

# Integração ensino-serviço e políticas de educação profissional em saúde: Projeto Larga Escala e Educação Permanente em Saúde

## *Teaching and service integration and professional education policies in healthcare: Large Scale Project and Continuing Education in Healthcare*

Tereza Miranda Rodrigues<sup>1</sup>

1. Mestre. Secretaria de Estado da Saúde/Escola de Saúde Pública do Paraná-Centro Formador de Recursos Humanos

---

**CONTATO:** Tereza Miranda Rodrigues | Rua Amadeu do Amaral, 1750, Bloco 8, Apt.23 | Portão. Curitiba - PR | CEP 80.330-240 | E-mail: terezamirod@yahoo.com.br

Dissertação de Mestrado: Políticas de Educação Profissional em Saúde: Projeto Larga Escala e Educação Permanente – uma análise comparativa. Universidade do Vale do Itajaí. 2009.

**Resumo:** No âmbito do Sistema Único de Saúde, criado num contexto de transformações e reformas nas políticas sociais brasileiras, uma das preocupações é a formulação de políticas educacionais para trabalhadores do setor coerente com esse sistema. Duas importantes políticas de educação profissional em saúde, o Projeto Larga Escala e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde são exemplos de respostas a essa preocupação. Para este estudo a Análise Documental constituiu o percurso metodológico, com a Resolução CIPLAN nº 15, de 11 de novembro de 1985 e a Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Implantadas em momentos diferentes pelo Ministério da Saúde, as duas políticas apresentam em comum o conceito da integração ensino-serviço como substrato ao processo de organização do sistema de saúde brasileiro. A presença do conceito revela a importância da sintonia entre formação e serviço, aspecto sempre em destaque no campo da saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Educação em Saúde. Políticas Públicas. Integração Docente-Assistencial.

**Abstract:** In the context of the National Health System, created in the context of changes and reforms in the Brazilian social policies, one of the concerns is the formulation of educational policies for professionals in this field that are coherent with this system. Two important professional education policies on healthcare, the Large Scale Project and the National Policy of Permanent Education in Healthcare are examples of responses to this concern. For this study, the Document Analysis was the methodological approach, with CIPLAN Resolution No. 15 of November 11, 1985 and Ordinance No. 198 / GM / MS, 13 February 2004. Established at different times by the Ministry of Health, the two policies have the concept of teaching-service integration in common, as a substrate to the organization process of the Brazilian health system. The presence of this concept shows the importance of harmony between training and service, an aspect that is always highlighted in the health field.

**KEYWORDS:** Health Education. Public Policies. Integrating Teaching and Care.

## Introdução

A formulação de políticas educacionais no setor saúde no Brasil tem como traço característico o atendimento das demandas do sistema de saúde ao longo dos anos. As discussões sobre formação de recursos humanos para a saúde são concomitantes à dinâmica de reorganização dos serviços tendo importante papel nesse processo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), através de cooperação técnica.

As décadas de 1960, 1970 e 1980 foram marcadas pela reação de grupos mobilizados, como o Movimento da Reforma Sanitária (MRS), que buscou recuperar a democracia e plantar nova proposta de saúde. Este movimento se destacou ao envolver a sociedade a lutar pela reorganização da saúde, entendendo saúde como um direito a ser contemplado nas políticas públicas. Dessa movimentação se derivou a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), em 1977, e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), em 1979<sup>1</sup>. A sociedade brasileira vivenciou significativas mudanças que marcaram a redemocratização do país pós 1964.

Estrategicamente o movimento “inicia os anos 80 propondo como linha tática a ocupação dos espaços institucionais e a formulação/implementação ativa de políticas de saúde frente à crise previdenciária do Estado”<sup>2</sup>. Suas proposições visavam à reforma do setor, com a construção de uma nova política de saúde, democrática, com base em elementos essenciais

como a descentralização, universalização e unificação, características, portanto, de um projeto contra-hegemônico. Apesar de embates e contradições na implementação da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) ao longo das décadas, o movimento colocou em cena uma experiência histórica inovadora, que ainda está em curso na atualidade.

