

**FACULDADE CATÓLICA DE ANÁPOLIS
INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCAÇÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM DOCÊNCIA UNIVERSITÁRIA**

**POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE
(PNEPS): UM CAMPO DE SABERES E DE PRÁTICAS
SOCIAIS/COLETIVAS EM CONSTRUÇÃO**

HALAN BASTOS LIMA

ANÁPOLIS
2012

HALAN BASTOS LIMA

**POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE
(PNEPS): UM CAMPO DE SABERES E DE PRÁTICAS
SOCIAIS/COLETIVAS EM CONSTRUÇÃO**

Artigo apresentado à Coordenação da Faculdade Católica de Anápolis, para obtenção do título de Especialista em Docência Universitária sob a orientação do Prof. Ms Robson Luis de Araujo.

ANÁPOLIS
2012

HALAN BASTOS LIMA

POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (PNEPS): UM CAMPO DE SABERES E DE PRÁTICAS SOCIAIS/COLETIVAS EM CONSTRUÇÃO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à coordenação do Curso de Especialização em Docência Universitária da Faculdade Católica de Anápolis como requisito para obtenção do título de Especialista.

Anápolis, 22 de Setembro de 2012.

APROVADO EM: ____/____/____

NOTA: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Ms. Robson Luis de Araújo
Orientador

Profª. Esp. Aracelly R. Loures Rangel
Convidada

Profª. Ms Elaine Abrahão Amaral
Convidada

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	03
1 EDUCAÇÃO, TRABALHO E SAÚDE NO BRASIL: RESGATE HISTÓRICO	05
2 POLÍTICA NACIONAL DE EPS: UMA FERRAMENTA ESTRATÉGICA DE MUDANÇA DAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS	10
2.1 FORMAÇÃO DOS PÓLOS DE EPS	13
3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UM CAMPO DE SABERES E DE PRÁTICAS SOCIAIS/COLETIVAS EM CONSTRUÇÃO	14
CONSIDERAÇÕES FINAIS	18
REFERÊNCIAS	19

POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (PNEPS): UM CAMPO DE SABERES E DE PRÁTICAS SOCIAIS/COLETIVAS EM CONSTRUÇÃO

Halan Bastos Lima¹
Robson Luis de Araujo²

RESUMO: Este estudo objetivou analisar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde enquanto um campo de saberes e de práticas sociais/coletivas em construção. Para tanto, foi realizada uma pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa, utilizando-se de uma análise da bibliografia existente, fundamentada sob as leis, decretos, documentos ministeriais, textos e artigos em periódicos e livros especializados, a fim de melhor esclarecer a complexidade à cerca do tema. As novas dinâmicas sociais, decorrentes do mundo da produção e do desenvolvimento econômico desenfreado, traduzido como sinônimo de progresso impõe mudanças políticas e sociais/comportamentais profundas nos modos de se pensar e trabalhar a formação de profissionais na área da saúde. Após a análise da literatura consultada, conclui-se que não é possível pensar em mudança na formação dos profissionais de saúde sem promover a discussão sobre a articulação ensino/saúde/trabalho, considerando-o como um espaço privilegiado para gestão coletiva, proporcionando uma reflexão crítica sobre a realidade local, aproximando os diversos atores das políticas locais, fortalecendo a participação conjunta e o exercício social da cidadania. É preciso valorizar o conhecimento que é produzido no cotidiano das unidades de saúde, articulando-o com o que é criado e fomentado na universidade, proporcionando assim, uma adequada formação aos profissionais do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Educação Permanente. Educação em Saúde . Educação, Saúde e Trabalho.

INTRODUÇÃO

A necessidade de se organizar processos educativos para os profissionais de saúde sempre esteve presente no contexto histórico das políticas dos serviços de saúde pública, visto que, a formação desses profissionais, era baseada em currículos predominantemente voltados para o modelo biomédico, hospitalocêntrico, curativo, reabilitador, centrado na doença em detrimento às ações de proteção e promoção da saúde, e prevenção e precaução das doenças.

¹Especializando em Docência Universitária pela Faculdade Católica de Anápolis. fisio_halan@hotmail.com

²Mestre em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Docente pela Faculdade Católica de Anápolis. roblu2003@yahoo.com.br

O modelo pedagógico hegemônico de educação para a saúde, denominado modelo tradicional ou bancário¹, é centrado na relação isolada entre educador e educando (fundamentado em uma metodologia de ensino não problematizadora), excluindo a interação social do educando com o ambiente físico de atuação. Este tipo de formação profissional proporciona um distanciamento da realidade social local de sua atuação. Onde o profissional não aprende a exercitar a capacidade de escuta com os usuários, impedindo a incorporação de novas práticas profissionais, negligenciando assim as características, as especificidades e os saberes da coletividade (DAVINI, 2005 apud LOPES et al., 2007).

Desse modo, analisar a ‘relação processo de trabalho e qualificação do trabalhador na área da saúde’ possibilita a interpretação da natureza de um processo de trabalho rígido (inflexível), onde há um controle rigoroso da supervisão (gestão), sobre os trabalhadores que são obrigados a desenvolver um processo de trabalho fragmentado, com tarefas repetitivas, pouco prazerosas e predispostas a desqualificação.

Mesmo dentro deste modelo fragmentado, a necessidade de aperfeiçoamento e formação de pessoal para o setor da saúde se fez necessária também em função do processo de incorporação de novas tecnologias, mudanças no perfil demográfico e epidemiológico, bem como a emergência e/ou reemergência de doenças e agravos.

