



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL

LANYSBERGUE DE OLIVEIRA GOMES

**A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA TRABALHADORES/AS DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL**

BRASÍLIA

2024

LANYSBERGUE DE OLIVEIRA GOMES

A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA TRABALHADORES/AS DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade de Brasília, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Política Social.

Orientador: Prof. Dr. Reginaldo Ghiraldelli

BRASÍLIA

2024

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

GG633p Gomes, Lanysbergue de Oliveira
A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA TRABALHADORES/AS
DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL /
Lanysbergue de Oliveira Gomes; orientador Reginaldo
Ghiraldelli. -- Brasília, 2024.
106 p.

Dissertação (Mestrado em Política Social) -- Universidade
de Brasília, 2024.

1. TRABALHO, EDUCAÇÃO E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE. 2. O
PROCESSO FORMATIVO DE TRABALHADORES(AS) NO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE. 3. A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E A POLÍTICA DE
EDUCAÇÃO PERMANENTE. 4. A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO
PERMANENTE NO ÂMBITO DO DISTRITO FEDERAL. 5. POLÍTICA
SOCIAL, POLÍTICA DE SAÚDE. I. Ghiraldelli, Reginaldo,
orient. II. Título.

LANYSBERGUE DE OLIVEIRA GOMES

A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA TRABALHADORES/AS DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade de Brasília, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Política Social.

Orientador: Prof. Dr. Reginaldo Ghiraldelli

Aprovada em: 29/05/2024.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Reginaldo Ghiraldelli (Orientador)
Universidade de Brasília - UnB

Prof^ª. Dra. Fernanda de Oliveira Sarreta
Universidade Estadual Paulista - UNESP

Prof. Dr. Suderlan Sabino Leandro
Escola Superior de Ciências da Saúde - ESCS

À minha mãe, Dona Maria do Socorro de
Oliveira Gomes (*in memoriam*).

AGRADECIMENTOS

Gostaria de dedicar este espaço para expressar minha profunda gratidão a todas as pessoas e instituições que desempenharam um papel fundamental na realização deste trabalho.

Primeiramente, meu mais sincero agradecimento vai ao meu orientador, Prof. Dr. Reginaldo Ghiraldelli, cuja orientação e dedicação foram essenciais para o desenvolvimento desta dissertação. Sua paciência e encorajamento perspicazes moldaram não apenas este trabalho, mas também minha trajetória acadêmica como um todo.

Ao Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade de Brasília, expresso minha gratidão por proporcionar um ambiente de aprendizado estimulante e recursos valiosos que contribuíram significativamente para minha formação. Aos professores do Programa, meu reconhecimento por sua orientação acadêmica e apoio ao longo deste percurso.

À minha família, especialmente minha companheira Hayeska e meus filhos Izabel e Luí, cujo amor incondicional, sacrifício e apoio inabalável foram a força motriz por trás de cada conquista alcançada. Suas palavras de estímulo e suporte emocional foram meu refúgio nos momentos de desafio, e sua crença em mim me deu a determinação necessária para perseverar.

Aos meus amigos e colegas de estudo, agradeço por compartilharem comigo não apenas conhecimento acadêmico, mas também risadas, desafios e momentos de descontração que tornaram esta jornada mais leve e memorável. Suas amizades e apoio foram uma fonte constante de inspiração.

Ao Grupo de Estudos e Pesquisa Trabalho, Sociabilidade e Serviço Social - TRASSO, meus sinceros agradecimentos pelas discussões estimulantes e apoio mútuo ao longo deste processo. As trocas e os diálogos em cada reunião foram inestimáveis para o desenvolvimento das ideias apresentadas neste trabalho.

Agradeço também aos participantes da pesquisa, cujas valiosas contribuições foram fundamentais para a realização deste estudo. Seu tempo, esforço e disposição em compartilhar suas experiências enriqueceram este trabalho de maneira significativa.

Agradecimentos também à Secretaria de Saúde do Governo do Distrito Federal - SESDF, que, para além de ser o campo desta pesquisa, é o espaço cotidiano de atuação de

milhares de profissionais de saúde, os quais lidam diariamente com os desafios de garantir o acesso à saúde como um direito universal a todas as pessoas.

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, pela bolsa concedida ao longo dos dois anos de realização do mestrado, o que me permitiu dedicar-me exclusivamente à pesquisa e ao processo de formação da pós-graduação.

Por fim, expresso minha gratidão a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para esta jornada acadêmica, seja através de palavras de incentivo, apoio financeiro ou simplesmente estando presente quando necessário.

RESUMO

A presente pesquisa objetiva analisar, sob o olhar dos(as) gestores(as) de saúde, os limites e as possibilidades da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), voltada aos(as) trabalhadores(as) da Atenção Primária no Distrito Federal, considerando o que está previsto na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e o Plano de Educação Permanente em Saúde do Distrito Federal (PEPS-DF). Seus objetivos específicos são: 1) Conhecer como está sendo implementada a Política de Educação Permanente em Saúde no âmbito da Atenção Primária do Distrito Federal; 2) Analisar como a PNEPS incide na formação de trabalhadores(as) da Atenção Primária; 3) Identificar os limites e as possibilidades para a efetivação da PNEPS na Atenção Primária no Distrito Federal. Trata-se de uma pesquisa cuja abordagem é eminentemente qualitativa, na qual, para o alcance da finalidade proposta, contou com pesquisas do tipo bibliográfica, documental e de campo. A pesquisa bibliográfica foi realizada a partir das seguintes categorias teóricas de análise: educação permanente em saúde, trabalho e educação, atenção primária. A pesquisa documental, por sua vez, se debruçou sob legislações, normativas, publicações institucionais, bases de dados e de indicadores epidemiológicos, em nível nacional e local, acerca da EPS e da saúde pública em geral. O campo empírico em que se deu a coleta de dados foram os sete Núcleos de Educação Permanente em Saúde (NEPS) da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Ao todo, o Distrito Federal possui sete Regiões de Saúde (Centro-Sul, Leste, Sudoeste, Central, Oeste, Sul e Norte), definidas a partir da territorialização da gestão da saúde e organizadas, institucionalmente, em Superintendências. Os resultados apontaram, dentre outros, para a existência de certa dificuldade, por parte dos(as) gestores(as), em fornecer uma discussão substancial sobre o tema da Educação Permanente, o que pode sugerir uma lacuna no entendimento ou na capacidade de articular os conceitos sobre educação permanente, educação continuada, educação formal e seus objetivos. Ademais, a necessidade de superar questões estruturais, a falta de recursos humanos, o baixo conhecimento sobre a Educação Permanente e, por fim, a não incorporação/adoção pela SES dos princípios preconizados pela PNEPS para a formação dos seus quadros e, conseqüentemente, o fortalecimento do sistema de saúde, se colocam como fortes indicadores das configurações atuais com que a saúde no Distrito Federal tem lidado com a temática da educação permanente.

Palavras-chave: Educação Permanente; Política de Saúde; Trabalho; Educação; Atenção Primária.

ABSTRACT

This research aims to analyze, from the point of view of health managers, the limits and possibilities of the National Permanent Health Education Policy (PNEPS), aimed at Primary Care workers in the Federal District, considering what is provided for in the National Permanent Health Education Policy (PNEPS) and the Permanent Health Education Plan of the Federal District (PEPS-DF). Its specific objectives are: 1) To find out how the Permanent Health Education Policy is being implemented within the scope of Primary Care in the Federal District; 2) To analyze how the National Policy affects the training of Primary Care workers; 3) To identify the limits and possibilities for the implementation of the Permanent Education Policy in Primary Care in the Federal District. This is an eminently qualitative study which, in order to achieve the proposed goal, relied on bibliographical, documentary and field research. The bibliographic research was based on the following theoretical categories of analysis: permanent health education, work and education, primary care. The documentary research, in turn, looked at legislation, regulations, institutional publications, databases and epidemiological indicators, at national and local level, on Permanent Health Education and public health in general. The empirical field in which the data was collected was the seven Permanent Health Education Centers (NEPS) of the Federal District Health Department. In all, the Federal District has seven Health Regions (Centro-Sul, Leste, Sudoeste, Central, Oeste, Sul and Norte), defined based on the territorialization of health management and institutionally organized into Superintendencies. The results pointed, among other things, to the existence of a certain difficulty on the part of the managers in providing a substantial discussion on the subject of Permanent Education, which may suggest a gap in understanding or in the ability to articulate the concepts of permanent education, continuing education, formal education and their objectives.

Keywords: Permanent Education; Health Policy; Work; Education; Primary Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Concepções de Educação Permanente	43
Figura 2 -	Linha do tempo da Educação Permanente	48
Figura 3 -	Regiões Administrativas do Distrito Federal até 2020	58
Figura 4 -	Regiões de Saúde e Regiões Administrativas	63
Figura 5 -	Estabelecimentos de saúde no DF	63
Figura 6 -	Linha do tempo da PNAB no Brasil	70
Figura 7 -	Nuvem com as principais palavras extraídas das entrevistas	87

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 -	Regiões Administrativas do Distrito Federal até o ano de 2022	59
Quadro 2 -	Regiões de Saúde X Regiões Administrativas no DF	72
Quadro 3 -	Perfil dos(as) participantes da pesquisa	81

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CEP	Comitê e Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal de 1988
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CODEPLAN	Companhia de Planejamento do Distrito Federal
DF	Distrito Federal
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
EAD	Educação à Distância
EAPSUS	Escola de Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde
EP	Educação Permanente
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESCS	Escola Superior de Ciências da Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ETESB	Escola Técnica de Saúde de Brasília
FEPECS	Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NEPS	Núcleos de Educação Permanente em Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PDAD	Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílio
PEPS	Plano de Educação Permanente em Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PPC	Projetos Pedagógicos de Cursos

PSC	Programa de Saúde em Casa
PSF	Programa Saúde da Família
RA	Região Administrativa do Distrito Federal
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RIDE	Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES-DF	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
SGTES	Secretaria de Gestão de Trabalho e da Educação em Saúde
SRSCE	Superintendência da Região de Saúde Central
SRSCS	Superintendência da Região de Saúde Centro-Sul
SRSLE	Superintendência da Região de Saúde Leste
SRSNO	Superintendência da Região de Saúde Norte
SRSO	Superintendência da Região de Saúde Sudoeste
SRSOE	Superintendência da Região de Saúde Oeste
SRSUS	Superintendência da Região de Saúde Sul
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	TRABALHO, EDUCAÇÃO E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE.....	20
2.1	Considerações teóricas acerca do tema trabalho	20
2.2	Considerações teóricas acerca do tema educação	28
2.3	Considerações teóricas acerca do tema trabalho e educação no âmbito da saúde	32
3	O PROCESSO FORMATIVO DE TRABALHADORES(AS) NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE.....	39
3.1	Considerações teóricas sobre a Educação Permanente	41
3.2	A Educação Permanente no SUS: implementação e desdobramentos	49
4	A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NO ÂMBITO DO DISTRITO FEDERAL: ELEMENTOS PARA A REFLEXÃO.....	56
4.1	O Distrito Federal: formação histórica e territorial	56
4.2	A Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde: avanços e desafios	64
4.3	A Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal	70
4.4	A Política de Educação Permanente no SUS no Distrito Federal: contextualização histórica e fundamentação legal	73
5	ASPECTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA E A ANÁLISE DA COLETA DE DADOS	77
5.1	A metodologia da pesquisa: tipos de pesquisa e estratégias de coleta de dados	77
5.2	A pesquisa de campo e os contornos da educação permanente em saúde na atenção primária no DF sob o olhar dos(as) gestores(as)	80
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	89
	REFERÊNCIAS.....	92

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	99
APÊNDICE B - CARTA DE REVISÃO ÉTICA.....	100
APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	101
ANEXO A - ACEITE INSTITUCIONAL DA SES-DF.....	103
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA	104

1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa objetiva analisar, sob o olhar dos(as) gestores(as), os limites e as possibilidades da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), voltada aos(as) trabalhadores(as) da Atenção Primária no Distrito Federal, considerando o que está previsto na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e o Plano de Educação Permanente em Saúde do Distrito Federal (PEPS-DF).

O lastro histórico do Brasil dos anos 1970 e 1980 testemunha a perversa herança de uma ditadura cívico-militar no país, instalada desde a década de 1960. O regime que politicamente assumiu a face opressora, autoritária e arbitrária, na área da saúde, priorizou um modelo de assistência pouco resolutivo, de natureza excludente e restrito, pois preconizava, mormente, as práticas curativas em detrimento dos reais problemas de saúde que atingiam as populações (Paim, 2015).

Com a redemocratização, as reivindicações dos partidos políticos, intelectuais, movimentos sociais, sindicatos, entidades de classe e estudantis, população do campo e da cidade, irrompem o tecido social em busca de mudanças estruturais necessárias. No campo da saúde pública e coletiva, as discussões da Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, no ano 1978, muniram o surgente movimento que deu origem ao Projeto de Reforma Sanitária.

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde já respirava os ares da marcha redemocratizadora, “um momento político que culminou na aprovação das diretrizes e dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS): universalização do acesso com equidade, integralidade da atenção, unificação institucional do sistema, descentralização, regionalização, hierarquização da rede de serviços e participação da comunidade” (Brasil, 2008, p. 3). O SUS é, portanto, uma política social resultante das lutas históricas das classes trabalhadoras pelo acesso à saúde como direito universal.

Decorridas mais de três décadas desde a sua criação, o SUS atende mais de 190 milhões de pessoas, sendo que 80% delas dependem, exclusivamente, dos serviços de saúde pelo mesmo (Brasil, 2021). Esses serviços são regulamentados pela Lei nº 8.080/1990, que agrupa todas as ações e serviços de saúde dispensados pelo poder público e pela iniciativa privada (Borges, 2021).

Os serviços realizados pelo SUS perpassam várias dimensões no cotidiano dos brasileiros. Encontramos ações desde a produção de vacinas e medicamentos até sua oferta nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e farmácias; no trabalho de vigilância, fiscalização e controle sanitário e ambiental; saneamento básico e distribuição de água potável; nas equipes de atenção à saúde; nas ações do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); na atenção primária à saúde e na atenção hospitalar, na atenção à saúde dos idosos, crianças, jovens, mulheres, homens, LGBTQIA+ e saúde do trabalhador; nas diversas campanhas educativas de prevenção de agravos; na reabilitação de acidentados e outros; na coleta, fiscalização, controle e distribuição de hemoderivados; na realização de transplantes; nos atendimentos de pessoas com doenças raras; atenção psiquiátrica e oncológica; na educação para a promoção da saúde de populações das cidades, do campo, indígenas, quilombolas, ciganos e estrangeiros.