A década de 1980 constituiu referencial histórico importante, alguns atores da RSB ocuparam posições no aparelho estatal e, mesmo ladeados pelas forças conservadoras, desempenharam papel decisivo na aprovação de um projeto de formação de trabalhadores para a saúde de abrangência nacional, o Projeto Larga Escala (PLE) dentro da política educacional desenvolvida pelo Ministério da Saúde (MS)<sup>4</sup>. Ramos e Pereira<sup>3</sup> lembram a luta de educadores da saúde por projetos a favor de instituições que respondessem pela educação profissional dos trabalhadores de nível médio e fundamental.

Dois fatores contribuíram para essa aprovação. Havia o aumento da demanda por serviços de saúde, que por sua vez demandava trabalhadores qualificados, e a questão da integração desses serviços no Sistema Nacional de Saúde (SNS), para superação da dicotomia existente na prestação de serviços pelos MS e Ministério da Previdência e Assistência Social<sup>4</sup>. Esta situação em que dois ministérios eram responsáveis pela política de saúde representava o alto grau de centralização e fragmentação, o que resultava em “superposições, descoordenações e ausência de controle”<sup>5</sup>, o que reduzia a eficácia e a eficiência da ação

governamental. Uma das recomendações da V Conferência Nacional de Saúde (CNS), que fora realizada em agosto de 1975, para a reorganização dos serviços de saúde, era a união entre as ações preventivas e as ações curativas<sup>6</sup>.

Esse conceito de integração foi incorporado no PLE, expresso em sua aprovação atrelada às Ações Integradas de Saúde (AIS) e na proposta pedagógica voltada à integração ensino-serviço. Preconizado há muito tempo, pelos ideais da medicina preventiva e comunitária, o conceito já aparecia, por influência da OPAS, nos desenhos das propostas de formação de trabalhadores de saúde no Brasil, a exemplo do Projeto de Preparação Estratégica de Pessoal para a Saúde (PPREPS), na década de 1970<sup>4</sup>.

Em meio a ânimos exaltados no mundo da saúde e da educação surgiu o PLE, influenciado pelo movimento da RSB.

Como pilares desse Projeto e com base em seu aparato legal, a Resolução CIPLAN nº 15 de 11 de novembro de 1985, ocorreu a criação de centros formadores em nível nacional, com autorização das Secretarias de Estado da Educação para descentralização; as capacitações pedagógicas para o preparo de trabalhadores do setor saúde, com formação de nível superior para docência, o instrutor-supervisor; adoção do currículo integrado para viabilizar a integração ensino-serviço e da metodologia da problematização. O PLE trouxe profundas alterações na política de formação e capacitação do pessoal da saúde visando a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população<sup>7</sup>.

O PLE é uma referência histórica primorosa na educação profissional em saúde, influenciado pelo MRS, que acarretou mudanças institucionais no País e deixou como legado para os trabalhadores do setor o caminho para a formulação de uma política educacional em saúde mais abrangente, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

Esta vigora atualmente no cenário educacional do SUS, instituída pela Portaria GM/MS nº 198 de 13 de fevereiro de 2004<sup>8</sup> e atualmente definida pela Portaria GM/MS nº 1996 de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre novas diretrizes e estratégias de implementação<sup>9</sup>.

O objetivo, neste artigo, é apresentar uma breve discussão a respeito da integração ensino-serviço, um dos fundamentos conceituais de formulação dessas duas políticas, perene historicamente na área da formação de recursos humanos para a saúde. Portanto, não se trata de descrever o PLE ou a PNEPS, a despeito da vasta literatura existente, mas sim de mostrar a articulação entre o conceito de integração ensino-serviço e a formulação dessas políticas, conceito corrente ao processo de organização e

reorganização dos serviços ante a dinâmica da construção e estruturação do sistema de saúde brasileiro.

Pode-se afirmar a perenidade do conceito de integração ensino-serviço, desde o PREPS, o PLE, presente hoje e fundamental para a consolidação da PNEPS no âmbito do SUS.

## Projeto Larga Escala

O Projeto de Formação de Pessoal de Nível Médio em Larga Escala foi desenvolvido na década de 1980 em decorrência do Acordo Interministerial MS/MEC/MPAS/OPAS, instituído no âmbito da Cooperação Técnica OPAS-Brasil, em 1973<sup>7</sup>. A Resolução CIPLAN nº 15 de 11/11/85 aprovou o PLE como estratégia prioritária ao preparo de Recursos Humanos no âmbito das AIS, que buscavam a integração de serviços e ratificou a participação Interministerial das SES, de Educação e da OPAS<sup>10</sup>.