Frente a esse desafio – para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde, instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) através da Portaria Nº 198/GM/MS, em 13 de fevereiro de 2004² (BRASIL, 2004). A qual foi consolidada pela Portaria Nº 1.996/GM/MS, em 20 de agosto de 2007, transformando tais práticas profissionais e aproximando-as dos princípios e diretrizes de um sistema à saúde realmente integral.

Entretanto, não obstante, faz-se necessário evidenciar a seguinte problemática:

Qual o atual estado da produção científica sobre Educação Permanente em Saúde no Brasil e quais as suas contribuições para desenvolvimento dos profissionais trabalhadores da

¹ Neste contexto, 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 crescimento (DAVINI, 2005 apud LOPES et al., 2007)

² Essa concepção, de acordo com o Ministério da Saúde, propõem que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços. Propõem-se, portanto, que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde, estruturados a partir da problematização do processo de trabalho, tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde (BRASIL, 2004).

saúde, uma vez que o modelo pedagógico hegemônico de educação para a saúde, denominado modelo tradicional, isola o educando, excluindo-o da interação social com o meio ambiente físico de atuação profissional?

Diante dessa realidade e percebendo a importância do debate sobre o tema, a Educação Permanente em Saúde (EPS) apresenta-se sobre duas perspectivas, por um lado como uma proposta/ferramenta de ação estratégica que visa a qualificar e transformar a atenção à saúde, e por outro como um problema, apresentando-se como um campo de saberes e práticas sociais/coletivas em construção, com lacunas profundas entre as necessidades de aprendizagem em saúde e as necessidades do trabalho, induzindo-nos a uma reflexão crítica sobre as práticas de atenção, gestão e formação profissional.

A proposta deste estudo não é analisar as ações das esferas de gestão na área da Educação em Saúde, nem impor mecanismos para o seu desenvolvimento. Este estudo parte do entendimento de que a EPS veio ao encontro das necessidades de aperfeiçoar estes mecanismos, tornando-os mais participativos, respeitando o conhecimento dos profissionais e ampliando os espaços de aprendizagem no próprio local de trabalho.

Nesse contexto, como afirma Guimarães et al. (2010), a educação dever ser (re)pensada como um exercício coletivo de valorização das experiências e da criatividade individual, buscando novos instrumentos para o trabalho. Como consequência, educar torna-se o (re)inventar e a (re)construção do conhecimento de forma personalizada, transpondo o mero preparo de mão de obra para o mundo globalizado, buscando a capacitação do profissional, um transformador da realidade, um reavaliador crítico. Esta condição favorece a redescoberta do indivíduo social, das suas potencialidades, dos seus limites e de alguma maneira, subsidia o desenvolvimento de suas potencialidades.

Frente a essas considerações e acreditando na importância do processo ensino-aprendizagem no ambiente de trabalho, aqui referido, particularmente aos profissionais inseridos no sistema público de saúde, realizou-se o presente estudo.

1 EDUCAÇÃO, TRABALHO E SAÚDE NO BRASIL: RESGATE HISTÓRICO

Há uma longa história a ser contada sobre a absorção da educação permanente pelo setor saúde. Sua matriz genealógica no setor educacional tomava a educação com o sentido de processo, que envolve historicidade, mutações, sendo preciso considerá-la como representando algo inacabado, como a sua própria condição de existência (MANCIA et al., 2004, p.605).

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 (LOPES, et al., 2007, p. 149).

No Brasil, a educação em saúde vem sofrendo atualizações ao longo das últimas décadas, através de discussões coletivas, na busca de melhorias da qualidade dos serviços. As Conferências Nacionais de Saúde já apontavam a inadequação da formação profissional dos trabalhadores da saúde frente à realidade encontrada nos serviços de saúde em todo o território nacional (LEMOS, 2010).

Com efeito, Lopes et al. (2007, p.150) ao analisar o processo histórico da Educação Permanente no Brasil, aponta que

[...] em 1977, na VI Conferência Nacional de Saúde, a educação continuada apareceu de forma explícita pela primeira vez, referindo-se a 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 tema. 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.

Assim, segundo Oliveira et al. (2011), a educação em serviço foi o primeiro conceito posto em marcha de acordo com as Conferências Nacionais de Saúde, como forma de ajustamento dos profissionais às reais necessidades de saúde nos serviços públicos, principalmente no que tange ao final da década de 60 e no decorrer das décadas de 70 e 80.

No Brasil, na década de 1960, dá-se ênfase ao desenvolvimento de recursos humanos para a área da saúde pública. A IV Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1967, foi intitulada ‘Recursos humanos para as atividades de saúde’, que buscou explicitar a importância do tema para o desenvolvimento econômico e social do País (LEMOS, 2010). Assim, reivindicava a necessidade de serem criadas estratégias urgentes de capacitação para os trabalhadores de nível médio e elementar da saúde.

Nesta Conferência de Saúde, torna-se clara a associação entre saúde e desenvolvimento econômico³.

³ Com o progresso do capitalismo (apropriando-se cada vez mais da ciência e da tecnologia), o conhecimento – que no pensamento marxiano era entendido como valor de uso – passa a ser cada vez mais apreendido também como valor de troca, ou seja, passa a constituir-se também como mercadoria (PEREIRA; RAMOS, 2006).

A saúde dimensiona-se para além de um cuidado essencial para a dignidade humana e passa a ser compreendida como elemento econômico para o desenvolvimento e crescimento do País. Seja para o avanço do capital, para a produção no trabalho, seja para a esfera direta do consumo de mercadorias, necessita-se de um indivíduo sadio, disciplinado, dedicado ao trabalho (LEMOS, 2010, p.82).