A Constituição Federal (CF), em seu artigo nº 196, reconhece “a saúde [como] direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988). O texto constitucional atribui ao SUS, ainda, dentre outras, a função de coordenar, planejar, estruturar e sistematizar o processo formativo na área da saúde. Desta feita, apresenta-se como atribuição finalística do SUS, por meio de políticas específicas definidas para tal, garantir a formação de qualidade para os(as) trabalhadores(as) da saúde a partir de referências que objetivem a implementação da educação permanente em todos os níveis formativos, “[...] englobando conteúdos gerais e as especificidades locais, orientados pelos princípios do SUS, da ética profissional, com ênfase na humanização das relações e do atendimento” (Brasil, 2003, p.129).

Nesse sentido, a educação permanente se configura, portanto, como importante dispositivo para as equipes multiprofissionais na área da saúde, de modo a qualificar e balizar sua atuação, a partir de referenciais para a formação continuada dos trabalhadores da saúde. Para além de parâmetros didático-pedagógicos, a educação permanente¹

¹A educação na saúde apresenta duas modalidades: a Educação Continuada e a Educação Permanente em Saúde (EPS). A educação continuada contempla as atividades que possuem período definido para execução e utiliza, em sua maior parte, os pressupostos da metodologia de ensino tradicional, como exemplo, as ofertas formais nos níveis de pós-graduação. Relaciona-se ainda às atividades educacionais que visam promover a aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador, por meio de práticas de escolarização de caráter mais formal, bem como de experiências no campo da atuação profissional, no âmbito institucional ou até mesmo externo a ele (Brasil, 2018). A EPS estrutura-se no cotidiano das

posiciona-se a partir de uma orientação político-pedagógica (Ceccim; Ferla, 2008). Os debates em torno desta temática ganharam espaço, sobretudo, a partir da XII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003.

A questão que norteia a presente pesquisa tem como base a seguinte problematização: sob a ótica dos(as) gestores(as), quais são os limites e as possibilidades da Política de Educação Permanente em Saúde (PEPS) no que tange à sua implementação, à formação e à qualificação de trabalhadores(as) da atenção primária no Distrito Federal?

As motivações para a presente pesquisa partiram do contato, durante todo o período da graduação em Enfermagem, realizada entre os anos de 2015 e 2021 - parte em Fortaleza - CE e concluída em Brasília - DF -, com estudos que tratam da temática no âmbito da Saúde Pública e da sua significativa importância para o desenvolvimento de ações estratégicas para o desenvolvimento e expansão do Sistema Único de Saúde (SUS). Ademais, conferir centralidade aos processos inerentes à formação e à qualificação de trabalhadores da área da saúde parece ser um dos caminhos possíveis para pensar mudanças e transformações, na direção da melhoria na prestação de serviços aos usuários e no fortalecimento do SUS como política social pública de acesso à saúde como direito universal.

Como conjecturado no Projeto de Reforma Sanitária, o ordenamento da formação e qualificação de profissionais da área da saúde em todos os níveis de atenção passou a fazer parte da estrutura do SUS. A partir de 2004, esse movimento começa a tomar forma com a definição da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (Brasil, 2018), que estabelece objetivos a serem observados para a materialização das ações da referida política.

Dito isso, objetivo geral da pesquisa é analisar, sob a ótica dos(as) gestores(as), os limites e as possibilidades na implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) voltada aos(as) trabalhadores(as) da Atenção Primária no Distrito Federal, considerando o que está previsto na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e o Plano de Educação Permanente em Saúde do Distrito Federal (PEPS-DF). Já os objetivos específicos são: 1) Conhecer como está sendo implementada a Política de Educação Permanente em Saúde no âmbito da Atenção Primária do Distrito Federal; 2) Analisar como a PNEPS incide na formação de

organizações, acontece no cotidiano do trabalho; baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais (Brasil, 2018).

trabalhadores(as) da Atenção Primária; e 3) Identificar os limites e as possibilidades para a efetivação da PNEPS na Atenção Primária no Distrito Federal.

Para além desta Introdução, a presente dissertação está organizada em três capítulos, seguidos das Considerações Finais e dos Apêndices e Anexo. O Capítulo 1, intitulado “Trabalho, Educação e sua Relação com a Saúde”, aborda o debate teórico-conceitual em torno das categorias analíticas que fundamentam a presente pesquisa. Assim, faz incursões teóricas sobre o conceito de trabalho, educação e, na sequência, articula a abordagem de ambos a partir da realidade da saúde enquanto política social garantidora de direitos na sociedade capitalista contemporânea.

O Capítulo 2, cujo título é “O Processo Formativo de Trabalhadores(as) no Sistema Único de Saúde e a Política Nacional de Educação Permanente”, traz à baila as discussões teóricas sobre a educação permanente como a mesma se particulariza no âmbito da saúde. Neste capítulo, estabelece-se fecunda interlocução com as principais referências normativas que expressam os valores, os princípios e as diretrizes da educação permanente em saúde no Brasil, de modo a atentar para os desafios históricos, sociais e institucionais para a sua implementação.

O Capítulo 3, intitulado “A Atenção Primária em Saúde e a Política de Educação Permanente no Distrito Federal: elementos para a reflexão”, relaciona o debate sobre atenção primária em saúde e educação permanente. Tal abordagem se dá tendo como cenário a realidade do Distrito Federal. Este capítulo também concentra as reflexões resultantes da pesquisa de campo realizada no âmbito da Secretaria de Saúde do DF, junto aos gestores dos Núcleos de Educação Permanente em Saúde da referida Secretaria.

As Considerações Finais, longe de esgotarem a abordagem do tema, retomam os objetivos iniciais da pesquisa, evidenciam os principais resultados alcançados e apontam para os desafios e as possibilidades na efetivação da educação permanente em saúde na atenção primária no Distrito Federal. Para além das referências que se seguem, tem-se, ainda, os Apêndices e o Anexo, ou seja, os elementos pós-textuais, fundamentais para elucidar certos aspectos e dispositivos citados ao longo do trabalho, necessários, sobretudo, na condição de ferramentas metodológicas durante a pesquisa de campo: TCLE, Carta de Revisão Ética, Aceite Institucional, Instrumento de Coleta de Dados e Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa onde pode-se constatar a aprovação do mesmo, para a realização da pesquisa.

2 TRABALHO, EDUCAÇÃO E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE

O ponto de partida da presente análise tem por referência as reflexões concernentes ao mundo do trabalho e à crescente demanda por qualificação dos(as) trabalhadores(as) para atuação em postos que exigem destes um conhecimento especializado e atualizado, intrínseco à natureza da função desempenhada em dados contextos ocupacionais.

A relação entre trabalho e educação, na perspectiva do materialismo histórico dialético, são correlatas e compreendidas como fundamentais para a apreensão e análise da formação e das transformações que ocorrem na sociedade. Processos de aprendizagem, currículos, métodos, atividade produtiva, relações sociais e divisão social do trabalho expõem as estruturas e forças ideopolíticas que regulam o ritmo das relações sociais, movendo-se dialeticamente através do tempo e do espaço ao longo da história, revelando as marcas sob as quais estão assentadas as contraditórias forças sociais em disputa na sociedade contemporânea.

Trabalho e educação possuem elementos multifacetados e interrelacionados. Ambos cooperam para a formação dos sujeitos, para a organização e evolução das estruturas sociais e econômicas. Suas mutualidades revelam a força modeladora das condições de produção e reprodução da vida material (Saviani, 1999) e, neste capítulo, serão analisadas para a apreensão e compreensão dos complexos processos de contradição, conflito e transformação que permeiam o objeto estudado.

2.1 Considerações teóricas acerca do tema trabalho

O trabalho, em uma concepção imediata, pode ser descrito como toda atividade realizada pelas pessoas que envolve esforço físico ou mental e que se destina a produzir algo, quer seja um bem material ou serviço. Ele faz parte do cotidiano dos sujeitos e pode assumir diversas formas, desde atividades remuneradas em locais específicos, como escritórios, fábricas, comércio, no campo ou na cidade, até tarefas realizadas no espaço doméstico, atividades manuais, intelectuais, artísticas, serviços voluntários, entre outros. Segundo Frigotto (2001), envolve o conhecimento e o uso de habilidades para o desenvolvimento e alcance de determinados objetivos, de modo a desempenhar papel

fundamental na subsistência individual e no atendimento de demandas socialmente produzidas.

Ao longo da história, o tema trabalho foi abordado por diversos pensadores de diversas áreas do conhecimento, cada um trazendo perspectivas e concepções distintas sobre seu significado e importância na formação da sociedade. Desde os filósofos gregos até os teóricos modernos, o entendimento sobre o trabalho se transformou consideravelmente, refletindo os contextos históricos, econômicos e culturais de cada época.

Platão, por exemplo, mesmo não tratando explicitamente sobre o tema trabalho, em “A República”, descreve a divisão de classes que predominava na sociedade grega. Nela, os trabalhadores manuais desempenhavam funções específicas na sociedade, enquanto os filósofos-reis se dedicariam ao governo e à administração da polis (Chaui, 2006).

A cidade justa é governada pelos filósofos, administrada pelos cientistas, protegida pelos guerreiros e mantida pelos produtores. Cada classe cumprirá sua função para o bem da pólis racionalmente dirigida pelos filósofos [...] somente os filósofos têm como interesse o bem geral da pólis e somente eles podem governá-la com justiça. (Chaui, 2006, p. 357).

Sucedendo Platão e apresentando outro olhar sobre as relações que demarcavam a sociedade grega, Aristóteles discorre sobre a primazia que residia no trabalho intelectual, na busca pela sabedoria e no desenvolvimento das virtudes éticas em oposição ao trabalho manual, o qual considerava inferior, mas o compreendia como atividade fundamental para a existência humana (Aristóteles, 1991).

Os homens são diferentes por natureza [physis] [...] possuem variadas qualidades dispostas neles em potência pela boa ordem do cosmos, e que só podem ser atualizadas mediante ação [...] o fim da arte médica é a saúde, o da construção naval é um navio, o da estratégia é a vitória e o da economia é a riqueza [...] Todo conhecimento e todo trabalho visa a algum bem. (Aristóteles, 1991, p. 5-7).

Na Grécia antiga, o trabalho variava de acordo com a posição social e a atividade econômica que predominava em cada região. É sabido que a mão de obra escrava era essencial para o funcionamento e a manutenção do estilo de vida e das várias atividades econômicas das cidades-estados. No entanto, é importante ressaltar que o uso extensivo do

trabalho escravo também gerava desigualdades sociais. Essa exploração da mão de obra contribuiu para a estabilidade do sistema, mas também perpetuou a desigualdade e a falta de mobilidade social (Chauí, 2006).

Durante a Idade Média, a teologia cristã exerceu grande influência na constituição do pensamento econômico e questões concernentes à moral, ética e sociedade. A economia feudal baseava-se na posse e uso da terra.

Na base da sociedade medieval encontrava-se uma classe de trabalhadores camponeses, acima deles os senhores seculares, com sua rede de lealdades transferíveis de um senhor para outro, e no topo os senhores eclesiásticos [...] A organização da vida social refletia as crenças religiosas [...] Além de canalizar para si o poder e a riqueza, a principal preocupação da igreja era fazer prevalecer os preceitos éticos cristãos (Feijó, 2007, p. 45- 46).

O trabalho encontrava-se essencialmente vinculado à manutenção da ordem natural, à preservação da ordem social e econômica e à garantia do poder religioso. A construção de concepções e práticas se espraiam, de uma ou de outra forma, por toda sociedade feudal, conferindo ao trabalho um espectro divino, substancial para alcançar a redenção (Gonçalves; Sposito, 2002). A ideia de "*ora et labora*" (oração e trabalho) expressava a valorização do trabalho como uma atividade venturosa, que garantia a salvação da alma (Feijó, 2007). Os servos trabalhavam nas propriedades dos senhores feudais com a agricultura e em outras atividades manuais e militares para sustentar e resguardar a terra, e as relações que emanavam da providência divina.

As concepções observadas sobre o conceito de trabalho destacam-no como ele se tornou essencial na produção e na continuidade das sociedades antigas, as quais se apoiavam basicamente na mão de obra escrava, na produção agrícola e no comércio. Segundo Feijó (2007), esse modelo evoluiu e persistiu até o declínio do sistema feudal e o posterior surgimento do Estado absoluto desvinculado da igreja.

As grandes mudanças observadas na vida econômica e social no continente europeu, Revolução Gloriosa, Revolução Industrial e Revolução Francesa², desencadeiam a

²As Revoluções ocorridas na Europa, como a Revolução Gloriosa na Inglaterra (1688-1689), a Revolução Industrial (1760-1840) e a Revolução Francesa (1789-1799), iniciaram uma série de eventos que moldaram profundamente o cenário político, social e econômico no continente. A Revolução Gloriosa, ocorrida na Inglaterra, é reconhecida como a primeira revolução burguesa da história, marcou o início da transição política que estabeleceu princípios constitucionais que influenciaram os movimentos revolucionários futuros. Sob influência da burguesia inglesa, esse evento marcou a consolidação do poder parlamentar sobre o monarca e estabeleceu importantes limitações ao poder real, como a promulgação da Declaração de Direitos em 1689, que garantia liberdades civis e políticas básicas aos cidadãos ingleses. A Revolução Gloriosa também teve repercussões significativas além das fronteiras inglesas, influenciando movimentos

consolidação de modernas instituições democráticas e o surgimento do capitalismo, que provocou uma mudança crucial no modo de produção existente (Feijó, 2007).

O capitalismo é o produto de um processo histórico que desenvolve-se na idade moderna [...] O sistema capitalista caracteriza-se pela propriedade privada dos meios de produção, pela busca pelo lucro e pela relação de trabalho assalariado [...] Movido por suas contradições internas, o capitalismo se desenvolve de modo desigual no tempo e no espaço geopolítico. É tanto mais desenvolvido quanto maior é sua capacidade de extração de mais-valor relativo (Liguori;Voza, 2017, p. 163 - 164).

O capitalismo é um sistema que sobrevive movido por contradições. Essas contradições são capazes de impactar profundamente o alicerce da sociedade e alterar a maneira como o trabalho, elemento fundamental na produção de bens e serviços que são comercializados no mercado em busca de lucro, é organizado, produzido e distribuído (Chauí, 2006).

Acerca da concepção de trabalho, vários teóricos importantes para a história do pensamento político, econômico e social, a exemplo de John Locke, Adam Smith, Karl Marx, Friedrich Engels, Gyorgy Lukács, entre outros, manifestaram pontos de vista diferentes acerca do seu significado e importância. Suas percepções refletem particularidades observadas no decorrer do processo histórico e lançam luz para a compreensão de como o trabalho se materializa(va) na dinâmica capitalista.