O PLE é considerado um modelo inovador ao preparo de RH de nível médio e elementar, necessário àquela dinâmica do setor saúde, em que a proposta de integração institucional na prestação de serviços rumava à reorganização da política de saúde. Num contexto educacional de tendências pedagógicas tradicionais, baseadas na transmissão do conhecimento produzido pelas sociedades ao aluno, o PLE vem redimensionar o ato educativo na saúde.

Devido ao contexto marcado pelo aprofundamento da crise econômica, grande contingente de trabalhadores de nível médio atuava na saúde sem o devido preparo, já que tiveram que abandonar os bancos escolares para buscar seu sustento e de seus familiares. Pela necessidade de trabalhar, deixaram os bancos escolares, perdendo a oportunidade do ensino formal, tanto de educação geral como de educação profissional. Segundo Santos e Souza<sup>11</sup>, esses trabalhadores eram adultos que provinham de camadas populares, marginalizados pelo sistema formal de ensino e precisavam de uma formação para a cidadania. Assim, o PLE tinha como objetivo principal a qualificação desse pessoal.

Na época havia sido feito um estudo sobre os trabalhadores de saúde que mostrou essa realidade:

"O estudo da força de trabalho foi feito por Roberto Nogueira e Sábado Nicolau Girardis. Roberto Passos Nogueira comprovou por meio desse estudo o panorama crítico da desqualificação. Eu não gosto muito da palavra desqualificação, eu diria da falta de qualificação específica dos trabalhadores que, por sua vez desqualificava também o ato do cuidado da atenção à saúde". (informação verbal - em entrevista realizada em Brasília, em 15 de julho de 2009)<sup>1</sup>

Este perfil desses trabalhadores reporta a uma dívida social marcada pela exclusão, própria de sociedades elitistas.

Para Ramos e Pereira<sup>3</sup>, em entrevista realizada em Brasília (em 15 de julho de 2009), este projeto veio para atender a necessidade de formação profissional de trabalhadores de nível médio e fundamental da saúde.

Construído coletivamente e a partir de uma concepção filosófica de resgate social e de cidadania, o PLE assume o caráter de ultrapassar a visão utilitarista dos treinamentos realizados até então e introduz sua dimensão política de “viabilizar a formação para a cidadania plena através da legitimação social da sua prática e sua qualificação específica”<sup>11</sup>. Assim o PLE surgiu “com base filosófica no conceito de formação, o qual transcende a mera aquisição de habilidades intelectuais e psicomotoras”<sup>12</sup>. Conceitualmente, a noção de formação do PLE compreendia o “desenvolvimento integral das capacidades e potencialidades cognitivas do indivíduo, o estímulo ao aprimoramento de habilidades intelectuais e psicomotoras que não apenas se vinculariam ao exercício profissional”<sup>4</sup> com amplitude à constituição do cidadão e ao desenvolvimento da cidadania.

Com base nessa concepção de formação e coerente com o ideário da RSB, o PLE imprimiu concretude à integração ensino-serviço na qualificação dos trabalhadores de nível médio. Esta integração se efetivava a partir do currículo integrado, que tornava possível a análise crítica da realidade dos serviços, com a participação de gestores e componentes de equipe junto aos alunos e instrutores, com vistas à reorganização desses serviços<sup>3</sup>. O currículo integrado gera mudança no processo de trabalho, “instaura-se uma nova relação entre as pessoas da equipe, alteram-se os instrumentos e equipamentos de trabalho”<sup>4</sup>.

O conceito alcançava sua dimensão prática mediada pelo instrutor-supervisor, responsável pela formação dos trabalhadores de saúde:

“Por isso que, bem compreendendo a integração ensino-serviço como conceito trazido, e como uma prática com instrumentos e métodos não conclui-se nos textos. Ela se apresenta num exercício prático fantástico de análise de uma coisa que já existia que era o currículo, fazendo os exercícios analíticos, globais, as operações mentais de representação, relação, ligadas à ação, as idas e vindas, as sucessivas aproximações ao objeto em questão, quais eram os conceitos-chave. Então se mergulhava na estrutura do sujeito, na estrutura do objeto, e você destrinchava aquilo ali de modo que você compreendia como era possível em cada um daqueles passos você ajudar alguém a aprender alguma coisa” (Informação verbal - em entrevista realizada em Curitiba, em 16 de junho de 2009)<sup>2</sup>.