A educação, tanto no seu sentido mais genérico de formação humana, quanto nas suas particularidades como formação profissional específica, não fica imune às deformações produzidas pelo capital. Sob a égide capitalista, o sentido hegemônico de aliança trabalho/qualificação profissional é claro: na cidade hierárquica, cabe à educação formar profissionais disciplinados, dedicados ao trabalho e, portanto, produtivos para o capital (PEREIRA; RAMOS, 2006).

A ideia do trabalhador disciplinado, **adestrado**, ganhou com o taylorismo um aliado poderoso. Ao final da década de 60, o país é marcado pelo **complexo médico-industrial**, reconhecido por Mendes (1988 apud LEMOS, 2010) como uma ampliação na integração entre o Estado, as múltiplas empresas de serviços médicos e as empresas industriais em saúde para prestação de serviços de saúde.

Os serviços do Estado, mediante recursos previdenciários, asseguraram a predominância do modelo médico assistencial privatista na prestação de serviços de saúde, levando à constituição de empresas capitalistas no setor e consequentemente à maior tecnificação do ato médico e do assalariamento em larga escala de seus profissionais. Além disso, as indústrias farmacêuticas criam necessidades sociais de consumo, seja em relação às mercadorias produzidas, seja na fabricação de equipamentos e maquinarias médicas de última geração e alta tecnologia, estimulando à realização de exames complementares, exigindo, consequentemente a formação de trabalhadores especializados e com novas habilidades para lidar com estas novas tecnologias (MENDES, 1988 apud LEMOS, 2010, p.57).

Para Lemos (2010) a tecnologia organizacional, que surgia como sinônimo de progresso, desenvolvimento e crescimento econômico era traduzido em fragmentação de tarefas com ação mecanizada, repetitiva, acentuando a alienação e acarretando em várias profissões a desqualificação dos trabalhadores.

Esse modelo de saúde impulsiona o crescimento dos trabalhadores de saúde no País. Segundo Médici (1986 apud LEMOS, 2010), entre 1966 a 1974, os postos de trabalho inseridos nas atividades hospitalares evoluem de 150.123 para 303.098, com uma taxa geométrica anual de 9,2%. Nesse período, aumenta o peso dos empregos desqualificados nas atividades hospitalares, particularmente de atendentes, que passam de 32.137 para 85.541, com um incremento anual de 13,02%. Esses dados referem-se à expansão do setor saúde, incluindo o público e o privado. O crescimento veio acompanhado do aumento da absorção de

mão de obra de baixa qualificação (os atendentes), passando de 21,4% em 1966 para mais de 30% em 1980, dos postos de trabalho em estabelecimentos de saúde.

Esse período é marcado pelo desenvolvimento de cursos e ‘treinamentos aligeirados’ para atender às novas demandas do expansionismo do setor saúde (VIEIRA et al., 2006 apud LEMOS, 2010). Esse crescimento da área de saúde brasileira não se reverteu, todavia em ganhos para a população, principalmente pela evidência conferida a um modelo de saúde voltado para os interesses do capital nacional e internacional. O modelo de medicina curativista/reabilitadora, focado na lógica hospitalar, com ênfase em tecnologias de altos custos, impossibilitou que a maioria da população tivesse acesso aos cuidados com a saúde.

Desse modo, com a argumentação de se estar atento à diversidade das ações de saúde exigidas para estes trabalhadores, é fortalecida a ideia de qualificação profissional descentralizada e mais voltada para os problemas sociais locais (PEREIRA; RAMOS, 2006). Ressalta-se a ideia de formação profissional dos trabalhadores de nível médio e auxiliar, fortalecendo a estratégia de substituição dos profissionais de ensino superior, em regiões onde faltavam médicos e trabalhadores da saúde de nível superior.

Em 1975, foi criado o Sistema Nacional de Saúde, pela Lei nº 6229, que previu ações relativas ao trabalho individual e coletivo, dando suporte aos programas de medicina comunitária. A V Conferência Nacional de Saúde, evidenciou a proposta do Sistema Nacional de Saúde, assim como distribuição da força de trabalho em saúde. Nessa mesma época, é criado os Programas de Extensão de Coberturas (PECs) (LEMOS, 2010). Os PECs que tiveram maior expressão no país, segundo Pereira e Ramos (2006, p. 34), foram o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal da Saúde (PREPS) e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS).

Em 1977, é realizada a VI Conferência Nacional de Saúde, que evidencia o agravamento do déficit previdenciário, dando amplo destaque aos hospitais universitários, às equipes de saúde e às ações preventivas educacionais. Na década de oitenta, ampliam-se ainda mais os empregos em saúde. A VII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1980, registrou no seu relatório a implantação do PREV-SAÚDE, a reestruturação e ampliação dos serviços de saúde, a ampliação das ações preventivas, a ênfase nos problemas de saúde coletiva e a reafirmação da necessidade de formação profissional qualificada para os trabalhadores do nível médio e fundamental da saúde (LEMOS, 2010, p. 59-60).

Assim, possibilitando estratégias que conduzissem à viabilização de escolas e centro de formação do Sistema Único de Saúde (SUS), cria-se o projeto de Formação em Larga Escala (PEREIRA; RAMOS, 2006) que tinha como principal objetivo a formação profissional de trabalhadores de nível médio e fundamental nos vários serviços de saúde, devido à visível

necessidade de ampliar as ações de proteção e promoção da saúde, melhorando a qualidade da formação profissional.

O Larga Escala é entendido pelo Ministério da Saúde como proposta que alia pontos positivos da formação profissionalizante realizada tanto pelos serviços de saúde, quanto pelas instituições educativas.