John Locke (2006, p. 45), em suas reflexões, declara o trabalho como “razão natural” por meio da qual os indivíduos, em seu uso, podem apropriar-se e conferir valor às

revolucionários em outros países europeus que buscavam estabelecer princípios semelhantes de governo constitucional e limitação do poder monárquico. A Revolução Industrial, por sua vez, trouxe consigo uma transformação radical na organização econômica e na produção de bens na sociedade. Com a introdução de novas tecnologias e métodos de produção, houve um rápido crescimento econômico, impulsionado pela eficiência e pela capacidade de produção em larga escala. No entanto, essa transformação também acarretou profundas disparidades sociais, especialmente com a criação de uma nova classe trabalhadora urbana, que se viu submetida a condições de trabalho extremamente precárias e desumanas nas fábricas. O surgimento das fábricas como centros de produção em massa intensificou a exploração dos trabalhadores, muitos dos quais eram submetidos a longas jornadas de trabalho, salários baixos e ambientes insalubres. Essa exploração levou a uma crescente conscientização e organização dos trabalhadores, dando origem a movimentos sindicais e reivindicações por melhores condições de trabalho e direitos trabalhistas. A Revolução Industrial não apenas transformou os processos de produção e a economia, mas também desempenhou um papel fundamental na configuração das relações sociais e políticas da época, moldando o curso da história moderna. Já a Revolução Francesa representou um marco na luta pela igualdade, liberdade e fraternidade, abalando as estruturas do Antigo Regime e estabelecendo os princípios da soberania popular e dos direitos individuais. Seus ideais iluministas ecoaram por toda a Europa, inspirando movimentos de independência e reforma em diversos países. Essas revoluções não apenas alteraram o panorama europeu da época, mas também influenciaram o curso da história e reverberaram mundialmente, estimulando debates sobre direitos civis, democracia e justiça, deixando um legado duradouro de transformações e desafios para as sociedades contemporâneas (Hobsbawm, 1991).

coisas comuns. Somente pelo trabalho e esforço próprio é que o indivíduo obteria direitos de propriedade sobre algo (Netto, 2007).

Se existe no estado de natureza uma fruta, ela pertence a todos, mas uma vez que o indivíduo a colhe e guarda para si, acrescenta algo personalíssimo ao fruto: A sua força de trabalho, ou seja, a diferença entre a fruta que está em seu cesto e a que está intacta na natureza é exatamente o trabalho empregado pelo indivíduo que, neste ato lhe confere direito legítimo de propriedade sobre aquele fruto (Netto, 2007, p. 83).

Para Locke (2006), no chamado “estado de natureza”, todos os recursos naturais eram comuns a todos os seres humanos, sem propriedade privada estabelecida. Entretanto, ao agregar o trabalho à natureza, as pessoas adquiriam direitos de propriedade sobre o que transformavam através do trabalho. Ele enfatizava que a propriedade resultante do trabalho era um direito natural inalienável e que o elemento trabalho se materializa como objeto central para aquisição/posse de bens e recursos.

Em Smith, teórico precursor do período clássico da economia, aludindo sobre o trabalho como objeto, apresenta um ponto de vista seminal acerca do tema. Em sua obra “A Riqueza das Nações”, Smith declara que o trabalho é a matriz fundamental para a prosperidade econômica e a criação de riqueza nas sociedades. Ele argumentava que o valor de um produto estava relacionado à quantidade de trabalho empregada em sua produção (Feijó, 2007). A teoria do valor-trabalho foi um dos principais pilares do pensamento econômico de Smith.

Para Marx, o trabalho compreende elemento essencial, atividade vital e criadora que transcende sua natureza estritamente econômica e alcança dimensões profundas relacionadas à identidade, à conexão social, bem como à satisfação de propósitos individuais e coletivos (Marx, 2011).

A atividade laboral não é apenas uma ocupação que busca satisfazer necessidades materiais, mas é a própria base da existência humana em sociedade [...] O trabalho não apenas molda a forma como os seres humanos se relacionam entre si e com o mundo ao seu redor, mas também influencia suas identidades e cultura (Frigotto, 2001, p. 74).

O indivíduo é capaz de transformar a natureza ante seus interesses, para seu próprio bem-estar. Desta feita, o trabalho constitui-se na ação humana sobre a natureza que ocorre em um contínuo e dinâmico processo, objetivando a transformação da natureza para seu controle e uso de forma útil (Marx, 2011). “Todo trabalho é, antes de tudo, um

processo entre o homem e a natureza, processo este em que o homem, por sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a natureza" (Marx, 2011, p.326).

Todo trabalho é, por um lado, dispêndio de força humana de trabalho em sentido fisiológico, e graças a essa sua propriedade de trabalho humano igual ou abstrato ele gera o valor das mercadorias. Por outro lado, todo trabalho é dispêndio de força humana de trabalho numa forma específica, determinada à realização de um fim, e, nessa qualidade de trabalho concreto e útil, ele produz valores de uso (Marx, 2011, p. 172)³.

Na perspectiva marxista, para além de uma atividade meramente produtiva, o trabalho desempenha papel fundamental. É por meio da atividade laboral que os seres humanos interagem e constroem as relações sociais, moldam as instituições políticas, as ideologias e a cultura (Marx; Engels, 2009). Contudo, a abordagem teórica desenvolvida por Marx também inclui:

[...] a consolidação das relações de produção capitalistas, com base na propriedade privada dos meios de produção, a transformação da terra em mercadoria e as relações de assalariamento [que] criavam uma nova realidade social, econômica e política baseada na exploração do trabalho assalariado pelo capital (Siqueira; Pereira, 2014, p. 13).

Os trabalhadores, no modo de produção capitalista, moderados pelos princípios da sociedade burguesa:

[...] para garantir de forma independente os seus meios de vida, a sua subsistência, não tem outra forma de atender às suas necessidades e de sua família a não ser vendendo a sua força de trabalho no mercado para os burgueses em troca de um salário. Nesse processo de trabalho, sob controle do capital, os trabalhadores produzem não só os seus meios de subsistência (o salário) como a

³Na referida citação, Marx (2011) discorre acerca de elementos fundamentais para sua análise da exploração e alienação no modo de produção capitalista, o trabalho concreto e o trabalho abstrato. Sobre o trabalho concreto, Marx (2011) refere-se à atividade específica e direcionada para a produção de bens e serviços úteis, que atendem às necessidades e desejos humanos. É o trabalho realizado de forma particular, com habilidades específicas e voltado para a criação de valores de uso. O trabalho concreto é essencial para a produção de mercadorias que possuem utilidade e satisfazem as necessidades das pessoas. Por outro lado, o trabalho abstrato é a forma de trabalho que é considerada igual ou genérica, sendo a fonte de criação de valor nas mercadorias. Ele representa o tempo de trabalho socialmente necessário para produzir determinada mercadoria, independentemente das habilidades individuais do trabalhador ou das características específicas do trabalho realizado. O trabalho abstrato é o que possibilita a troca de mercadorias no sistema capitalista, pois é a base para a determinação do valor de troca das mercadorias.

riqueza material (econômica), a mais-valia⁴, acumulada de forma privada pelos capitalistas. (Siqueira; Pereira, 2014, p. 14).

Como consequência das novas relações de produção e do avanço da industrialização, que se desenvolvia nos grandes centros industriais, o trabalho fora submetido aos ditames do capital e, por conta disso, tornou-se explorado e alienado⁵.

Lukács (2013), sobre o trabalho, afirma que o mesmo é princípio ontológico do ser social, fazendo parte da essência e da natureza do ser humano na sociedade, na mesma medida em que está voltado para os processos de humanização do homem.

O trabalho tem, como sua essência ontológica, um claro caráter de transição: ele é, essencialmente, uma inter-relação entre homem (sociedade) e natureza, tanto inorgânica (ferramenta, matéria-prima, objeto do trabalho etc.) como orgânica, inter-relação que pode figurar em pontos determinados da cadeia a que nos referimos, mas antes de tudo assinala a transição, no homem que trabalha, do ser meramente biológico ao ser social (Lukács, 2013, p. 35).

Lukács encarava o trabalho como uma atividade mediadora entre os seres humanos e a realidade objetiva, por meio da qual a consciência se formava e se transformava, e os indivíduos se relacionam ativamente com o mundo e com os outros. O autor considerava que, nesse processo, incidiam duas importantes vertentes teleológicas⁶ e enfatizava que, ao se engajar no trabalho coletivo, os indivíduos não apenas moldavam o

⁴A mais-valia refere-se à diferença entre o valor criado pelo trabalho de um trabalhador e o valor pago a ele como salário. Segundo Marx (2011), no sistema capitalista, os trabalhadores vendem sua força de trabalho aos proprietários dos meios de produção em troca de um salário. No entanto, o valor do trabalho realizado pelo trabalhador durante sua jornada de trabalho é maior do que o valor do salário que ele recebe, essa diferença entre o valor produzido pelo trabalhador e o valor pago a ele é a mais-valia. Em suma, a mais-valia é a diferença entre o valor do trabalho realizado pelo trabalhador e o valor que ele recebe como remuneração. A diferença entre essas duas quantidades é a mais-valia que, explorada e apropriada, torna-se fonte de lucro para os capitalistas.

⁵No capitalismo, o conceito de alienação não se restringe apenas à alienação do trabalhador em relação ao produto de seu trabalho. Para além, o mesmo abarca outros aspectos: “o homem está alienado da natureza; está alienado de si mesmo; está alienado de seu ser genérico; o homem está alienado do homem” (Mészáros, 2006, p. 20), que envolvem a separação dos seres humanos em relação ao controle das condições de sua própria existência. Nesse sentido, a alienação é entendida como a perda de controle dos indivíduos sobre as forças sociais e econômicas que moldam suas vidas, resultando em uma sensação de estranhamento e falta de autonomia (Mészáros, 2006).

⁶Por teleologia compreende-se o estudo ou a explicação de eventos, processos ou fenômenos com base nos seus propósitos, finalidades ou objetivos. A teleologia refere-se “à projeção de forma ideal e previa a finalidade de uma ação” (Lessa, 2015, p. 28). A consciência humana é teleológica na medida em que é orientada para a realização de propósitos e objetivos que são influenciados pela totalidade das relações sociais e históricas em que os indivíduos estão inseridos. Ainda segundo Lessa (2015), a teleologia, categoria puramente social e presente apenas nos atos singulares dos indivíduos historicamente determinados, é estendida a toda a natureza, convertendo-se em categoria que confere sentido à ordem universal. Ex.: a ação dos movimentos de trabalhadores que lutam por melhores condições de trabalho e salários mais justos.

mundo material, mas também construíam uma compreensão compartilhada da realidade social (Lemos, 2023).

O trabalho apresenta-se, tão logo, como “elemento precípua da sociabilidade humana e fundamental para a compreensão das relações sociais e da história da humanidade [...] em seu aspecto universal e em suas respectivas singularidades” (Ghiraldelli, 2016, p. 33-34). Na ordem diacrônica da sociedade capitalista, o conceito de trabalho assume duas perspectivas:

[...] concebe um conceito tanto positivamente, como algo ontológico, como necessidade natural e eterna, independentemente de qualquer forma social historicamente determinada; quanto negativamente, não enquanto simplesmente trabalho estranhado e assalariado, mas enquanto puro e simples dispêndio de energia humano indiferente a qualquer conteúdo sensível, e separado das demais esferas da vida social (Silva Junior, 2010, p. 90).

Assim sendo, o conceito de trabalho, na configuração das sociedades, ao longo da história, apresenta-se tomado de particularidades e tem variado consideravelmente refletindo as condições sociais, tecnológicas e políticas de cada época. Desde os primórdios da civilização, onde o trabalho era frequentemente ligado ao status social e controlado por estruturas de poder, até a constituição das modernas sociedades capitalistas, onde o trabalho se tornou uma mercadoria e fonte central de acumulação de riqueza, a dinâmica e a forma de organização do trabalho moldou e foi moldada pelas relações sociais e econômicas que se encontravam/encontram-se em constante transformação (Hobsbawm, 1991).

Em suma, o trabalho estrutura-se em consonância com as transformações históricas e sociais correntes. Apesar do mesmo se configurar como elemento central na formação da identidade e da consciência dos indivíduos, no capitalismo, transformado em mercadoria, o trabalho desempenha função meramente econômica, revelando-se como instrumento de acumulação de riqueza, ladeado por relações de exploração e alienação que explicitam as dinâmicas de poder e reprodução social presentes nas sociedades.

Por fim, para compreensão do elemento trabalho, faz-se essencial considerar outros aspectos que revelam sua natureza diacrônica. Neste sentido, a educação desempenha papel fundamental para compreensão deste, pois, tanto o trabalho quanto a educação, observados e analisados ao longo do tempo, refletem e são influenciados pelas condições sociais, econômicas e políticas de cada período, evidenciando a interdependência e a complexidade das relações entre ambos no contexto histórico.

2.2 Considerações teóricas acerca do tema educação

A educação apresenta-se como elemento mediador de fundamental relevância no processo de formação e desenvolvimento humano (Frigotto, 2001). Em uma designação mais restrita, a educação pode ser definida como o meio pelo qual hábitos, valores, crenças e costumes são transmitidos de geração a geração nos mais diversos contextos sociais. A ela, acrescenta-se ainda, “sinônimo de escolaridade, medida institucional específica para a transmissão de conhecimentos e habilidades e o desenvolvimento de competências” (Outhwaite; Bottomore, 1996, p. 233). “[...] sejam quais forem os costumes, os usos e os modos de pensamento dos povos, numa palavra, a sua cultura, esta é lhes primeiramente transmitida [...] esta transmissão faz-se pela mediação de instituições, algumas das quais desempenham um papel social” (Johnson, 1997, p. 143).

A educação apresenta-se como um fenômeno social, basilar para a formação de cada indivíduo.

[...] como se pode, portanto, facilmente perceber sobretudo no domínio das ciências sociais. [A educação] trata de conservar o modo de ser singular de uma sociedade, de forma que essa sobrevivência jamais segue um cânone preestabelecido e comum a todos os indivíduos [...] a simples exigência de conservação e reprodução da identidade social implica processos altamente complexos de preservação da cultura, dos hábitos, valores, comportamentos enfim, do mundo próprio que a sociedade criou e organizou para si, eminentemente, como sentido (Johnson, 1997, p. 143).

