as preocupações com o ensino de saúde pública propiciaram uma reorientação do mesmo, no sentido de construir um sistema público de saúde centrado na universalidade e integralidade. Em meio a tantas mudanças, refletir e experimentar outras formas de produzir conhecimento, que possibilitassem o acesso dos trabalhadores à pesquisa e aos diversos saberes, tornaram-se fundamentais na área da saúde.

Nesse sentido, a EPS busca rever e construir novos saberes a partir da reflexão de problemas nos serviços, articulando o ensino e a prática e produzindo um saber técnico especializado que confere mais segurança para os indivíduos, portanto, uma proposta de formação em saúde com o viés da reflexividade e dos sistemas peritos de Giddens (1991).

É com essa mesma perspectiva que a EPS se aproxima da sociologia das ausências de Santos (2007) e ainda, ao revisar constantemente o cotidiano da saúde a partir das problematizações ela pode conferir à formação em saúde o lugar central proposto por Ceccim (2005) e com isso tornar todos os indivíduos envolvidos com a saúde e a EPS em sujeitos sociais. Por fim, para este trabalho a EPS é compatível com a proposta da sociologia das emergências de Santos (2007) porque ela questiona a forma já existente de formação em saúde e é uma possibilidade para novas práticas de ensino e de trabalho, com potencial de mudanças profundas na saúde e com isso a possibilidade de estreitar ainda mais os vínculos da formação em saúde com a consolidação da democracia brasileira.

Este trabalho tentou demonstrar a relação entre a construção da democracia e da saúde pública brasileiras, tendo na EPS um dos mecanismos de fortalecimento desse vínculo, mas com o devido esclarecimento de que eles não são os únicos. Porém, tanto a democracia brasileira quanto o SUS e os seus instrumentos de participação popular, ainda são experiências novas, sob a perspectiva histórica, por isso, ainda não consolidadas no Brasil.

## 5. Referências

Amâncio Filho, A. (2004). Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. *Interface*, 6, 15, 375-380.

Boltanski, L. *As classes sociais e o corpo* (3 ed.). Rio de Janeiro: Edições Graal, 1989.

Ceccim, R. B. & Feuerwerker, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2004, v 14, n 1, p. 41-65.

Ceccim, R. B. *Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário*.

*Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v.9, n.16, 161-77. 2005.

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832005000100013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100013&lng=en&nrm=iso). Acesso em 26 June 2012.

Coutinho, C. N. *Democracia e Socialismo: questões de princípio e contexto brasileiro*. São Paulo: Cortez, 1992. 87 p.

Fleury, S (org). *A questão democrática na saúde*. In: *Saúde e democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos, 1997, pp25-41.

Fleury, S. Socialismo e democracia: o lugar do sujeito. In: Fleury, S. e Lobato, L. V. C. Participação, Democracia e Saúde/ Sonia Fleury e Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato (organizadoras) – Rio de Janeiro: Cebes, 2009, 288p.

Giddens, A. As conseqüências da modernidade. São Paulo: Editora Unesp, 1991.

Merhy, E.E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. Interface-Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.16, p.161-77, 2004/2005.

Ministério da Saúde. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Brasília, 1990. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2010.

Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para a NOB/RH-SUS (incorporadas às diretrizes aprovadas na 11.º Conferência Nacional de Saúde). Brasília (DF); 2001. Disponível em: [http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03\\_1444\\_M.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_1444_M.pdf) Acesso em: 19 nov. 2010.

Ministério da Saúde. Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes para a ação política para assegurar Educação Permanente no SUS. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: 2003. Disponível em: Disponível [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pol\\_fornacao\\_desenvolv.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pol_fornacao_desenvolv.pdf) Acesso em: 19 nov. 2010.

Ministério da Saúde. Portaria Nº 198/GM/MS de 13/02/2004. 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. 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portariagm198polos.pdf> Acesso em: 19 fev. 2011.

Ministério da Saúde. Pró-saúde: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde/Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude>. Acesso em: 15 de março de 2012.

Ministério da Saúde. Pacto pela saúde. Brasília: 2006. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Pacto\\_DAD.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Pacto_DAD.pdf) Acesso em: 25 mai.2011.

Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf). Acesso em 15 de fevereiro de 2012.

Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde : SGETS : políticas e ações / Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio\\_gestao\\_sgts\\_versaofinal.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_gestao_sgts_versaofinal.pdf) Acesso em: 15 de fevereiro de 2012.

Nunes, E. D. Sobre a sociologia da saúde. São Paulo: Hucitec, 1999.

Nunes, E. D. O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

Nunes, T. C. M. Democracia no ensino e nas instituições: a face pedagógica do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

Paim, J. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: Fleury, S. Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p. 11-24.

Pereira, A. L. F. (2003). As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. Cadernos de Saúde Pública, v 19, n 5, 1527-1534.

Pinheiro, V. S. Entre a hegemonia e a polissemia: a política de educação e desenvolvimento para o SUS no contexto do Brasil contemporâneo. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Programa de Pós-graduação em Psicologia Social. Programa de Doutorado Integrado UFPB-UFRN. Natal, RN, 2008. 224 f.

Ponte, C. F. O sanitarismo e os projetos de Nação. In: Ponte, C. F. e Falleiros, I (orgs). Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/COC; FIOCRUZ/EPSJV, 2010.

Santos, B. S. Renovar a crítica e reinventar a emancipação social. São Paulo: Boitempo, 2007.

Vieira, M.; Durão, A. V. R.; Barreto, C. M. G.; Carvalho, V. F. A Política Nacional de Educação permanente em Saúde. In: Análise da Política de Educação permanente em Saúde: um estudo exploratório de projetos aprovados pelo Ministério da Saúde. Rio de Janeiro, 2006, Pp 30-64.

Relatório Final Disponível em: <http://www.observatorio.epsjv.fiocruz.br/home.php?pagina=conteudo.php&Area=Projeto&Num=184&Concluido=1>. Acesso em: 10 de outubro de 2011.