Segundo documentos do Ministério da Saúde trata-se de combinar num único mecanismo três elementos essenciais:

[...] a) o ensino supletivo, que confere flexibilidade em termos de carga horária, tempo de formação, corpo docente [...] b) o treinamento em serviço que proporciona melhor ajustamento entre o tipo de qualificação e as necessidades operacionais das instituições de saúde [...] c) o caráter de habilitação oficialmente reconhecida pelo sistema educacional, o que enseja o estabelecimento de padrões mínimos para o processo de capacitação, facilita a promoção profissional e o acesso a outros níveis de formação (BRASIL, 1982 apud PEREIRA; RAMOS, 2010, p. 37).

Para Pereira e Ramos (2010, p.38) o Projeto de Formação em Larga Escala,

[...] ainda que pesassem críticas pertinentes sobre a sua concepção ideológica e prática, era um aliado importante contra a naturalização das ações de saúde feitas por trabalhadores de níveis médios e fundamentais. Além disso, foi certamente influenciado pelo movimento da Reforma Sanitária e outros movimentos sociais, visto que, a partir da segunda metade da década de 1970, a sociedade civil brasileira, bruta e atingida pelo golpe militar de 1964, começava discretamente a se (re)organizar, quebrando o controle hegemônico de grupos privilegiados, bem como resguardando a prática democrática e instigando os interesses políticos de uma sociedade até então, politicamente adormecida.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, demarca um novo capítulo na história das políticas públicas de saúde no país. Além do conceito ampliado de saúde e a construção dos princípios, enfatiza questões sobre a força de trabalho em saúde e desencadeia a realização da I Conferência Nacional de Recursos Humanos (BRASIL, 1986 apud LEMOS, 2010).

Segundo Lemos (2010) a educação continuada dos trabalhadores foi o tema da I Conferência Nacional de Recursos Humanos, e foi reconhecida como estratégia favorável a reorganização dos serviços, devendo ser planejada com integração ao setor de serviços e desenvolvimento de recursos humanos das instituições de saúde e do setor formal de ensino, de modo a atender as necessidades específicas por área e categorias profissionais.

A realização de uma Conferência de Recursos Humanos em Saúde, de certa forma, retratou a importância de uma educação profissional de qualidade como elemento imprescindível para a consolidação do processo de reforma sanitária (LEMOS, 2010). Para que se conquiste uma nova política pública de saúde, há necessidade de formação de

trabalhadores, que deixem a visão tradicional – hospitalocêntrica, curativa e reabilitadora – e adotem os novos referenciais da saúde coletiva.

Contudo, faz-se necessário esse resgate histórico da discussão acerca da formação profissional em saúde, compreendido entre o período da década de 1960 até a implantação do SUS, devido a sua importância e complexidade a cerca do entendimento deste assunto.

Nessas décadas, a educação dos profissionais de saúde esteve sob influência do cenário político e cultural permeado por distintos processos sociais que de alguma forma (direto ou indiretamente) (re)desenharam sua trajetória no SUS.

2 POLÍTICA NACIONAL DE EPS: UMA FERRAMENTA ESTRATÉGICA DE MUDANÇA DAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS

Diversas são as perspectivas de mudanças na formação dos profissionais da saúde, as quais incluem a reflexão crítica e a transformação da interface ensino-aprendizagem no processo de trabalho dos serviços de saúde. Para Henriques (2005 apud ALBUQUERQUE et al., 2008), tem-se visto movimentos na direção de transformações dos velhos e complexos modelos de ensino para formação na saúde, os quais se mostram incapazes de responder adequadamente às necessidades apresentadas pela população. Tais movimentos oscilaram, ao longo das duas últimas décadas, na intensidade e na concentração presentes em diferentes áreas profissionais

Segundo Cristina (2005 apud LOPES et al., 2007, p. 152),

[...] o modelo pedagógico hegemônico de educação para a formação dos profissionais de saúde é centrado na relação isolada professor-aluno. 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 significativo, transformação ou crescimento pessoal e/ou profissional.

Lopes et al. (2007, p. 152-153) fomenta que 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.

Assim a EPS aproxima o mundo do trabalho do mundo da educação, o meio ambiente de aprendizagem é o próprio espaço físico e social dos serviços de saúde e de gestão do SUS, onde esta aproximação com a realidade social possibilita um aprendizado fundamentado em uma metodologia ativa e problematizadora da realidade, que busca a articulação entre teoria e prática, conduzindo à reflexão crítica das práticas reais de profissionais reais no cotidiano das ações de serviços de saúde no SUS.

Desta forma a natureza da EPS possui semelhanças com Política e Educação de Paulo Freire, pois ambas fundamentam-se na aprendizagem significativa.

A educação é permanente não porque certa linha ideológica ou certa posição política ou certo interesse econômico o exijam. A educação é permanente na razão, de um lado, da finitude do ser humano, de outro, da consciência que ele tem de sua finitude. Mais ainda, pelo fato de, ao longo da história, ter incorporado à sua natureza ‘não apenas *saber que vivia*, mas *saber que sabia* e, assim, saber que podia saber mais’. A educação e a formação permanente se fundam aí (FREIRE, 1995, p. 20).

Partindo dessa perspectiva, analisar a educação em saúde como campos abrangentes, interdisciplinares, dinâmicos e complexos, possibilitam compreender a complexa articulação entre saberes/práticas/saberes, em diferentes níveis de compreensão e intervenção, junto às coletividades e seus processos de saúde, implicando aos atores sociais, distintos compromissos políticos/educacionais/sociais. Compreende-se educação em saúde numa dimensão mais ampla, abrangendo múltiplas dimensões políticas/educacionais/sociais, reconhecendo os indivíduos como sujeitos portadores de saberes, conceitos, experiências e culturas variadas.