A educação compreende um subconjunto de práticas (Outhwaite; Bottomore, 1996), cujo objetivo encerra modelos específicos de formação. Teoricamente, diversas correntes filosóficas contribuíram para a compreensão da função e do papel da educação nas sociedades. Em civilizações antigas, como Grécia e Roma, a organização social baseava-se em critérios estruturantes e de classe, a saber: a política, a cultura, a economia e a organização social. A educação era direcionada, principalmente, às elites, visando a formação de cidadãos instruídos para a participação política e o exercício do poder (Chauí, 2006). Nesses contextos, o acesso à educação estava restrito a uma minoria privilegiada, sendo considerada um símbolo de status e poder (Carvalho; Ceccim, 2006).

Durante a Idade Média, a educação esteve intimamente ligada à religião, mais particularmente à Igreja Católica. As instituições religiosas detinham o controle do

conhecimento e a educação tinha como objetivo principal a disseminação da fé e a formação de clérigos e estudiosos (Chaui, 2006).

O sistema educacional era estruturado em torno das instituições eclesiásticas, principalmente as escolas monásticas e as catedrais. Os mosteiros desempenhavam um papel crucial na preservação e transmissão do conhecimento, sendo centros de aprendizagem onde monges copiavam manuscritos antigos e realizavam estudos teológicos, filosóficos e científicos da época. Além disso, as catedrais também ofereciam educação para crianças de famílias nobres e abastadas, onde podiam receber ensinamentos sobre retórica, gramática e artes liberais. Os camponeses e servos não tinham acesso à educação formal, pois seu papel na sociedade estava voltado para o trabalho manual. O trabalho intelectual⁷, estava reservado, principalmente, para a elite aristocrática e religiosa, com poucas oportunidades para a maioria da população (Chaui, 1980).

Com o advento da Revolução Industrial, no século XVIII e XIX, surgiram mudanças significativas na composição social e, conseqüentemente, na percepção da educação. A necessidade de mão de obra para as indústrias em expansão levou à implementação de sistemas educacionais voltados para a formação de trabalhadores(as), priorizando habilidades técnicas e conhecimentos básicos (Feijó, 2007). A educação consistia “em torná-los aptos a reagir adequadamente aos acontecimentos e situações imprevisíveis [...] que aparecerão mais tarde em sua vida” (Tonet, 2005, p. 214).

Na esteira do modo de produção capitalista, a educação está incumbida de preparar indivíduos para atender as demandas e necessidades do sistema produtivo.

O ideário do mercado e do capital e de um modelo de desenvolvimento excludente, concentrador de renda [e] predatório [seja que] os processos educativos, escolares ou não, [convertam-se] em práticas sociais [...] que subordina o trabalho, os bens da natureza, a ciência e tecnologia como propriedade privada, valores de troca e a conseqüente alienação e exclusão de milhões de seres humanos da vida digna ou de sua radical transformação (Frigotto, 2001, p. 80).

Essa abordagem, segundo Frigotto (2001, p. 80), “flexível e desregulamentada, gera desemprego, subemprego e exclusão”. Neste contexto, os homens não são livres para

⁷A distinção entre trabalho manual e trabalho intelectual tem refletido, ao longo da história, não somente diferenças nas atividades realizadas, mas também nas percepções sociais e hierarquias existentes na sociedade. O trabalho manual é aquele que envolve principalmente atividades físicas e práticas, relacionadas à execução de tarefas concretas e materiais. Por outro lado, o trabalho intelectual é caracterizado pelo envolvimento com atividades mentais, abstratas e conceituais, relacionadas à análise, planejamento e supervisão das atividades produtivas (Nascimento; Bezerra, 2015). Essa dicotomia tem sido utilizada para classificar e hierarquizar trabalhadores e ocupações, refletindo uma histórica divisão na sociedade.

escolher sua posição na ordem social, e a educação cumpre função de treinamento e sujeição (Frigotto, 2001).

Na perspectiva materialista, “os homens são produto das circunstâncias e da educação, [...] homens modificados são, portanto, produto de outras circunstâncias e de uma educação modificada” (Marx; Engels, 2009, p. 124). A Educação é moldada para atender aos interesses da classe dominante, reproduzindo as ideologias e valores que perpetuam a ordem vigente. Ela não apenas transmite conhecimento, mas também legitima as relações de poder existentes (Marx; Engels, 2009).

Ainda sobre o conceito de educação, já no século XX, pensadores como Paulo Freire (1967) apresentaram contribuições significativas para a teoria educacional. Freire introduz a ideia da “pedagogia crítica”, destacando a importância do diálogo no processo educativo.

A partir das relações do homem com a realidade, resultantes de estar com ela e de estar nela, pelos atos de criação, recriação e decisão, vai ele dinamizando o seu mundo. Vai dominando a realidade. Vai humanizando-a. Vai acrescentando a ela algo de que ele mesmo é o fazedor. Vai temporalizando os espaços geográficos. Faz cultura. E é ainda o jogo destas relações do homem com o mundo e do homem com os homens, desafiado e respondendo ao desafio, alterando, criando, que não permite a imobilidade [...]. nem das sociedades nem das culturas. E, na medida em que cria, recria e decide, vão se conformando as épocas históricas. É também criando, recriando e decidindo que o homem deve participar destas épocas (Freire, 1967, p. 43).

Freire afirmava que um dos maiores desastres do homem estava relacionado à desumanização causada pela negação da capacidade crítica e reflexiva dos indivíduos. Esse fato, intrinsecamente, suscitaria a alienação sobre sua própria realidade.

Uma das grandes, se não a maior, tragédia do homem moderno, está em que é hoje dominado pela força dos mitos e comandado pela publicidade organizada, ideológica ou não, e por isso vem renunciando cada vez, sem o saber, à sua capacidade de decidir. Vem sendo expulso da órbita das decisões. As tarefas de seu tempo não são captadas pelo homem simples, mas a ele apresentadas por uma “elite” que as interpreta e lhas entrega em forma de receita, de prescrição a ser seguida. E, quando julga que se salva seguindo as prescrições, afoga-se no anonimato nivelador da massificação, sem esperança e sem fé, domesticado e acomodado: já não é sujeito. Rebaixa-se a puro objeto. Coisifica-se (Freire, 1967, p. 43).

Paulo Freire (1967, p. 57) defendia uma educação libertadora, “uma educação absolutamente indispensável à humanização do homem”. Uma educação pela qual os

indivíduos conseguissem não apenas absorver informações, mas também fossem desafiados a questionar a realidade e a transformá-la de forma consciente.

[...] uma educação que, por ser educação, haveria de ser corajosa, propondo ao povo a reflexão sobre si mesmo, sobre seu tempo, sobre suas responsabilidades, sobre seu papel no novo clima cultural da época de transição. Uma educação, que lhe propiciasse a reflexão sobre seu próprio poder de refletir e que tivesse sua instrumentalidade, por isso mesmo, no desenvolvimento desse poder, na explicitação de suas potencialidades, de que decorreria sua capacidade de opção. Educação que levasse em consideração os vários graus de poder de captação do homem [...] no sentido de sua humanização (Freire, 1967, p. 57 - 58).

A educação desempenha um papel fundamental para formação de sujeitos críticos, atuantes, capazes de identificar, compreender e modificar as estruturas de poder existentes na sociedade (Tonet, 2005). Segundo Tonet (2005, p. 236), a educação possui especificidade própria, “sua contribuição mais importante para a transformação da sociedade não é externa a ela (educação), mas interna”. Ao promover uma educação que estimule o pensamento reflexivo, a solidariedade e o respeito à diversidade, é possível dar autonomia aos sujeitos para que eles transcendam a concepção de educação como instrumento reprodutor das desigualdades e da exploração de classes, e se tornem agentes de mudanças, construtores de uma sociedade igualitária, emancipada e livre (Mészáros, 2006).

Por fim, outros teóricos da aprendizagem também apresentaram suas contribuições no campo da teoria da educação. Jean Piaget, Lev Vygotsky, John Dewey e Jerome Bruner enfatizaram o papel ativo do aluno na construção do conhecimento, considerando a interação social e o contexto como elementos fundamentais no processo de aprendizagem. Entre esses teóricos, vale assinalar a existência de algumas convergências e divergências⁸ em suas teorias no que diz respeito às abordagens, enfoques e concepções

⁸Embora Vygotsky, Piaget, Dewey, Bruner e Paulo Freire compartilhem alguns princípios em suas abordagens, Camillo e Medeiros (2018) apontam as diferenças existentes em cada teoria, a saber: 1) Lev Vygotsky, psicólogo russo, concentrou-se na importância do contexto sociocultural no desenvolvimento cognitivo das pessoas. Ele introduziu conceitos como a Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP), que destaca a influência das interações sociais e da cultura na aprendizagem. Vygotsky enfatizou a colaboração entre pares e a mediação de adultos mais experientes no processo de aprendizagem. 2) Jean Piaget, psicólogo suíço, propôs uma teoria do desenvolvimento cognitivo, descrevendo estágios sequenciais de desenvolvimento mental em crianças. Sua teoria enfatizou a construção ativa do conhecimento, a partir da interação entre o indivíduo e o meio ambiente, por meio da assimilação e acomodação. 3) John Dewey, filósofo e educador americano, defendeu uma abordagem educacional centrada na experiência, na aprendizagem prática e na participação ativa do aluno. Ele promoveu a aprendizagem pela ação e a integração do currículo com a vida real, enfatizando a importância da educação para a democracia e a vida em comunidade. Enquanto 4) Paulo Freire dedica-se principalmente à abordagem crítica e emancipatória da

acerca do processo educativo e como elas influenciaram e influenciam o processo educativo na atualidade.

2.3 Considerações teóricas acerca do tema trabalho e educação no âmbito da saúde

O debate acerca do tema trabalho, educação e suas particularidades, conduz para a apreensão das múltiplas determinações do cotidiano nas inúmeras categorias laborais. É sabido que, no âmbito do capitalismo, trabalho e educação encontram-se frequentemente instrumentalizados servindo aos interesses da acumulação do capital. Essa instrumentalização evidencia-se de diversas formas, moldando as relações laborais e os processos educacionais, de acordo com os interesses da classe dominante, em desfavor de uma compreensão crítica das estruturas de poder e dominação.

No que toca ao trabalho, torna-se cada vez mais evidente a superexploração dos(as) trabalhadores(as) em prol da acumulação e reprodução do capital. O sistema capitalista valoriza o trabalho como uma mercadoria, e nele, os(as) trabalhadores(as) são vistos(as) como simples recursos a serem utilizados e descartados conforme a conveniência do mercado. Nesse contexto, a educação dos(as) trabalhadores(as) muitas vezes é direcionada para atender às demandas do mercado de trabalho, perpetuando, assim, a lógica da exploração e da submissão expressa principalmente nos moldes de um sistema educacional hierarquizado e excludente. As desigualdades no acesso à educação refletem as desigualdades sociais mais amplas, onde grupos privilegiados têm acesso a uma educação de qualidade, enquanto outros são marginalizados e privados de oportunidades educacionais adequadas. Além disso, o conteúdo e os métodos de ensino muitas vezes são orientados para a reprodução das ideologias dominantes, enfatizando valores como competição, individualismo e conformidade com as normas estabelecidas que minam as possibilidades e as potencialidades das ações destes(as) profissionais.

Em se tratando da área da saúde, a compreensão das particularidades que permeiam o tema trabalho e educação no âmbito do setor, apontam para questões que perpassam as condições laborais vividas pelos(as) mais diversos(as) profissionais, num cenário marcado pela intensificação da precarização, pela deterioração das condições de

educação. Sua teoria se concentra na conscientização e na libertação dos oprimidos, defendendo uma pedagogia que promova a reflexão crítica sobre a realidade social e a transformação das estruturas de dominação. Freire enfatiza o diálogo, a horizontalidade nas relações educativas e a valorização do conhecimento prévio dos educandos. Seu foco principal é a educação como ferramenta de libertação, visando à humanização e à promoção da justiça social.

trabalho, pelo desmonte continuado do aparato estatal, condição ineliminável de uma análise que compreende as instituições não somente como cenários, mas como parte integrante dessas determinações que minam as possibilidades e as potencialidades das ações destes(as) profissionais.

Anjos (2022, p. 37) ressalta que, embora situada no âmbito da prestação de serviços, a política pública:

saúde é uma das áreas mais importantes da economia brasileira, no seu patrimônio de mais de 3,5 milhões de profissionais que respondem pelo atendimento na assistência direta à população nos hospitais e ambulatórios, na ciência e tecnologia produzindo e disponibilizando saberes, conhecimentos, tecnologia e insumos, na gestão pública; enfim, prestando serviços de alto valor social.

Ao longo de trinta anos, o setor avançou na sua organização e regulação. As inovações científicas e tecnológicas, “sejam novos produtos, instrumentos e equipamentos propedêuticos e terapêuticos, sejam novos processos” (Brasil, 2012, p.157), as particularidades do trabalho das diferentes categorias profissionais, aliadas à crescente financeirização do setor em âmbito privado, à desfinanceirização⁹ do setor público, à terceirização, à precarização, à competitividade e à crescente necessidade de qualificação dos(as) trabalhadores(as), recriam, com muita rapidez, um novo perfil profissional (Machado *et al.*, 2011) “encarnado na figura do trabalhador que é na verdade, firmemente controlado pelos imperativos estruturais¹⁰ necessariamente predominantes da ordem estabelecida” (Mészáros, 2008, p. 100).

⁹Referente à desfinanceirização do setor da saúde, Lemos (2023) afirma que, desde o ano de 2004, os recursos previstos na Emenda Constitucional nº 29, aprovada em 13 de setembro de 2000 para o financiamento da saúde, não são aplicados como previstos. A EC nº 29 é uma importante conquista da sociedade para a consolidação do SUS, pois estabeleceu a vinculação de recursos nas três esferas de governo para um processo de financiamento mais estável do SUS, além de reforçar o papel do controle e fiscalização dos Conselhos de Saúde e de prever sanções para o caso de descumprimento dos limites mínimos de aplicação em saúde. Nos anos seguintes, o subfinanciamento do setor saúde continua e o projeto de privatização do setor saúde evidencia-se. É aprovada a Lei nº 13.097 em 2015 que possibilita o controle e a participação direta e indireta de empresas de capital estrangeiro na assistência à saúde; é proposta uma revisão no tamanho do SUS sob a alegativa de que o mesmo não caberia mais no orçamento público. É aprovada a EC 95 de 2016, que impõe um teto para gastos sociais durante um período de 20 anos (Lemos, 2023).