A integração ensino-serviço vem sendo preconizada há bastante tempo, foi defendida pelos militantes da medicina comunitária e era um dos objetivos do PPREPS, a constituição de dez regiões docente-assistenciais de saúde. Estas regiões compreendiam território demograficamente expressivo, com os três níveis de complexidade da atenção à saúde, gestão compartilhada dos serviços de saúde entre as instituições formadoras de RH e as prestadoras de serviço<sup>4</sup>.

Então, a expressão documental que refere o Projeto como modelo “que responderia às necessidades de preparo de RH inerentes à proposta de integração na prestação de serviços”<sup>10</sup> está se referindo ao aspecto peculiar do PLE que é a formação com base no currículo integrado, aliando conhecimento às necessidades do serviço, com reflexão sobre processo de trabalho. Assim os trabalhadores, com um perfil crítico-reflexivo, estariam aptos a atuar num sistema de saúde em transformação.

Ao primar pela integração ensino-serviço e possibilitando a apropriação da estrutura do conhecimento pelo aprendiz, tornava-o sujeito participante das transformações que se fizessem necessárias em suas realidades. Caracterizava, destarte, uma educação articulada à experiência em serviço.

O Projeto preconizava a estruturação curricular integrada, para uma formação integral profissionalizante, favorável à integração ensino-serviço, envolvendo alunos, profissionais e gestores na reorganização deste serviço. Santos, citada por Ramos e Pereira<sup>3</sup>, lembra a utilização do “processo de formação como um processo de discussão de melhoria das condições dos serviços prestados à população [...]”.

Davini<sup>13</sup> refere-se ao currículo integrado como “um plano pedagógico e sua correspondente organização institucional que articula dinamicamente trabalho e ensino, prática e teoria, ensino e comunidade”.

Este projeto alcançou legitimidade ao trazer conceitos inovadores, entre eles o da integração ensino-serviço, em sua proposta educacional para os trabalhadores do setor saúde, marcando definitivamente sua opção político-pedagógica, contrária à perspectiva utilitarista que caracterizava os treinamentos feitos até então.

## **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**

A Educação Permanente (EP) é um conceito antigo na eira educacional, advindo de questões vastas e adversas a respeito das ideias e métodos pedagógicos tradicionais<sup>14</sup>. O autor lembra que “o esforço educativo

terá de ser continuado muito para além da idade escolar, a fim de poder garantir a distribuição dos conhecimentos e os tipos de formação [...]”<sup>14</sup>.

Ele ainda refere que:

“As transformações que se produzem nos princípios e nas estruturas do Estado têm como efeito que os cidadãos são chamados a tarefas e responsabilidades novas”<sup>14</sup>, que só poderão assumir com competência desejável se tiverem recebido formação conveniente.

Em longo prazo, a EP pressupõe uma transformação profunda do conjunto do sistema educativo, com objetivo de uma sociedade mais eficiente, mais aberta, em que o homem é respeitado em suas dimensões e aspirações<sup>14</sup>.

Knechtel<sup>15</sup> informa a origem remota da EP e sua presença na vida do homem “como conjunto de modalidades de desenvolvimento do saber elaborado”, ao longo de toda a existência humana. A autora, reportando-se à evolução da EP refere princípios iluministas para uma educação integral, total e humana. Ela completa dizendo que

“A EP se propõe em sua tradição iluminista, iniciada por Rousseau e Kant, reforçada por princípios pedagógicos elaborados por Pestalozzi e Grundvig, transformar o homem e a mulher [...] em cidadãos do mundo, pessoas responsáveis e autônomas que, ao se formarem e aprimorarem, formam, reformam e aprimoram o mundo em que vivem [...]”<sup>15</sup>.