Para a criação de uma política pública que reestruturasse 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 estratégia escolhida foi à EPS, pois esta proposta acredita no potencial educativo da reflexão coletiva das práticas de saúde (LOPES et al., 2007).

Para Moreno et al. (2005) o eixo da EPS concretiza-se nos movimentos já presentes no processo de formação, redefinindo as concepções de aprendizagem, conhecimento, ensino, e estudo no ambiente de trabalho e nos serviços (espaços coletivos socialmente construídos).

Assim, a Política Nacional de EPS explicita a relação de proposta com os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia de Cuidado Progressivo à Saúde na rede do SUS,

[...] onde se considere a organização e o funcionamento horizontal dos recursos, das tecnologias e da disponibilidade dos trabalhadores em saúde para garantir a oportunidade, a integralidade e a resolução dos processos de atenção à saúde, da gestão, do controle social e da produção social de conhecimento. Uma cadeia de cuidados progressivos à saúde rompendo com o conceito de sistema verticalizado, trabalhando com a ideia de rede, de um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatoriais de especialidades e hospitais gerais e especializados em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurado adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde dos indivíduos e da coletividade (BRASIL, 2004, p. 03).

O objetivo do Ministério da Saúde fundamenta-se na construção de uma Política Nacional de formação e desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores da saúde, por meio da construção de Pólos de EPS (instâncias interinstitucionais e localregionais/rodas de gestão) que contemplem a elaboração multiprofissional de projetos coletivos de: mudanças na educação técnica, na graduação, nas especializações, nas residências médicas ou quaisquer outras estratégias de pós-graduação. Proporcionando o desenvolvimento intelectual e crítico dos trabalhadores e gestores em saúde, fortalecendo o compromisso dos gestores (estaduais e municipais) com a formação profissional e o compromisso com o sistema de saúde (BRASIL, 2004).

Desse modo, a EPS incorpora-se ao cotidiano das organizações de saúde (postos de saúde, hospitais de ensino, instituições de ensino em saúde, etc.), colocando o SUS como um interlocutor ativo na formulação e implementação dos projetos político-pedagógicos de formação profissional, indo além do mero receptor para o campo de estágio ou aprendizagem prática (MOREIRA, 2010).

Nessa nova relação de ensino/educação/saúde, desaparece o processo de ensino-aprendizagem verticalizado, e entra a dinâmica da roda (gestão coletiva), fundamentada em uma metodologia problematizadora, induzindo o exercício de uma coordenação com a capacidade descentralizadora dos municípios. A noção de gestão colegiada proporciona a participação e aproximação dos diversos atores das políticas locais de formação de desenvolvimento para o SUS, em uma operação conjunta, onde todos exercem o protagonismo e a produção coletiva das políticas públicas de saúde, fortalecendo a participação social e o exercício da cidadania (LEMOS, 2010).

Propõe-se assim, a criação, implementação e mobilização de Pólos de EPS para o SUS, contribuindo para o avanço da saúde pública, diversificando e estimulando a superação

dos limites de uma formação hegemônica, proporcionando a interação de docentes e estudantes nos cenários práticos de saúde em todo o território nacional, (re)direcionando a uma atenção realmente integral à saúde.

2.1 FORMAÇÃO DOS PÓLOS DE EPS

Os Pólos de EPS 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 lócus 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 SUS (LOPES et al., 2007).

São espaços onde diferentes atores sociais de diversas instituições poderão se encontrar e pensar de forma coletiva as múltiplas questões referentes à formação e desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde, isso ocorrendo sempre em um determinado território locorregional que contemple as necessidades e os problemas reais de cada localidade.

Para que isso de fato aconteça, o Pólo deve ter condução e coordenação colegiada, quebrando-se a regra hegemônica da verticalidade na gestão da educação permanente (por isso a ideia de pólos colegiados/rodas). O Colegiado de Gestão dos Pólos serão totalmente responsáveis pela condução e coordenação coletiva da EPS como uma nova estrutura organizativa. Esta iniciativa nasce fortemente comprometida com o projeto ético-político da Reforma Sanitária Brasileira e propõe a co-responsabilidade entre educação, gestão, atenção e controle social em bases locorregionais (BRASIL, 2004).

Desse modo, o Pólo de EPS para o SUS se caracteriza como gestão colegiada e tem natureza política e crítico-reflexiva, podendo ser compostos por (BRASIL, 2004):

- Gestores estaduais e municipais de saúde e de educação;
- Instituições de ensino com cursos na área da saúde, docente e estudantes;
- Escolas de saúde e demais centros formadores do SUS;
- Hospitais de ensino, serviços de saúde e trabalhadores do SUS; e

- Movimentos sociais ligados à gestão social das políticas públicas de saúde e às instâncias de controle social do SUS.

3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UM CAMPO DE SABERES E DE PRÁTICAS SOCIAIS/COLETIVAS EM CONSTRUÇÃO

Atualmente, a EPS tem sido considerada uma importante ferramenta na construção e qualificação da competência do profissional, contribuindo para a (re)organização do trabalho.

Para Peduzzi (2009) o principal desafio é estimular o desenvolvimento da consciência e da reflexão crítica nos profissionais sobre seu contexto de atuação, pela sua responsabilidade para com seu processo de capacitação profissional e formação continuada. Trata-se de uma tarefa difícil, complexa e dinâmica que requer a participação ativa de diferentes atores sociais.