¹⁰Os imperativos estruturais do sistema capitalista tratam dos princípios organizacionais e dinâmicas que influenciam as relações sociais, econômicas e políticas que moldam e impulsionam o funcionamento desse sistema. Alguns dos imperativos estruturais do sistema capitalista incluem: 1) a Acumulação de Capital, 2) a Competição, 3) a Propriedade Privada dos Meios de Produção, 4) a Busca pelo Crescimento Econômico, 5) o Mercado Livre e Sistema de Preços, 6) a Mobilidade Social e Flexibilidade do Trabalho. Esses imperativos estruturais do sistema capitalista influenciam profundamente as dinâmicas sociais, econômicas e políticas, moldando as relações de poder, as estruturas institucionais e as oportunidades disponíveis para os indivíduos dentro dessa estrutura econômica (Pereira; Lima, 2008).

O(a) trabalhador(a) é, portanto, aquele(a) que faz uso “das propriedades mecânicas, físicas e químicas das coisas para fazê-las atuar sobre outras coisas, de acordo com o seu propósito [e] necessidades” (Marx, 2011, p. 189). São homens e mulheres que fazem uso da sua força de trabalho para produzir trabalho. Estes compõem “a totalidade dos assalariados [...] que vivem da venda da sua força de trabalho [...] e que são despossuídos dos meios de produção” (Antunes; Alves, 2004, p. 336).

No tempo presente, esse imenso grupo tem experienciado as diversas transformações/mutações ocorridas no mundo do trabalho. Estas transformações/mutações, impactaram sobremaneira “a materialidade da classe trabalhadora, a sua forma de ser, quanto a sua esfera mais propriamente subjetiva, política, ideológica, dos valores e do ideário que pautam suas ações e práticas concretas” (Antunes, 2000, p.39).

As mutações ocorridas estão relacionadas a: 1) “Crise estrutural do capital, que se abateu nas economias capitalistas no início dos anos 70 [...] sua intensidade é tão profunda que levou o capital a desenvolver práticas materiais da destrutiva auto-reprodução ampliada [...] essa crise fez com que o capital implementasse um vastíssimo processo de reestruturação [desregulamentação, flexibilização, terceirização] com vistas à recuperação e que, afetou fortemente o mundo do trabalho” (Antunes, 2000, p. 39); 2) o colapso quase total dos países que tentaram uma transição socialista. Com este, apregoa-se “no interior do mundo do trabalho, a falsa ideia do fim do socialismo e a [derrocada] do marxismo” (Antunes, 2000, p. 39-40). Sem oposição, “os países capitalistas centrais perpetram brutal desmonte dos direitos e conquistas sociais dos trabalhadores”(Antunes, 2000, p.40); 3) a descaracterização da esquerda tradicional que encaminhou um agudo processo político e ideológico [direcionado] a social democratização e a sua conseqüente atuação subordinada à ordem do capital (Antunes, 2000). Esta orientação atingiu fortemente a esquerda sindical e partidária, repercutindo, conseqüentemente, no interior da classe trabalhadora que passou a recorrer, cada vez mais frequentemente, à institucionalidade e à burocratização estatal (Antunes, 2000); 4) a crise do *Welfare State* e da socialdemocracia, a expansão do neoliberalismo que “passa a ditar o ideário e o programa a serem implementados pelos países capitalistas, inicialmente no centro e logo depois nos países subordinados, contemplando reestruturação produtiva, privatização acelerada, enxugamento do estado, políticas fiscais e monetárias, sintonizadas com os organismos mundiais de hegemonia do capital como Fundo Monetário Internacional” (Antunes, 2000, p. 40).

Tais mudanças findam por definir “a nova conformação da classe trabalhadora¹¹, a classe-que-vive-do-trabalho” (Antunes; Alves, 2004, p. 342), ou seja:

[...] a totalidade dos assalariados homens e mulheres que vendem sua força de trabalho [...] não se restringindo aos trabalhadores manuais diretos, incorporando também a totalidade do trabalho social [e] do trabalho coletivo. [...] trabalhadores estáveis e precários, [...] que vende sua força de trabalho como mercadoria em troca de salário (Antunes; Alves, 2004, p. 342).

Logo, a classe trabalhadora:

Incorpora tanto o núcleo central do proletariado industrial, os trabalhadores produtivos que participam diretamente do processo de criação de mais-valia e da valorização do capital [...] abrange também os trabalhadores improdutivos, cujo trabalho não criam diretamente mais-valia, uma vez que são utilizados como serviço, seja para uso público, como os serviços públicos, seja para uso capitalista. [Alcança] os trabalhadores improdutivos, criadores de antivalor no processo de trabalho, vivenciam situações muito aproximadas com aquelas experimentadas pelo conjunto dos trabalhadores produtivos [...] incorpora o proletariado rural, que vende a sua força de trabalho para o capital, de que são exemplos os assalariados das regiões agroindustriais, e incorpora também o proletariado precarizado, o proletariado moderno, fabril e de serviços, part-time, que se caracteriza pelo vínculo de trabalho temporário, pelo trabalho precarizado, em expansão na totalidade do mundo produtivo. Inclui ainda, a totalidade dos trabalhadores desempregados (Antunes; Alves, 2004, p. 342).

Fruto das transformações no mundo do trabalho, este perfil é atingido visceralmente por cada um desses fenômenos, os quais tendem a (re)criar e (res)situar

¹¹A nova conformação da classe trabalhadora é diversa e multiforme. Vinculada a ela percebe-se: 1) uma crescente redução do proletariado fabril estável, que se desenvolveu na vigência do binômio taylorismo/fordismo e que vem diminuindo com a reestruturação, flexibilização e desconcentração do espaço físico produtivo, típico da fase do toyotismo; 2) um enorme incremento do novo proletariado, do subproletariado fabril e de serviços, o que tem sido denominado mundialmente de trabalho precarizado. São os “terceirizados”, subcontratados, “*part-time*”, entre tantas outras formas assemelhadas, que se expandem em inúmeras partes do mundo. Inicialmente, estes postos de trabalho foram preenchidos pelos imigrantes, como os *gastarbeiters* na Alemanha, o *lavoro nero* na Itália, os *chicanos* nos EUA, os *dekasseguis* no Japão etc. Mas hoje, sua expansão atinge também os trabalhadores especializados e remanescentes da era taylorista-fordista; 3) mulheres trabalhadoras, que atingem mais de 40% da força de trabalho nos países avançados, e que têm sido preferencialmente absorvido pelo capital no universo do trabalho precarizado e desregulamentado; 4) assalariados médios e de serviços, o que possibilitou um significativo incremento no sindicalismo destes setores, ainda que o setor de serviços já presencie também níveis de desemprego acentuado; 5) jovens e idosos do mercado de trabalho dos países centrais: os primeiros acabam, muitas vezes, engrossando as fileiras de movimentos neonazistas e aqueles com cerca de 40 anos ou mais, quando desempregados e excluídos do trabalho, dificilmente conseguem o reingresso no mercado de trabalho; 6) há uma inclusão precoce e criminosa de crianças no mercado de trabalho, particularmente nos países de industrialização intermediária e subordinada, como nos países asiáticos e latino-americanos etc.; 7) há uma expansão do que Marx chamou de trabalho social combinado (Marx, 1978), onde trabalhadores de diversas partes do mundo participam do processo de produção e de serviços. O que, é evidente, não caminha no sentido da eliminação da classe trabalhadora, mas da sua precarização e utilização de maneira ainda mais intensificada. Em outras palavras: aumentam os níveis de exploração do trabalho (Antunes; Alves, 2004).

atribuições, habilidades e competências. “Já não há política de emprego, nem perspectiva de uma carreira, mas indivíduos empregáveis ou não, qualificáveis. Para os não empregáveis resta-lhe um tempo infindo de procura por um emprego, um tempo sem prazo” (Frigotto, 2001, p.81 - 82).

Ante cenário tão ambíguo, a classe trabalhadora mantém seu protagonismo e mobiliza-se.

Na realidade complexa, dinâmica, tensa e contraditória do cenário contemporâneo, caracterizado pela erosão de direitos e precarização das condições de trabalho, a classe trabalhadora resiste [...] e emerge [...] pressionando o Estado e o empresariado reivindicando direitos e reconhecimento de cidadania (Guiraldelli, 2016, p. 80).

No âmbito da saúde, este panorama é marcado, ainda, por uma série de determinações que atravessam inexoravelmente os(as) trabalhadores(as) e as condições de realização do seu trabalho, tais como: a redução de concursos públicos aliada à ampliação da terceirização; o aumento de contratos temporários num contexto crescente de flexibilização das relações de trabalho e destituição de direitos trabalhistas; o incremento da e na jornada de trabalho, quer por meio de sua ampliação de modo extensivo, quer através da incorporação da lógica de ganhos por produtividade, do cumprimento de metas, da polivalência e da proatividade; o uso de novas tecnologias, cujos impactos se fazem sentir na ratificação de uma das máximas do capitalismo, ou seja, a substituição de trabalho vivo por trabalho morto, ocasionando uma realidade de desemprego para uma grande massa de trabalhadores(as) das mais diversas categorias ocupacionais da área da saúde.

É neste contexto de radicais mudanças econômicas, políticas, sociais e culturais que a educação retoma seu lugar de evidência. O mundo do trabalho agora exige do trabalhador conhecimentos mais abrangentes e diversificados, além de uma postura mais coletiva e dinâmica, bem como visão crítica com o bom senso de não questionar a exploração empresarial ou suscitar o espírito de combatividade ou militância sindical (Lemos, 2003, p. 72).

Trata-se, portanto, de um cenário que impacta objetiva e subjetivamente os(as) trabalhadores(as) da saúde. Segundo Lemos (2003), esses indicativos configuram-se como premissas do atual processo de organização do sistema capitalista, onde as condições de trabalho frequentemente se apresentam como uma arena de contradições, refletindo

desafios complexos e multifacetados que afetam diretamente os(as) profissionais do setor da saúde.

A instrumentalização do trabalho e da educação no contexto da saúde, revela um cenário complexo e desafiador, cujas consequências profundas e prejudiciais para os(as) trabalhadores(as) e para a sociedade, são por demais evidentes. Tumolo (2011) destaca a importância do trabalho e da educação como elementos fundamentais para a transformação social, mas ressalta que, ao serem reduzidos a meros instrumentos de produção e reprodução do sistema capitalista, perdem sua capacidade de promover mudanças e superar desigualdades sociais e econômicas.

Nesse sentido, a instrumentalização do trabalho e da educação contribui para a perpetuação de estruturas de dominação que favorecem a concentração de poder e riqueza nas mãos de poucos, em detrimento da maioria da população (Tumolo, 2011). A educação, que deveria ser um meio de formação e libertação dos indivíduos, muitas vezes se torna um mecanismo de reprodução das desigualdades, reforçando padrões de exclusão.

A exploração do trabalho como mera fonte de lucro e da educação, como um meio de formação de mão de obra obediente e dócil, minam o potencial transformador dessas esferas. As consequências dessa realidade observadas no setor da saúde incluem, ainda, a alienação dos trabalhadores em relação ao seu próprio trabalho, a precarização das condições laborais, a hierarquização das profissões, a depreciação de determinados grupos e categorias e uma desigual e injusta disputa entre trabalhadores(as).

Por fim, torna-se fundamental questionar e resistir às lógicas de instrumentalização do trabalho e da educação que se estabelecem. Faz-se necessário buscar alternativas que valorizem o trabalho como atividade humana digna e a educação como um direito fundamental, capaz de promover a emancipação e a igualdade. A ruptura com as estruturas de dominação e a construção de uma sociedade mais equânime, na qual o trabalho e a educação desempenham papéis fundamentais como instrumentos de transformação social, só podem ser alcançadas por meio de uma análise crítica e da ação coletiva.

Para Tumolo (2011), a análise crítica e a ação coletiva, ao mesmo tempo, permitem questionar as estruturas de poder e as relações de exploração que permeiam as esferas do trabalho e da educação, evidenciando as contradições e os impactos negativos dessas dinâmicas no tecido social. Ambas se apresentam como caminho de efetiva

mudança, visto que ela fortalece a capacidade de enfrentamento e de construção de novos paradigmas sociais.

No próximo capítulo, serão examinadas as complexas interações entre trabalho e educação, com foco no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) e na implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Exploraremos o processo formativo de trabalhadores e trabalhadoras da saúde dentro do SUS, examinando como a educação permanente fora pensada, articulada e integrada às práticas laborais. Será investigado como a PNEPS influencia e molda as estratégias de formação, visando aprimorar as habilidades e competências dos profissionais de saúde, bem como fortalecer os princípios e diretrizes do SUS.

3 O PROCESSO FORMATIVO DE TRABALHADORES(AS) NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

A Constituição Federal (CF), em seu artigo nº 196, reconhece “a saúde [como] direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988). Esse compromisso está assentado nos postulados orientadores do SUS como um sistema de saúde público, universal e gratuito, focalizado não apenas na oferta de serviços médico-hospitalares, mas também na implementação de ações garantidoras do direito à saúde, na qualidade de vida, na equidade do acesso aos serviços em consonância com as premissas norteadoras da política de saúde brasileira.

Rompeu-se, tão logo, com o modelo de saúde¹² outrora vigente, assentado no tratamento e na cura de condições agudas de doenças, cuja reprodução da lógica capitalista se manifestava, sobretudo, através da mercantilização dos serviços de saúde, na busca pelo lucro e na divisão do trabalho.

A saúde passa a ser concebida como um reflexo das condições objetivas da existência, influenciada pelas circunstâncias biológicas, sociais e culturais, assim como pelas interações entre os indivíduos e o meio ambiente (Paim, 2008).

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acessos a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. [Ela] não é um conceito abstrato. [E] define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (Brasil, 1986, p. 4).

¹² Segundo Paim (2009, p. 27-28), muito antes da existência do SUS, a organização dos serviços de saúde no Brasil era bastante confusa e complicada. Havia uma espécie de ‘não-sistema’ de saúde, com certa omissão do poder público. Prevalcia, na chamada República Velha (1889 - 1930), uma concepção liberal de Estado de que só cabia a este intervir nas situações em que o indivíduo sozinho ou a iniciativa privada não fosse capaz de responder. Havia desconfianças em relação à descentralização, vista por certos segmentos como algo negativo [...] As partes integrantes da organização sanitária não estabeleciam relações com as outras, atuando de forma estanque e com propósitos bastantes diversos, às vezes fazendo as mesmas coisas. Esta duplicação de esforços desperdiçava recursos, resultando em dificuldades para resolver os problemas de saúde da população que se urbaniza, ao tempo em que aumentava o número de indústrias. Este ‘não-sistema’ foi formado ao longo do século XX, tendo como marca principal a separação entre ações de saúde pública e a assistência médico-hospitalar.