Gadotti<sup>16</sup> refere que no mesmo ano de 1968, ano do movimento estudantil ocorrido em vários países, principalmente na França, ocorreu a 15ª Conferência Geral da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). Esta, “analisando a crise da educação, propôs uma nova orientação chamada educação permanente: os sistemas nacionais de educação deveriam ser orientados pelo princípio de que o homem se educa a vida inteira”<sup>16</sup>. Sob um conceito extremamente amplo de educação, esse princípio da EP foi retomado como conceito-chave no Ano Internacional da Educação em 1970 para orientar as políticas educacionais dos países membros, complementa o autor<sup>16</sup>.

Para a UNESCO a EP pode ser concebida como uma aprendizagem contínua cuja duração se confunde com a vida acadêmica e profissional<sup>17</sup>. Estes autores destacam como objetivos da EP numa organização, entre outros: permear a carreira profissional e ocorrer de forma extramuros escolar<sup>17</sup>.

De acordo com Lengrand<sup>14</sup>, a educação pertence ao domínio do ser; possibilita a aprendizagem e a formação ao longo da vida, e possibilita ainda que o indivíduo seja

agente e instrumento de seu próprio desenvolvimento através do autodidatismo.

O conceito de EP foi introduzido na saúde a partir de estudos desenvolvidos no âmbito da OPAS na década de 1970. A Organização “percebendo a formação inadequada das equipes de saúde frente à realidade dos serviços, introduziu o debate para a construção de um novo modelo pedagógico para a mudança das práticas de saúde”<sup>17</sup>. De acordo com os autores a proposta de EP foi disseminada na América Latina visando desenvolver a relação entre trabalho e educação, a partir do princípio que a identificação de necessidades e a busca de solução para problemas encontrados geram conhecimento. Nesta experiência é válido e reconhecido todo o saber já consolidado, independente de sua origem ou do modo como foi adquirido. “A atividade do trabalhador pode ser o ponto de partida de seu saber real, determinando, desta maneira, sua aprendizagem subsequente”<sup>17</sup>.

No Brasil, Souza<sup>18</sup>, em seus estudos sobre EP para a OPAS, na busca de reconceituação dos processos de capacitação de pessoal trabalhador de saúde, refere a importância da análise de algumas categorias relacionadas aos processos educativos, como: o contexto onde ocorrem, as necessidades de aprendizagem, o próprio processo educativo, a monitoria e o seguimento dos mesmos. Na sequência a estes estudos foram elaborados outros documentos para orientação das políticas de EP na perspectiva da transformação das práticas que vigoravam na época.

Haddad, Roschke e Davini<sup>19</sup> definem a Educação Permanente em Saúde (EPS) como a educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho nos diferentes serviços, com a finalidade de melhorar a saúde da população.

No âmbito do SUS o conceito de EP aparece num dos seus alicerces normativos, a NOB/RH-SUS:

“EP: constitui-se no processo de permanente aquisição de informações pelo trabalhador, de todo e qualquer conhecimento, por meio de escolarização formal ou não formal, de vivências, de experiências laborais e emocionais, no âmbito institucional ou fora dele. Compreende a formação profissional, a qualificação, a requalificação, a especialização, o aperfeiçoamento e a atualização. Tem o objetivo de melhorar e ampliar a capacidade laboral do trabalhador, em função de suas necessidades individuais, da equipe de trabalho e da instituição em que trabalha”<sup>20</sup>.

Ceccim<sup>21</sup> coloca a EP como uma vertente pedagógica que ganhou o estatuto de política pública apenas na área da saúde, por isso a designa EPS. Para ele, ao mesmo

tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas, a EP insere-se na construção de relações e processos que vão desde o interior das equipes, às práticas organizacionais, até às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais.

Essa Política, apresentada pelo MS por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), foi aprovada em setembro de 2003, pelo Conselho Nacional de Saúde como a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a EPS. Logo depois foi instituída pela Portaria GM/MS nº 198 de 13 de fevereiro de 2004, expressando o compromisso do MS com a formação de trabalhadores para o sistema. Atualmente está definida pela Portaria GM/MS nº. 1996 de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre novas diretrizes e estratégias de implementação. Nesta política, o caráter mais amplo da integração ensino-serviço é verificado na expressão documental:

“Considerando que a Educação Permanente é o conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira (RSB), para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde”<sup>9</sup>.

Para a qualificação das práticas de saúde, a integração tratada neste texto pode incidir no serviço promovendo a incorporação dos valores proclamados no arcabouço legal do SUS, na prática dos serviços de saúde.