Frente a esse desafio para a consolidação do SUS, a Política Nacional de EPS tem se apresentado desde então, em diversos estudos e relatos práticos que contemplam sua implantação e analisam seus resultados, tanto na formação inicial, quanto na formação continuada de diferentes profissionais de saúde.

Essa construção do saber de forma coletiva e integrada é apontada por estudiosos como novidade, onde os atores sociais são desafiados a assumirem uma postura profissional de mudança por meio da reflexão crítica das práticas de trabalho em equipe.

Ferreira (2001 apud CELESTE, 2003) ressalta a importância da formação básica na atenção primária, reconhecendo que já ocorrem mudanças substanciais na direção do fortalecimento do trabalho coletivo e recomenda a extensão do modelo pedagógico ao longo de toda a vida, caracterizando a EPS e permitindo concentrar a formação básica na atenção primária.

Assim a busca incessante da integralidade da atenção à saúde é um desafio que está posto.

[...] educar reformando e reformular educando já constitui uma prática e, neste momento, muitos grupos de trabalho existentes nos Sistemas de Saúde e de formação em saúde no Brasil têm a possibilidade de institucionalizar essa ação, valorizando a participação de gestores, profissionais e representantes da sociedade civil numa estratégia afirmativa de construção da qualidade, da integralidade e da inclusão como políticas e práticas expressas no cotidiano do SUS (CELESTE, 2003, p. 02).

Amoretti (2005, p. 142) em seus estudos sobre a Educação Médica Diante das Necessidades Sociais em Saúde,

[...] acredita que o mundo da medicina e da saúde está em crise. O excesso de tecnologias que se renovam continuamente se contrapõe à completa carência de acesso aos mais elementares recursos da medicina e da saúde pública para grande parte da população. Para muitos, o médico é um vilão egoísta e insensível, fruto do capitalismo, representante dos interesses das indústrias farmacêuticas e biotecnológicas.

Neste contexto, a educação profissional carece de uma reflexão crítica que possibilite a adequação do médico às expectativas sociais/coletivas de uma determinada comunidade. Por isso, é necessário considerar possíveis mudanças no modelo hegemônico de formação dos médicos e do próprio sistema de saúde. Assim, como afirma Amoretti (2005, p. 142) o perfil dos novos profissionais da saúde está se delineando por exigências da sociedade.

Buss (2003 apud BESEN et al., 2007) pontua sobre este estilo de pensamento, onde a 'educação em saúde' é abordada como estratégia fundamental e entendida de forma ampliada, vista como um jeito novo de pensar e fazer a saúde, onde as pessoas são vistas em sua autonomia e em seu contexto político e cultural como sujeitos capazes de superar o instituído e serem os seus próprios instituintes de um novo modo de vida saudável.

Nesse sentido, Mota e Aguiar (2007), ao estudar a formação profissional para atenção à saúde do idoso, ressaltam a necessidade de integração entre ensino-serviço proposta pela EPS. Ao mesmo tempo ressaltam a necessidade de proporcionar ao aluno o contato físico com diferentes cenários de ensino-aprendizagem.

A expectativa é de que a participação dos estudantes das diversas carreiras no cotidiano dos serviços permitirá a vivência responsável de realidades distintas, permitindo ao processo pedagógico situar seu eixo na solução de problemas encontrados em cada uma delas, potencialmente transformando o processo de trabalho [...] (MOTA; AGUIAR, 2007, p. 371).

Afirmam ainda que as mudanças propostas para a educação médica só passarão a afetar os serviços de saúde após dez ou quinze anos de sua implantação. A escola médica e a universidade podem e devem empregar seus potenciais recursos a fim de superar este desafio. Acreditam que estratégias cabíveis para o enfrentamento desse problema na graduação, podem ser estimuladas desde já, colocando em prática estratégias como a educação permanente para os profissionais em atuação nas redes de serviços de saúde.

Murofuse et al. (2009, p. 03-09) ao analisar as atividades de formação/capacitação e as necessidades regionais de saúde de 22 municípios da 10ª Regional de saúde do Paraná, revela que

[...] a maioria dos trabalhadores que atuam na Atenção Básica frequentou algum tipo de atividade de formação/capacitação no período avaliado. No entanto, os conhecimentos adquiridos nem sempre foram empregados no cotidiano profissional, em razão dos problemas organizacionais e gerenciais existentes. Em relação ao vínculo empregatício, 78,7% possuíam apenas um vínculo, 50,2% eram contratados como servidores públicos e 25,2% eram contratados de forma precária, evidenciando a incorporação da lógica da improdutividade e da inflexibilidade no setor, o que se torna um complicador para o desenvolvimento prático dos projetos de educação permanente pela adesão reduzida, alta mobilidade e rotatividade dos trabalhadores em projetos institucionais [...]

Parte do pressuposto de que trabalhadores da saúde não devem ser considerados propriamente insumos, mas sujeitos ativos, com potencialidades de se desenvolver em direção da autonomia intelectual, sendo capazes de aderir a projetos de transformação profissional sem deixar de reconhecer que mudanças nas práticas políticas somente se concretizam com a ação coletiva e integralizada de múltiplos atores envolvidos com movimentos sociais.

No mesmo ano, Tronchin et al. (2009) ao identificar, caracterizar, e analisar as atividades educativas desenvolvidas com os profissionais de saúde, à luz das concepções de integralidade, trabalho coletivo e educação permanente, em três hospitais públicos de uma região do Município de São Paulo, com cerca de 400.000 habitantes, destaca que

[...] os resultados evidenciaram um perfil de ações educativas distante da concepção de integralidade, pois nos três hospitais predominaram as atividades contemplando a temática assistencial voltada para a técnica e a recuperação da saúde. As categorias que se referem às ações educativas orientadas para a promoção e proteção da saúde e/ou prevenção, precaução e recuperação de doenças representaram apenas 4,9% (TRONCHIN et al., 2009, p. 04).