A abordagem que considera a saúde como resultado das circunstâncias biológicas, sociais e culturais, bem como das interações entre os indivíduos e o meio ambiente, destaca a complexidade e a multidimensionalidade desse fenômeno. A perspectiva da determinação social do processo saúde-doença inaugura uma compreensão mais ampla e complexa dos fatores que influenciam a saúde das pessoas e das populações. Essa visão ampliada da saúde vai além da simples ausência de doenças e incorpora aspectos mais abrangentes, como o bem-estar físico, mental e social, reconhecendo que a saúde é moldada por uma rede intrincada de determinantes biológicos, sociais e ambientais que conduz à compreensão de que as políticas de saúde devem alçar uma variedade de áreas para promover o bem-estar da população (Garbois; Sodré; Dalbello-Araujo, 2017).

A no o de determina o social da saúde foi construída nas três últimas décadas do século XX, a partir de um importante movimento de produ o científica da corrente médico-social latino-americana. Essa corrente empenhou-se em trazer suporte teórico para elabora o de um pensamento social na área da saúde, na realiza o de uma nova leitura da Saúde Pública, a partir de uma perspectiva crítica   abordagem positivista da história natural da doença. Essa leitura crítica foi intensamente marcada por referenciais vinculados ao materialismo histórico, com ênfase nos processos de produ o e reprodu o social. Retirou do pensamento marxista o ‘trabalho’ como categoria central e assentou no ‘processo de trabalho’ uma notável importância sobre a determina o do processo de adoecimento [...] na entrada do século XXI, a OMS [...] retoma a discussão do social na análise e compreensão do processo saúde-doença, a partir da no o de ‘determinantes sociais da saúde’. Essa no o explicita a reifica o do social e a necessidade de caracterizá-lo como um domínio específico e limitado da realidade, além de tratá-lo como algo externo ao sujeito coletivo/individual [...] (Garbois; Sodré; Dalbello-Araujo, 2017, p 72-73).

A concep o dos determinantes sociais da saúde (DSS), oferece uma perspectiva de análise da situa o de saúde, a partir de aspectos basilares que transcendem a visão simplista da saúde como a ausência de doença. Os DSS compreendem o conjunto das rela oes estruturais e as desigualdades sociais que impactam a saúde dos sujeitos, das comunidades. Tais fatores são estabelecidos pelas condi oes sociais, econômicas, culturais e ambientais em que as pessoas vivem, trabalham e se desenvolvem.

Em contraponto   análise a partir dos DSS, a concep o de determina o social da saúde, nascente do movimento de medicina social latino-americana, oferece uma perspectiva mais ampla e profunda sobre os fatores que influenciam a saúde das popula oes. Enquanto os DSS se concentram principalmente nas condi oes sociais e ambientais que impactam a saúde, a determina o social da saúde vai além, considerando

as relações estruturais e as desigualdades sociais como elementos fundamentais na determinação do estado de saúde das comunidades. A partir da visão da medicina social latino-americana, a determinação social da saúde reconhece que as discrepâncias nas condições de vida e de trabalho das pessoas são moldadas por estruturas sociais extremamente significativas, tais como o sistema econômico, político e cultural. Essas relações desempenham um papel crucial na determinação das desigualdades em saúde, afetando grupos vulneráveis de forma desproporcional e perpetuando injustiças sociais entre os diferentes grupos (Garbois; Sodré; Dalbello-Araujo, 2017).

Com isso, faz-se necessário reconhecer que as políticas de saúde devem ir além do tratamento de doenças e incorporar ações que abordem as causas subjacentes das desigualdades em saúde. Isso envolve a promoção da equidade, a redução das disparidades sociais e a criação de ambientes saudáveis que favoreçam o desenvolvimento integral dos indivíduos e das comunidades. Os determinantes sociais da saúde, a concepção de determinação social da saúde, representam um enfoque abrangente e interdisciplinar para apreensão das complexas interações entre os diversos aspectos sociais, econômicos e ambientais que influenciam a saúde das populações.

Somente por meio de uma abordagem integrada e abrangente, que leve em conta as complexas interações entre os diversos determinantes da saúde, poderemos avançar na promoção de políticas públicas mais eficazes e equitativas para garantir o bem-estar da coletividade. A promoção da saúde transmuta-se em elemento essencial no novo modelo de cuidados. O direito à saúde se materializa na política que, “integrada às demais políticas econômicas e sociais, [assegura] os meios que permite efetivá-las” (Brasil, 1986, p. 4). A formação de recursos humanos torna-se elemento central para a consolidação da nova política de saúde (Lemos, 2023).

3.1 Considerações teóricas sobre a Educação Permanente

A educação permanente (EP) é uma abordagem que reconhece a natureza dinâmica e evolutiva do aprendizado, ao longo da vida. Configura-se como um processo de aprendizado, abrangente e contínuo, que objetiva o desenvolvimento de novos conhecimentos, habilidades e competências para responder às mudanças sociais, econômicas, tecnológicas e culturais assistidas na contemporaneidade.

Segundo Lemos (2023), a educação permanente (EP) transcende as fronteiras da educação formal, reconhece que o aprendizado não se limita por cronogramas e currículos e tão pouco termina com a conclusão de um curso ou com a obtenção de um diploma.

Nos últimos tempos há uma difusão do termo educação permanente tratando de tudo aquilo que diz respeito à formação de pessoas [...] em espaços formais e não formais, entre outras situações que acabam excluindo de sua concepção o viés crítico, político e ético [...] o discurso da educação permanente é associado ao aprendizado ao longo da vida [...] suas orientações propõem-se a superar as concepções dominantes e as práticas escolarizadas [...] e privilegia um processo educativo coincidente com o ciclo vital e a construção da pessoa (Fernandes, 2016, p. 43 - 46).

Para Silva *et al.* (2010), a EP propõe uma abordagem compartilhada, em que o ensino e a aprendizagem se entrelaçam no cotidiano dos sujeitos. Esta abordagem busca a transformação das práticas cotidianas através da reflexão e ação dos indivíduos, promovendo uma práxis¹³ inovadora e reflexiva. Sua perspectiva, segundo Fernandes (2016), sugere uma reorganização do processo educativo, superando as concepções dominantes e as práticas escolarizadas assentadas em princípios liberais e tecnocratas. A autora ainda afirma que a educação permanente se apresenta como estratégia inovadora para a formação e o desenvolvimento de uma consciência mais crítica por parte dos sujeitos. Em outras palavras, é através dessa práxis que se espera estabelecer novas formas de ser e agir baseadas em uma nova consciência de si e de seu trabalho (Fernandes, 2016).

A ideia da pessoa como sujeito da formação e os pressupostos da continuidade, diversidade e globalidade, materializam-se em processos de aprendizagem, que são resultados de uma combinação de diferentes situações e modalidades de formação, que depende da relação que esse sujeito estabelece com os outros e com o mundo (Fernandes, 2016, p. 47).

As bases e princípios da educação permanente configuram-se como instrumentos delineadores da ação e reflexão sobre as experiências cotidianas. Segundo Silva *et al.*

¹³ O conceito de práxis utilizado no texto dialoga com Sarreta (2009), para quem práxis é o processo pelo qual os seres humanos, através de sua atividade consciente e coletiva, moldam ativamente a realidade social em conformidade com seus interesses históricos e necessidades. Logo, “construção da práxis fundamenta-se a partir [do] contato com a realidade social, suas contradições e possibilidades” (Sarreta, 2009, p.61).

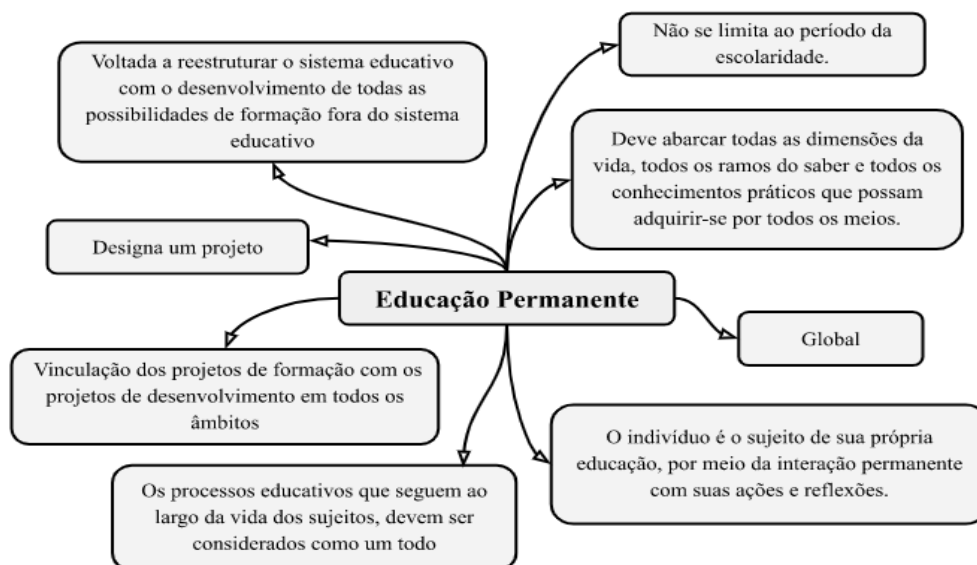
(2010, p. 558), os fundamentos orientadores da práxis permitem ampliar a realidade já existente, “multiplicando quantitativamente uma mudança qualitativa já produzida”.

A educação permanente manifesta princípios pelos quais se funda, e organiza conceitos que não são neutros e orientados a partir de um projeto societário transformador que se contrapõe à lógica hegemônica de reprodução da sociedade, posto que “não se trata de um sistema, tampouco de um setor educativo” (Fernandes, 2016, p. 48).

[...] não é um sistema fechado; não é setorizado; vai além do sistema educativo e, conseqüentemente, mais além de uma legislação; é participativa, descentralizada e imbricada nas demandas sociais; é transescolar; é integral e abarca todos os campos de formação, pelo que se responsabilizará a todas as instituições implicadas e grupos sociais; deve contribuir com todas as formas de desenvolvimento da personalidade e vincula todos os processos educativos entre si (Fernandes, 2016, p. 49).

Como afirma Pereira (2008, p. 185), propõe-se a “resgatar a dimensão contraditória do fenômeno educativo, seu caráter mediador e sua especificidade no processo de transformação da sociedade”, uma vez que “a compreensão predominante do processo educativo expressa, muitas vezes, as ideias e práticas de mercado que não representam uma agenda estratégica capaz de refletir as demandas sociais e representações da complexa estrutura social” (Sarreta, 2009, p. 207). Em síntese, os principais aspectos da educação permanente, conforme Fernandes (2016), a partir da Declaração da Conferência Geral da Unesco em Nairobi (1976), podem ser sistematizados conforme a ilustração a seguir:

Figura 1 - Concepções de Educação Permanente



Fonte: Adaptado a partir de Fernandes (2016).

Os primórdios da educação permanente, segundo Lemos (2016), foram registrados na França, em 1955, quando o termo educação permanente foi oficializado em um documento que tratava do “prolongamento da escolaridade obrigatória e a reforma do ensino público” (Lemos, 2016, p. 2). Ainda segundo a autora, na década de 1960, a UNESCO disseminou a concepção de Educação Permanente baseada na teoria do capital humano, que destaca a importância da capacitação dos indivíduos para impulsionar a produtividade econômica e o progresso nacional (Lemos, 2016).

Nos anos da década de 1970, o Brasil atravessava um período de profunda turbulência política, marcado pela imposição de um regime autoritário que deixou cicatrizes indeléveis na história do país. Sob o arbítrio de uma ditadura burguesa-cívico-militar¹⁴, os brasileiros viram-se privados de seus direitos fundamentais, com a supressão das garantias democráticas (Fernandes, 2016). A imposição de um governo autoritário que combinava elementos da classe dominante burguesa, setores civis e militares para exercer o controle político de forma repressiva sobre a sociedade, inaugurou um período de repressão política e censura (Chagas, 2013). Nesse contexto de ruptura, opressão e intensas lutas, operários, estudantes e outros atores da sociedade civil organizaram-se para desafiar as injustiças, reivindicar direitos e defender a democracia. Datam dessa conjuntura as

¹⁴ A aliança entre a burguesia, representante da elite econômica, e os setores civis e militares, resultou em restrições às liberdades individuais, supressão de garantias democráticas, repressão política e censura como meios de controle e silenciamento da oposição. Essa configuração de poder reflete a natureza complexa e multifacetada da ditadura vivenciada no Brasil naquela época (Chagas, 2013).

reflexões sobre educação popular¹⁵, as quais podem ser consideradas expressões embrionárias que remetem à gênese do movimento de educação permanente no Brasil.

Em meados da década de 1980, após “a queda do Muro de Berlim, o fortalecimento do neoliberalismo, os questionamentos sobre o socialismo, o surgimento das teses pós-modernas que anunciavam o fim da história, o desmoronamento da união do fordismo/taylorismo e do keynesianismo” (Lemos, 2016, p. 914), a concepção de educação permanente em saúde (EPS) passa a ser disseminada pelo Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)¹⁶ (Lemos, 2016).

Com a promulgação da Constituição Federal em 1988, o surgimento do Sistema Único de Saúde e o estabelecimento, nos termos do artigo 200, da responsabilidade do SUS de coordenar, planejar, estruturar e sistematizar o processo formativo na área da saúde, tendo em perspectiva “os pressupostos, princípios e diretrizes comuns para a área da saúde, construídos na perspectiva do controle/participação social em saúde” (Brasil, 2017, p. 3), a formação profissional passa a ser compreendida como elemento estrutural do modelo de saúde estabelecido.

A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos: I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal (Brasil, 2017, p. 2).

Apresenta-se como atribuição finalística do SUS, por meio de políticas específicas definidas para tal, garantir a formação de qualidade para os(as) trabalhadores(as) da saúde, a partir de referências que preconizam:

I - A defesa da vida e defesa do SUS como preceitos orientadores do perfil dos egressos da área da saúde; II - O atendimento às necessidades sociais em saúde; III - A integração ensino-serviço-gestão-comunidade; IV - A integralidade e Redes de Atenção à Saúde (RAS); V - O trabalho interprofissional; VI - Projetos Pedagógicos de Cursos (PPC) e componentes curriculares coerentes com as

¹⁵ Ressalta-se que tais reflexões ocorrem no âmbito da organização política dos movimentos sociais.