Um exemplo real de integração ensino-serviço em que a EPS pode incidir nos problemas de saúde, o que marca sua riqueza, que suas ações envolvem diferentes atores e gestão, requerendo o olhar e ver, dando sentido à atenção:

“É expressivo o número de crianças que vem para a unidade de saúde com fratura de membros, pernas, braços. Se os trabalhadores não estiverem atentos ao processo de trabalho, trabalhando como equipe, essa situação passa despercebida e aumenta o custo. Não é custo financeiro, é custo social! Porque uma criança com braço quebrado, uma criança com a perna quebrada vai ter dificuldade na escola! A equipe que está trabalhando como uma pluralização de vida obtém resolubilidade. Uma escola que muda o piso, todas as crianças são originárias da mesma escola! Mesmo que se fizesse todo o processo educacional não iria resolver nunca, se a equipe não tivesse percebido a necessidade de rever junto aos gestores que aquele piso não era adequado. Mesmo com uma alternativa intermediária vai se incidir no problema de saúde. Caso contrário o problema permanece” (Informação verbal - em entrevista realizada em Curitiba, em 02 de julho de 2009)<sup>3</sup>

A EPS se constitui como eixo transformador do sistema no que se refere à articulação entre Educação e Saúde, e seu objetivo central é a transformação da organização do trabalho e das práticas profissionais a partir das necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde.

A consolidação da EPS requer ações no âmbito da formação técnica, graduação e pós-graduação, da organização do trabalho, da interação com as redes de gestão e de serviços de saúde e do controle social do setor<sup>21</sup>.

Ceccim e Feuerwerker<sup>22</sup> referem o Quadrilátero da Formação em que formação, atenção, gestão e controle social se integram nas discussões e orientações sobre EP, implicando na “construção e organização de uma gestão da educação na saúde integrante da gestão do sistema de saúde”<sup>22</sup>.

A EPS propõe que as ações educativas adotem a problematização da prática como estratégia pedagógica, contextualizando a formação às bases sociais, políticas e tecnológicas que sustentam os processos de trabalho em saúde<sup>21</sup>.

Ceccim<sup>23</sup> enfatiza que “a aprendizagem significativa transcende da implicação ensino-serviço para a problematização do instituído, fórmulas e modelos – disruptura, e experimentação – vivência”. Essa aprendizagem é motivada pelo desejo ativo do educando pela apropriação de novos saberes e práticas<sup>23</sup>. Trata-se de uma química simples que articula três finalidades substantivas sendo: os critérios de mudança para as transformações e a definição de prioridades; a análise dos problemas da prática, que determinam o conteúdo do programa educativo; e as propostas de ação. Estabelece assim a relação teórico-prática, ou seja, entre o saber e sua finalidade social e institucional (Quintana, Roschke e Ribeiro, 1985?)<sup>24</sup>.

Lembra Ceccim<sup>21</sup> a importância da contextualização na análise de problemas institucionais, e a EP pode nortear as iniciativas de desenvolvimento dos profissionais e as estratégias de transformação das práticas de saúde.

A EP se configura numa bandeira que porta a necessidade de transformação nos serviços de saúde e implica em transformação cultural. Propõe avançar para um programa educativo integral, com a revisão crítica da cultura institucional, a apropriação ativa do saber científico e o fortalecimento dos objetivos de equipe<sup>24</sup>. Essa é a relevância do conceito de EP ser trazido para a área da saúde que, ante transformações, requer novos rumos para as práticas educacionais.

## Considerações finais

Fundamental para a reorientação das práticas dos serviços de saúde, a integração ensino-serviço constrói historicidade no campo da educação dos trabalhadores de saúde e hoje, na PNEPS, ele apresenta a ideia de uma integração em maior âmbito frente ao SUS, seus princípios e diretrizes e compreende a integração com a gestão, a gerência e o controle social. Para a qualificação das práticas de saúde, a integração de que trata o texto documental pode incidir no serviço promovendo a incorporação dos valores proclamados no arcabouço legal do SUS, na prática dos serviços de saúde. Integração ensino-serviço no âmbito da EPS tem link no processo de trabalho. Desta forma, em consonância com as reais necessidades do serviço, o conceito transcende o espaço do trabalho em saúde, para que o conhecimento produzido tenha relevância social. Na PNEPS há um resgate da importância do conceito no PLE e ele assume caráter mais abrangente. Em ambos os momentos a presença do conceito no campo da Educação Profissional em Saúde é fruto de uma reflexão crítica acerca de todo um entorno das práticas do trabalho e da educação na área da saúde. A perspectiva é a da transformação dessas práticas, um elemento fortalecedor do SUS.