Constatando assim a fragilidade da abordagem integral/coletiva da saúde nos processos educativos dos profissionais que executam e se responsabilizam pela assistência e cuidado integral à saúde dos usuários, negligenciando o caráter polissêmico da integralidade, impossibilitando a articulação das ações de promoção e proteção da saúde, prevenção, precaução e recuperação de doenças. Evidenciando que, nos hospitais estudados, predominam-se o modelo clínico de assistência individual, bem como a fragmentação das ações, colocando-se distante das concepções de práticas integrativas, trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar.

Buccini, Martins e Sanches (2009), na tentativa de conhecer as perspectivas dos profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF) sobre o processo de EPS, situados nos distritos administrativos de Anhanguera, Perus, Jaraguá, São Domingos e Pirituba, localizados

na região norte do estado de São Paulo, revelam em seus estudos a existência de uma grande distância entre o que preconizado pela Política Nacional de EPS e a realidade social pesquisada.

Os participantes dos grupos entrevistados consideram que a formação recebida durante a formação na graduação e/ou pós-graduação foi muito especializada, não favorecendo atitudes e habilidades ligadas à tarefa de 'cuidar' da população de forma integral e singular [...] os gestores setoriais privilegiam a cobrança de produção/metras, revelando pouco interesse em estimular os profissionais a participar ou desenvolver algum projeto de educação permanente (BUCCINI; MARTINS; SANCHES, 2009, p. 52).

As dificuldades encontradas vão desde questões institucionais e gerenciais até questões que envolvem os processos de trabalho e o envolvimento popular. Somente a partir do enfrentamento dessas dificuldades, poderão surgir possibilidades a serem conquistadas e trabalhadas, para que então, possa se concretizar o fortalecimento da Política Nacional de EPS, por meio de ações estratégias fundamentadas nas reais necessidades das Estratégias de Saúde da Família (ESF), podendo gerar mudanças nas práticas de atenção à saúde.

Araújo et al. (2007) ao realizar uma revisão da literatura científica sobre a formação dos profissionais da saúde, verificou-se que no Brasil há uma lacuna entre os problemas da realidade e a organização disciplinar do conhecimento que orienta a formação inicial e a formação continuada dos profissionais de saúde.

Formar profissionais de saúde sob a perspectiva da integralidade constitui uma proposta desafiadora, uma vez que significa a ruptura não só com um modelo tradicional de formação como também implica na reorganização dos serviços e na análise crítica dos processos de trabalho [...] (ARAÚJO et al., 2007, p. 27-28).

Observa-se uma carência de espaços coletivos entre instituições de ensino superior e unidades de saúde, onde se possam ser confrontadas as formas de saber e saber fazer com o que a realidade social local apresenta. Para Araújo et al. (2007), o campo prático não deve ser entendido como espaço apenas para verificação de idéias, mas também de construção de novas teorias.

É preciso ousar e ser capaz de assumir uma nova visão de mundo, a qual se reflete no modo como se encara o paciente, o seu sofrimento e as suas inserções na realidade que o cerca. Implica também em propor novas soluções para os problemas que afetam pessoas e populações, assim como, também, com base nessa visão mais abrangente adotada, buscar soluções para as novas demandas, antes ocultas ou negligenciadas, que então se tornam explícitas (ARAÚJO et al., 2007, p. 28-29).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Educação em saúde, então, é um campo de saberes e práticas sociais/coletivas em construção, é um campo a ser trabalhado sobre a perspectiva de produção de conhecimento e gestão das práticas sociais em saúde.

Por se tratar de uma proposta governamental, a análise da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS) possibilita a interpretação de uma saúde pública construída pela sociedade civil brasileira, historicamente marcada pelo modelo pedagógico hegemônico, centrado na relação isolada entre educador e educando, na assistência médica curativista/reabilitadora e nas especialidades, tendo como referência o ambiente hospitalar, apontando para mudanças no contexto da saúde e da educação/formação profissional.

Nesse novo contexto, surge a necessidade de reorganizar os processos educativos dos profissionais de saúde, rompendo como o modelo pedagógico hegemônico. Trata-se de um convite a mudança necessária, que provoca incômodo, descontentamento, mas busca propiciar espaços democráticos/coletivos que integrem a discussão acerca dos problemas do cotidiano, buscando modificar os processos gerenciais do trabalho, as práticas sócias e as relações entre os profissionais.

No entanto, a revisão bibliográfica revelou que a concepção de saúde construída de forma integral/coletiva, que valoriza a autonomia intelectual dos profissionais, a integração do conhecimento humano com o conhecimento científico e o saber popular (construídos de forma coletiva à luz da importância da EPS para transformação das práticas profissionais), não foram suficientes para proporcionar uma ruptura com o modelo pedagógico hegemônico (biologicista e de mercado).

Não é possível pensar em mudança na formação dos profissionais de saúde sem promover a discussão e articulação entre ensino/saúde/trabalho, considerando-o como um espaço privilegiado para gestão coletiva, proporcionando uma reflexão crítica sobre a realidade local, aproximando os diversos atores das políticas locais, fortalecendo a participação conjunta e o exercício social da cidadania. É preciso valorizar o conhecimento que é produzido no dia-a-dia das unidades de saúde, articulando-o com o que é criado e fomentado na universidade, proporcionando assim, uma adequada formação aos profissionais do SUS.