¹⁶ Em seu trabalho intitulado “Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente?”, Lemos (2016, p. 914), afirma que “a EPS começa a ser estruturada pela OPAS, em virtude da necessidade de utilizar um “novo vocábulo” para implantar as mudanças que o setor enfrentaria perante as novas demandas da reestruturação do capital”. Para Lemos (2016), ao construir um novo referencial pedagógico, a OPAS intenciona envolver trabalhadores(as) da saúde no novo processo produtivo que se põe fornecendo elementos para que os(as) mesmos(as) possam superar o trabalho fragmentado, desumanizado, conflitivo e alienante característico da lógica produtiva outrora dominante.

necessidades sociais em saúde; VII - Utilização de metodologias de ensino que promovam a aprendizagem colaborativa e significativa; VIII - Valorização da docência na graduação, do profissional da rede de serviços e do protagonismo estudantil; IX - Educação e comunicação em saúde; X - Avaliação com caráter processual e formativo; XI - Pesquisas e tecnologias em saúde; XII - Formação presencial e carga horária mínima para cursos de graduação da área da saúde, tendo em perspectiva: a) a garantia da segurança e resolubilidade na prestação dos serviços de saúde, conforme disposto na Resolução CNS nº 515/2016, com posicionamento contrário à autorização de todo e qualquer curso de graduação em saúde ministrado na modalidade Educação a Distância (EaD); b) uma formação profissional comprometida com a qualidade e as necessidades em saúde, em consonância com o preconizado na Recomendação CNS nº 024, de 10 de julho de 2008, no sentido de que a carga-horária total dos cursos de graduação da área da saúde seja de, no mínimo, 4.000 horas (Brasil, 2017, p. 3-9).

Como previsto na CF e estabelecido por meio de resoluções e normativas, o Estado brasileiro busca orientar a formação profissional por meio de estratégias e ações que visam aprimorar sua capacidade de gestão, coordenação, oferta de serviços e financiamento da política de saúde. Essa estruturação se faz essencial para assegurar uma formação de qualidade, o direito e o acesso universal aos serviços de saúde (Paiva, 2021).

Contudo, apesar das intenções declaradas, ao que se ocupa de orientar a formação no âmbito da saúde, a realidade revela-se desafiadora e contraditória. A implementação efetiva das políticas de formação profissional nem sempre atendem às reais demandas da formação. Segundo Tumolo (2011, p. 455), “uma proposta de ação política, seja estratégica ou tática, é sempre, consciente ou inconscientemente, derivada de uma determinada leitura da realidade”. Dito isso, torna-se essencial reconhecer que, na prática, a execução dos fundamentos propostos para orientar a formação profissional nem sempre estão alinhadas, consciente ou inconsciente, com as reais necessidades e demandas do campo saúde, e tão pouco com as necessidades dos trabalhadores e da população usuária do sistema. Contribuem para esse fato a incidência de fenômenos característicos da atual fase do capitalismo contemporâneo, a saber: a precarização, a flexibilização e a intensificação do trabalho (Antunes, 2000). Esses fenômenos, interconectados e interdependentes, evidenciam a lógica exploratória e excludente do sistema capitalista que impacta diretamente a implementação da política em questão.

O sistema busca se fortalecer contrapondo-se às disputas econômicas, políticas e ideológicas que permeiam o contexto nacional e ambicionam por mudanças na proposta da política de saúde, em detrimento dos valores de solidariedade e cooperação que apontam premissas basilares para a construção de um modelo de saúde universal, equânime, descentralizado de participação comunitária e financiamento público (Paim, 2009).

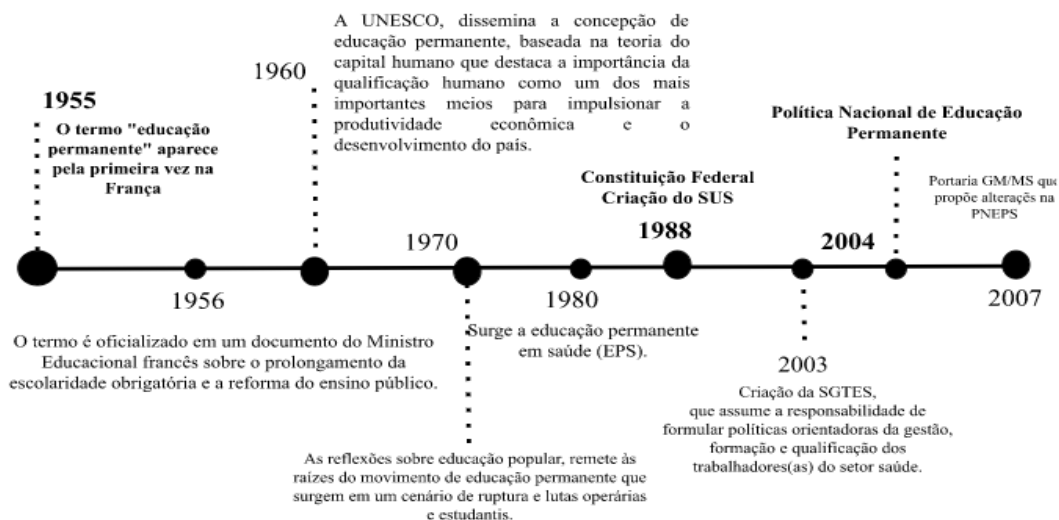
Como assinalado anteriormente, a atribuição do SUS de estruturar e sistematizar o processo formativo na área da saúde está intrinsecamente ligada à sua gênese. A organização do trabalho e a construção coletiva de saberes apresentam-se como respostas para superar as premissas do sistema capitalista, caracterizada por sua ênfase na privatização, na desregulamentação, austeridade fiscal e na busca pelo lucro.

Em 2003, ano que marca o início do primeiro mandato do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva¹⁷, o Ministério da Saúde cria a Secretaria de Gestão de Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), “que assumiu a responsabilidade de formular políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores da saúde no Brasil” (Lemos, 2016, p. 914). No ano seguinte, em 2004, o Ministério da Saúde lançou a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS, abordando caminhos para a Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e a criação de Polos de Educação Permanente em Saúde (Lemos, 2016). Em 2007, a PNEPS foi alterada por meio da Portaria GM/MS nº 1996, dando início à segunda fase da PNEPS (Lemos, 2016).

Os eventos descritos compreendem marcos históricos no processo de implantação da Educação Permanente. Ao esboçar uma linha do tempo da EP, torna-se possível compreender sua evolução, ao longo das décadas, e sua efetivação no contexto mundial e no cenário da saúde brasileira. Ao examinarmos esses momentos-chave, podemos perceber como as intervenções realizadas continuaram a desenvolver e a adaptar a trajetória da Educação Permanente, conforme é possível visualizar na imagem a seguir:

Figura 2 - Linha do tempo da Educação Permanente

¹⁷ O primeiro mandato do presidente Luiz Inácio Lula da Silva deu-se início no ano de 2003 e estendeu-se até o ano de 2006, com sua posterior reeleição. Sucedendo aos governos de Fernando Collor de Mello (1990 a 1992), que sofrera processo de *impeachment*; Itamar Franco, que fora vice-presidente de Collor (1992 a 1994) e Fernando Henrique Cardoso (1994 a 2002). Advindo de segmentos populares, Lula, cuja trajetória política encontra-se ligada à classe trabalhadora e aos movimentos sindicais, torna-se o primeiro líder operário a assumir a presidência do Brasil. Em oposição aos seus predecessores que, “difundiram um projeto amplo de privatização [...] propostas globalizantes e neoliberais [...] de reforma estatal tendo destaque a proposta modernizadora de reforma do aparelho do Estado” (Lemos, 2023, p.34), suas propostas de governo pautavam uma agenda de inclusão social, desenvolvimento econômico e políticas de combate à pobreza (Souza, 2022). No âmbito da saúde, algumas novidades se destacam: “a ampliação da participação social e da atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família, implementação da Reforma Psiquiátrica, implementação do SAMU, o desenvolvimento da política de Saúde bucal (Brasil Sorridente) e a criação do Farmácia Popular” (Lemos, 2023, p. 37). O governo descumpru a Lei de Diretrizes Orçamentárias que previa um incremento no orçamento do setor saúde para o ano de 2004. Ainda segundo Lemos (2023), as ideias flexibilizadoras e modernizadoras dos governos anteriores resistem durante todo o primeiro governo Lula, que ficaria marcado “pela continuidade das políticas neoliberais, arrocho fiscal, atuação mínima do Estado nas políticas públicas e sociais e pela participação estratégica de representantes do capital internacional na presidência do Banco Central, Ministério da Fazenda e do Tesouro Nacional” (Souza, 2022, p.34).



Fonte: Adaptado a partir de Lemos (2016) e Fernandes (2016)

A Educação Permanente surge, portanto, como uma abordagem revolucionária no cenário da formação e do desenvolvimento das práticas educativas no âmbito da saúde, revelando-se como um recurso inovador para a gestão do trabalho nas organizações. Essa estratégia se destaca por sua ênfase na aprendizagem significativa e na metodologia da problematização (Pereira, 2008).

Sobre a aprendizagem significativa e a metodologia problematizadora, anota-se que ambas são abordagens pedagógicas que favorecem a estruturação de um processo formativo mais contextualizado, participativo e engajado. Segundo Moreira (2006, p. 14 - 15), “a aprendizagem significativa é um processo por meio do qual uma nova informação se relaciona com um aspecto especificamente relevante da estrutura cognitiva do indivíduo”. Ela ocorre quando ideias, conceitos, proposições pré-existentes interagem e se modificam em contato com novas ideias, conceitos e proposições mais inclusivas e relevantes são adequadamente assimiladas (Moreira, 2006). Já a metodologia da problematização consiste em um processo educativo que visa transformar a realidade por meio da reflexão crítica e da ação dos sujeitos envolvidos. Nessa abordagem, os educadores e educandos se engajam em um diálogo constante, no qual problematizam a realidade, questionam as estruturas de opressão e buscam juntos soluções para as injustiças sociais. Essa metodologia valoriza a participação ativa dos sujeitos no processo de aprendizagem, estimulando a autonomia, a consciência crítica e a capacidade de transformação da sociedade (Freire, 1987).

No contexto brasileiro, a disseminação da educação permanente deve-se muito à Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) que, ao disponibilizar subsídios para a compreensão do fenômeno, contribuiu para a sua consolidação no vocabulário pedagógico nacional e despertou o interesse de diversos profissionais da educação brasileira dedicados ao tema da educação (Paiva, 2021). Logo, a abordagem passou a ser encarada como possibilidade para o desenvolvimento e aprimoramento contínuo dos profissionais de saúde, visto que a mesma propõe a atualização de conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para a prestação de serviços de saúde de qualidade e adequados às demandas da sociedade.

3.2 A Educação Permanente no SUS: implementação e desdobramentos

Em consonância com os princípios e diretrizes da política de saúde brasileira, o Sistema Único de Saúde (SUS) cumpre um papel estratégico na estruturação e sistematização do processo formativo na área da saúde. Concebido como um sistema público, universal e abrangente, o SUS tem como premissas a garantia do acesso equitativo e de qualidade aos serviços de saúde, a promoção da integralidade do cuidado, a participação social, bem como, constituir-se como um importante campo de prática e aprendizado profissional.

Apesar de seus princípios e diretrizes estabelecerem bases sólidas para essa estruturação, muitos são os desafios que precisam ser enfrentados no cotidiano do sistema para garantir uma implementação efetiva e abrangente dessa política.

É importante reconhecer que, embora o SUS tenha avançado na promoção do acesso universal à saúde, ainda existem disparidades regionais e desigualdades socioeconômicas que afetam o acesso à formação profissional na área da saúde; muitas regiões do país enfrentam carências estruturais e falta de recursos humanos qualificados, o que impacta diretamente na qualidade da formação oferecida (Lemos, 2016).

Além disso, o predomínio das políticas neoliberais tem exercido uma pressão crescente sobre o sistema, levando à mercantilização da saúde e à precarização das condições de trabalho. Esse cenário tem reflexos diretos no processo formativo, com ênfase cada vez maior em modelos de ensino baseados na lógica do mercado, onde prevalece a eficiência econômica, a redução de custos e a competitividade.

A qualificação e a adequação do perfil dos(as) trabalhadores(as) às necessidades sociais em saúde fazem com que os esforços empreendidos para se contrapor a lógica neoliberal sejam essenciais para garantir uma formação comprometida com a “superação das iniquidades, com a promoção da saúde, com a responsabilidade social, com o desenvolvimento comunitário, a dignidade humana, a cidadania, a defesa da democracia, e a garantia do direito universal à saúde” (Brasil, 2018, p. 3).

Balizado por decretos e resoluções que tratam da formação profissional, o SUS busca incorporar em sua estrutura elementos contra hegemônicos e sugere uma abordagem crítica e inovadora para a elaboração dos currículos e das atividades pedagógicas destinadas à formação dos(as) trabalhadores(as). Esses elementos visam orientar os indivíduos para uma prática laboral que promova o desenvolvimento social, abrangendo diversas dimensões, como a biológica, étnico-racial, de gênero, geracional, orientação sexual, de inclusão da pessoa com deficiência, ética, socioeconômica, cultural, ambiental, e outros aspectos que refletem a diversidade da população brasileira (Brasil, 2018).

Dito isso, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), estruturada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁸ e definida por meio da Portaria GM/MS nº 198/2004, configura-se como estratégia de ação político-pedagógica de natureza “contra hegemônica”¹⁹ (Gigante; Campos, 2016), que visa “transformar e qualificar a atenção à saúde, os processos formativos, as práticas de educação em saúde, além de incentivar a organização das ações e dos serviços numa perspectiva intersetorial” (Martins; Duarte; Viegas, 2021, p. 142). Propõe, ainda, uma reestruturação no conceito de trabalho capaz de superar sua concepção mais restrita, relacionada à produção de bens ou serviços, e ampliar seu entendimento como reprodutor da própria organização, do trabalho em si e de sua dimensão subjetiva.

¹⁸Com a regulamentação do SUS, fica estabelecido na LOS, Lei nº 8.080 de 1990, que compete ao Estado a formação e o desenvolvimento de trabalhadoras(es) da saúde, visando efetivar no país o modelo de atenção à saúde previsto e construir um perfil profissional condizente com as necessidades de saúde pública, e não do mercado (Sarreta *et al.*, 2022, p. 25).