## Referências bibliográficas

- Nunes TCM. Democracia no ensino e nas instituições: a face pedagógica do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
- Faleiros VP, Silva JFS, Vasconcelos LCF, Silveira RMG. A construção do SUS. Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p. 41.
- Ramos MN, Pereira IB. Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
- Alves FAP, Paiva CHA. Recursos Críticos: História da Cooperação Técnica Opas-Brasil em Recursos Humanos para a Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
- Teixeira SF. Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; 1989. p. 28.
- Lima JCF, Braga IF. Memória da Educação Profissional em Saúde no Brasil. Anos 1980-1990. Rio de Janeiro: 2006. [Acesso em 15 de junho de 2009]. Disponível em <[http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio\\_ObservaRH/EPSJV-FIOCRUZ/Memorias\\_educacao\\_profissional.pdf](http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/EPSJV-FIOCRUZ/Memorias_educacao_profissional.pdf)>
- Gryschek AL de FPL, Almeida AH de, Antunes MN, Miyashiro SY. Projeto Larga Escala: Uma proposta pedagógica atual. Revista da Escola de Enfermagem. 2000; v(34, n.2): p.196-201.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº. 198 de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União. 16 fev 2004.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº. 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. 22 ago 2007.
- Brasil. Resolução CIPLAN Nº. 15 de 11 de novembro de 1985. Dispõe sobre a aprovação do Projeto de Formação em "Larga Escala de Pessoal de Nível Médio". Diário Oficial da União. 19 nov 1985.
- Santos I dos, Souza AA. Formação de Pessoal de Nível Médio pelas Instituições de Saúde: Projeto Larga Escala, uma experiência em construção. Saúde em Debate. 1989; p. 61-64.
- Ministério da Previdência e Assistência Social/Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Programa de Formação de Pessoal de Nível Médio. Rio de Janeiro, (mimeo), 8p.1987. p. 1.
- Davini MC. Currículo Integrado. Capacitação Pedagógica para Instrutor/Supervisor. 1999; p. 35-55, 1999. p. 45.
- Lengrand P. Introdução à Educação Permanente. Tradução de Dr. Antônio R. dos Santos. Livros Horizonte, LTDA. Copyright: Unesco; 1970.
- Knechtel MR do. Educação Permanente: da reunificação alemã a reflexões e práticas no Brasil. 3ª ed. Curitiba: Editora da UFPR; 2001. p. 78.
- Gadotti M. História das idéias pedagógicas. 8ª ed. São Paulo: Editora Ampliada; 2006. p. 271.
- Lopes SRS, Piovesan ETA de, Melo LO de, Pereira MF. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. Com. Ciências Saúde. 2007; 18 (2): 147-155.
- Souza AMA de, Galvão EA de, Santos I dos, Roschke MA. Processo educativo nos serviços de saúde. Desenvolvimento de Recursos Humanos. 1991. n.1.
- Haddad J Q, Roschke MA, Davini MC. Educación Permanente de Personal de Salud. 1994.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS). 3ª Ed. Brasília: MS; 2005a. p. 32. [Acesso em 03 de maio de 2009]. Disponível em [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/nob\\_rh\\_2005.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/nob_rh_2005.pdf).
- Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. 2005a; V. 9, (16): p. 161-77.
- Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. PHYSIS: Revista Saúde Coletiva. 2004;14(1):41-65. p. 41.
- Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciência e Saúde Coletiva. 2005b; 10 (4):975-986. p. 982.
- Quintana PB, Roschke MAC, Ribeiro ECO de. Educação Permanente: processo de trabalho e qualidade de serviço de saúde. [1985?]. [Acesso em 10 de agosto de 2009]. Disponível em <http://www.foxitsoftware.com>.

DATA DE SUBMISSÃO: 25/04/2016

DATA DE ACEITE: 23/05/2016