Diante desse quadro e para convite à mudança, conclui-se que somente a partir do enfrentamento coletivo dessas dificuldades, poderão surgir tímidas e efetivas possibilidades a

serem conquistadas e trabalhadas, para que então, possa se concretizar o fortalecimento da Política Nacional de EPS, tendo como metas principais, a criação de estratégias que permitam a reflexão e a análise crítica dos processos de trabalho e dos processos de formação, facilitando a identificação de possíveis problemas e a elaboração conjunta de estratégias para a superação dos mesmos.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, V.S. et al. Integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Rev. Brasileira de Educação Médica**. 2008, 32 (3): 356–362. Disponível em:<www.scielo.br/pdf>. Acesso em: 22 jun. 2012.

AMORETTI, R. A Educação Médica diante das Necessidades Sociais em Saúde. **Rev. Brasileira de Educação Médica**. 2005. Disponível em:<<http://www.ghc.com.br/gnc>>. Acesso em: 10 jun. 2012.

ARAÚJO, D. et al. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Rev. Baiana de Saúde Pública**. V.31, Supl.1, p.20-3, jun. 2007. Disponível em:<www.bvsintegralidade.iciet.fiocruz.br/php>. Acesso em: 22 jun. 2012.

BESEN, C.B. et al. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. **Rev. Saúde e Sociedade**. v.16, n.1, p.57-68. 2007. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2012.

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 (DF): Ministério da Saúde; 2004.

BUCCINI, G.S.; MARTINS, M.C.F.N.; SANCHES, M.T.C. **O processo de educação permanente em saúde: percepção de equipes de saúde da família**. São Paulo, 2009. Disponível em:<www.periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf>. Acesso em: 22 jun. 2012.

CELESTE, T. Educação permanente: um novo olhar sobre a aprendizagem no trabalho. **Cadernos ABEM**. V. 01. Maio de 2004. Disponível em:<www.abem-educmed.org.br/pdf>. Acesso em: 22 de jun. 2012.

FREIRE, P. **Política e Educação**. São Paulo: Ed. Cortez, 1995, 2. Ed. (Coleções questões da nossa época: v. 23).

GUIMARÃES, E.M.P. et al. Educação Permanente em Saúde: Reflexões e desafios. **Rev. CIENCIA Y ENFERMERIA XVI** (2): 25-33, 2010. Disponível em:<www.scielo.cl/pdf/cienf/pdf>. Acesso em: 13 fev. 2012.

LEMOS, C.L.S. **A concepção de educação da política nacional de educação permanente em saúde.** 2010. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Educação, 2010.

LOPES, S.R.S. et al. Potencialidades da educação para a transformação das práticas de saúde. **Rev. Ciência Saúde.** 2007; 18(2): 147-155. Disponível em:<www.fepecs.edu.br/revista>. Acesso em: 10 jun. 2012.

MANCIA, J.R. et al. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), 2004, set/out; 57(5):605-10. Disponível em:<www.scielo.br/pdf>. Acesso em: 22 jun. 2012.

MOREIRA, M.C. **Educação permanente em saúde:** revisão sistemática da literatura científica. Porto Alegre, 2010. Disponível em:<www.lume.ufrgs.br/pdf>. Acesso em: 13 jun. 2012.

MORENO, L.R. et al. Jornal Vivo: relato de uma experiência de ensino-aprendizagem na área da Saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.195-204, 2005.

MOTA, L.B.; AGUIAR, A.C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. 2007. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva.** V.12, n.2, p.363-372. Disponível em:<www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 22 jun. 2012.

MUROFUSE, N.T. et al. Diagnóstico da situação dos trabalhadores em saúde e o processo de formação no pólo regional de educação permanente em saúde. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem.** 2009 maio-junho; 17(3). Disponível em:<www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 22 jun. 2012.

OLIVEIRA, F.M.C.S.N. et al. Educação permanente e qualidade da assistência à saúde: aprendizagem significativa no trabalho da enfermagem. **Chía, Colômbia.** Vol. 11 Nº 1 – Abril, 2011. Disponível em:<www.erevistas.csic.es/ficha_articulo.php>. Acesso em: 22 jun. 2012.

PEDUZZI, M. et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.** V.13, N.30, p.121-34, jul./set. 2009. Disponível em:<www.scielo.br/pdf/icse/v13n30/v13n30a11.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2012.

PEREIRA, I.B.; RAMOS, M.N. **Educação Profissional em Saúde.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

TRONCHIN, D.M.R. et al. Educação permanente de profissionais de saúde em instituições públicas hospitalares. **Rev. Escola de Enfermagem – USP.** 2009; 43(Esp. 2): 1210-5. Disponível em:<www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 22 jun. 2012.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the National Policy on Permanent Health Education while a field of knowledge and social/collective under construction. To this end, we conducted an exploratory study with a qualitative approach, using an analysis of existing literature, based on the laws, decrees, ministerial documents, papers and articles in journals and specialized books in order to better clarify the complexity of the topic about . The new social dynamics arising from the world of production and rampant economic development, the translated synonymous with progress requires political change and social/behavioral in profound ways of thinking and working to train health professionals in the field. After reviewing the literature, it is concluded that it is not possible to think of change in the training of health professionals without further top discussion on the joint education/health/work, considering it as a privileged space for collective management, providing a reflection about criticism the local reality, approaching the various actors of local policies, strengthening the joint participation and the exercise of social citizenship. One must appreciate the knowledge that is produced daily in the health units, linking it with what is created and fostered at the university, thus providing adequate training for professionals in the Unified Health System.

Keywords: Continuing Education. Health Education. Education, Health and Labor.