¹⁹ Sobre a natureza contra hegemônica da PNEPS, Gigante e Campos (2016, p. 785), argumentam que os pressupostos norteadores da Política, “se contrapõe às práticas gerenciais hegemônicas, [advindas] do taylorismo”. Essas práticas expõem os(as) trabalhadores(as) à fragmentação das tarefas e impedem a percepção e o conhecimento do processo de trabalho como um todo. Nesse contexto, “os trabalhadores(as) são treinados para obedecer a ordens, executar normas e rotinas [...] repetidas e seriadas” (Gigante e Campos, 2016, p.785). Como resultado, são expropriados da capacidade de pensar e agir sobre seu trabalho, tornando-se alienados(as) de todo o processo. Em suma, essa abordagem crítica das práticas gerenciais baseadas na divisão do trabalho e na hierarquização das funções, propõe mudanças profundas no âmbito da formação profissional e a construção de novos paradigmas de atuação, baseados na reflexão crítica, na autoanálise e na implicação ético-política dos trabalhadores.

A partir desse panorama, urge empreender uma análise crítica no sentido de desvendar os limites e as possibilidades da/na efetivação da referida política, visto que tratar do tema educação na saúde é ocupar-se de um campo diverso e profuso, no qual convergem diversas concepções, de diversas áreas do saber e refletem pontos de vistas distintos, concebidos por diferentes posições político-filosóficas sobre o homem e a sociedade (Schall; Struchiner, 1999).

Sobre a implementação da política, a XI e a XII Conferências Nacionais de Saúde, realizadas nos anos 2000 e 2003, constituíram-se marcos importantes para a ordenação da formação de Recursos Humanos na área da saúde. Na XI CNS, “a luta pela institucionalização e pela descentralização da educação profissional tornou-se a bandeira dessa conferência” (Lemos, 2023, p. 55). Na XII CNS, são apresentadas várias inovações na educação e na saúde, tendo destaque para a reformulação na área dos Recursos Humanos, que passa a ser compreendida como “Gestão do trabalho e da Educação na Saúde” (Lemos, 2023, p. 56).

Nesta conferência, o termo Educação Permanente em Saúde (EPS), aparece com grande ênfase. Essa modalidade educativa configura-se como nova estratégia do Ministério da Saúde para a formação dos trabalhadores. Nela, ainda, foram estabelecidos os pontos da que sustentariam a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde que seria instituída no ano seguinte, em 13 de fevereiro de 2004 quando da aprovação da Portaria nº 198/GM que a instituiu (Lemos, 2023, p. 56).

A PNEPS busca, tão logo, fortalecer institucionalmente a gestão do trabalho por meio de processo educativo e transformador que qualifique, de modo geral e abrangente, trabalhadores(as) de forma sistemática, contínua e participativa. A Educação Permanente em Saúde (EPS) visa superar o modelo que concebe a educação em saúde como “elemento funcional do SUS” (Sarreta, 2012, p. 3), evidenciando uma estratégia político-pedagógica prevista para transmutar o cotidiano do trabalho em saúde por meio de um processo reflexivo, analítico e dinâmico, fundamental para a formulação de programas, projetos e políticas públicas (Fernandes, 2016).

No âmbito do SUS, compete à PNEPS coordenar, planejar, estruturar e sistematizar, entre outros, a formação de qualidade para os(as) trabalhadores(as) da saúde a partir de políticas específicas que promovam: 1) a educação permanente em todos os níveis formativos, considerando os diversos saberes, os princípios organizativos e doutrinários do

SUS; 2) os princípios bioéticos (Brasil, 2003); 3) o “desenvolvimento de competências, não apenas para identificar os determinantes do processo saúde-doença, mas estabelecer sua articulação com a prática profissional – o diagnóstico, a ação humanizada, a produção do cuidado em saúde” (Sarreta, 2012, p. 12); 4) e a formação de qualidade para os(as) trabalhadores(as) da saúde, a partir de políticas específicas que objetivem a educação permanente em todos os níveis formativos, com ênfase na humanização das relações e do atendimento (Brasil, 2003). Estes aspectos merecem, contudo, uma análise que consiga apreender o hiato que se estabelece entre o que está previsto no marco da própria PNEPS e os desafios cotidianos enfrentados pelos(as) trabalhadores(as) nas mais diversas realidades ocupacionais na área da saúde, mais particularmente, no âmbito da atenção primária.

A essência da Educação Permanente em Saúde reside na sua abordagem estratégica e na busca constante por soluções para os desafios enfrentados no cotidiano dos sujeitos e das instituições de saúde. Nesse sentido, a descentralização da formação e a transdisciplinaridade são princípios fundamentais que visam propiciar a democratização institucional e o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem de todos os profissionais envolvidos.

Além disso, a Educação Permanente em Saúde busca não apenas aprimorar as habilidades técnicas dos profissionais, mas também promover a construção de práticas críticas, éticas e humanísticas. Através do enfoque na melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde, esta abordagem busca garantir uma assistência mais eficaz e humanizada, em linha com as demandas e necessidades da sociedade contemporânea.

Segundo Ceccim e Ferla (2008), a EPS posiciona-se a partir de uma orientação político-pedagógica, estrutura-se no cotidiano das organizações, acontece no cotidiano do trabalho, baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais (Brasil, 2018). Fora concebida como ferramenta estratégica para fortalecer a gestão do trabalho e da educação de forma orgânica, promover competências, estimular a reflexão crítica, a inovação e a adaptação às mudanças, possibilitando uma transformação efetiva e sustentável das práticas profissionais.

A implementação da educação permanente em todos os níveis formativos, “[...] englobando conteúdos e suas especificidades, os princípios do SUS, a ética profissional, a humanização das relações e do atendimento” (Brasil, 2003, p.129),concebe uma aparente

redenção na relação entre educação e trabalho, “[...] o que contraria as teses marxistas²⁰ que veem a impossibilidade do trabalho como fundamento educativo no capitalismo” (Lemos, 2015, p. 916).

No contexto do capitalismo, o trabalho é frequentemente visto como uma atividade alienante e desumanizadora, em que os trabalhadores são explorados e alienados do produto de seu trabalho (Tonet, 2005). As teses marxistas apontam para a impossibilidade de o trabalho, no capitalismo, ser um fundamento educativo verdadeiramente libertador.

Ao pensar a educação na perspectiva da luta emancipatória, não poderia senão restabelecer os vínculos - tão esquecidos - entre educação e trabalho, como que afirmando: digam-me onde está o trabalho em um tipo de sociedade e eu direi onde está a educação. Em uma sociedade do capital, a educação e o trabalho se subordinam [a] dinâmica [...] das condições de legitimidade do sistema que explora (Mészáros, 2009, p. 17).

Logo, uma política que propõe “superar desigualdades, resgatar o sentido estruturante da educação e de sua relação com o trabalho, deve colocar fim à separação entre o *Homo faber* e o *Homo sapiens*, transformar princípios em práticas concretas” (Mészáros, 2008, p. 9) e lutar contra a alienação.

Nesse sentido, a educação permanente adotada no âmbito do SUS tem como intuito superar as desigualdades estruturais no contexto da formação, das relações e atuação profissional, garantindo pressupostos estruturantes e emancipatórios em todas as etapas da formação dos trabalhadores(as) da saúde, até a atuação no cotidiano das instituições.

Para Sarreta (2009), no ano de 2003, os debates em torno da temática educação permanente ganham espaço influenciados pelo contexto de mudanças políticas vivenciadas no período. Irrompe tempo propício para se discutir os temas norteadores referentes à formação dos recursos humanos no setor saúde que ainda, sob influência de ideários neoliberais, vivenciam um cenário de sucateamento e desmonte do projeto de

²⁰ As teses marxistas tratam de temas substanciais referentes à economia, política e sociedade que, examinadas à luz de aspectos históricos, sociais e filosóficos, buscam explicar as contradições e desigualdades inatas ao sistema capitalista. Segundo Tonet (2005), a análise marxista aborda a dinâmica das relações de produção, a exploração da mais-valia, a alienação dos trabalhadores e a luta de classes, configuradas como elementos indispensáveis “para se entender o sistema de relações capital-trabalho, seus limites, suas contradições, seu movimento e seu horizonte de superação” (Mészáros, 2002, p. 17).

democratização da saúde em favor de um projeto privatista (Drago, 2010), que busca transformar o SUS em uma “política de governo, amesquinhada e restritiva para os brasileiros” (Reis *et al.*, 2016, p. 132).

No relatório final da XII Conferência Nacional de Saúde, no eixo temático sobre o trabalho na saúde e que forneceu subsídios para a formulação da PNEPS, registra-se a necessidade de:

promover e implantar educação permanente para qualificar trabalhadores de todas as categorias profissionais envolvidas com a área da saúde, em todos os níveis de formação, englobando conteúdos gerais e as especificidades locais, orientados pelos princípios do SUS, da ética profissional, com ênfase na humanização das relações e do atendimento (Brasil, 2003, p. 129).

Propõe-se uma mudança de paradigma no que se refere à formação no setor saúde que tradicionalmente produz, como afirma Gigante e Campos (2016, p. 754) “programas de ação ou ações programáticas em função de políticas específicas com base em áreas técnicas especializadas”.

A criação da Política de Formação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde e a estratégia de polos ou rodas de educação permanente em saúde, em 2003, assinala a valorização do debate acumulado, a iniciativa e compromisso governamental, juntamente com a pressão do controle social da saúde, apontando novos caminhos que rompem com a ideia de que o trabalhador é apenas mais um recurso de infraestrutura, reconhecendo-o como protagonista do processo de consolidação do Sistema (Sarreta, 2009, p. 164 - 165).

Consequentemente implantada em 2004, a PNEPS dispõe e orienta sobre as ações “voltadas para a adequação da formação e qualificação dos trabalhadores de saúde às necessidades de saúde da população e ao desenvolvimento do SUS” (Brasil, 2009, p. 5), bem como “visando a transformação das práticas de saúde, em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho” (Brasil, 2018, p. 7). A Política propõe:

- 1) a articulação entre ensino, trabalho e cidadania; 2) a vinculação entre formação, gestão setorial, atenção à saúde e participação social; 3) a construção da rede do SUS como espaço de educação profissional; 4) o reconhecimento de bases locorregionais como unidades político-territoriais onde estruturas de ensino e de serviços devem se encontrar em co-operação para a formulação de estratégias para o ensino, assim como para o crescimento da gestão setorial, a qualificação da organização da atenção em linhas de cuidado, o fortalecimento

do controle social e o investimento na intersetorialidade (Ceccim; Ferla, 2008, p. 164).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) “se configura como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações” (Brasil, 2018, p. 10). É, portanto, ferramenta geradora de reflexão dos modos de trabalho e autogestão institucionais e de transformação das práticas realizadas pelas equipes. Baseia-se em um modelo transformador que respeita a autonomia e valoriza a criatividade dos sujeitos e acontece no cotidiano do trabalho, nos diferentes níveis de atenção do sistema de saúde (Brasil, 2018). A concepção de educação permanente incorporado à política de saúde brasileira evidencia e valoriza a importância das experiências e da reflexão crítica no âmbito do trabalho e da formação (Fernandes, 2016).

O trânsito das ações de educação na área da saúde, [...] é resultado do processo histórico-político que atravessou do âmbito particular e privado para a responsabilidade social e pública, determinada pela correlação de forças sociais, econômicas, culturais e políticas. É essa correlação de forças que constrói a política pública, seu modo de organização, financiamento, gestão e operacionalização das diretrizes assumidas (Sarreta, 2009, p. 170).

Como em toda política social, os princípios e diretrizes expressos na PNEPS são basilares para orientar as relações entre Estado e sociedade civil, e encontram-se atravessados por conflitos e pelas lutas de classes no contexto do capitalismo. Isso significa dizer que não podemos recair em leituras simplistas e/ou ingênuas que ora idealizam a política, apreendendo-a tão somente pelo seu viés formal abstrato, ora não conseguem visualizar que, à guisa de suas contradições inelimináveis, guardam possibilidades em se tratando de educação e formação profissional.

Dito isso, no próximo capítulo, as leituras e contradições da operacionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) serão consideradas quando examinarmos a interseção entre a Atenção Primária à Saúde e a Política de Educação Permanente no Distrito Federal (DF). A análise irá se debruçar sobre como esses dois elementos se relacionam e se influenciam mutuamente, destacando as suas particularidades nos limites da estrutura de como a política de saúde está organizada na capital do país.

4 A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NO ÂMBITO DO DISTRITO FEDERAL: ELEMENTOS PARA A REFLEXÃO

No cenário da saúde pública, a Atenção Primária à Saúde (APS) e a Política de Educação Permanente em Saúde (PEP), cujos pressupostos normativos sugerem o desenvolvimento de práticas de saúde reflexivas/problematizadoras, se apresentam como elementos essenciais para a concretização de referenciais de saúde centrados nos sujeitos, orientados para a promoção da equidade, integralidade, interdisciplinaridade e participação popular.

A Atenção Primária em Saúde, porta de entrada do sistema de saúde, tem sido reconhecida como um pilar fundamental na promoção da saúde e prevenção de doenças em âmbito público e coletivo (Paiva;Pires-Alves, 2021). Já a Política de Educação Permanente, apresenta-se como abordagem educativa que visa a formação e o aprimoramento das habilidades dos profissionais da saúde (Lemos, 2016). No entanto, é necessário compreender a inter-relação entre essas duas esferas e explorar estratégias eficazes para integrá-las de forma coesa, visando fortalecer o sistema de saúde e garantir um modelo de atenção à saúde integral, que seja humanizado e que contemple a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde.

4.1 O Distrito Federal: formação histórica e territorial

A constituição do espaço territorial do Distrito Federal (DF) foi marcada por desafios e decisões estratégicas que moldaram o destino do Brasil, no final do século XIX. A região do Planalto Central, onde está localizada a Capital Federal, Brasília, fora estabelecida por força de Lei (nº 2.874), em 19 de setembro de 1956. Na mesma, fica estabelecido que:

A Capital Federal do Brasil [...] será localizada na área que constituirá o futuro Distrito Federal circunscrita pela seguinte linha: começa no ponto da Lat. 15°30'S e long. 48°12'W. Green. Dêsse ponto, segue para leste pelo paralelo de 15°30'S até encontrar o meridiano de 47° e 25'W. Green. Dêsse ponto segue o mesmo meridiano de 47° e 25'W. Green, para o sul até o Talweg do Córrego de S. Rita, afluente da margem direita do Rio Preto. Daí pelo Talweg do citado córrego S. Rita, até a confluência dêste com o Rio Preto, logo a juzante da Lagoa Feia. Da confluência do córrego S. Rita com o Rio Preto, segue pelo Talweg dêste último, na direção sul, até cruzar o paralelo de 16°03'S. Daí, pelo

paralelo 16°03' na direção Oeste, até encontrar o Talweg do Rio Descoberto. Daí para o norte, pelo Talweg do Rio Descoberto, até encontrar o meridiano de 48°12'W. Green. Daí para o Norte pelo meridiano de 48°12'W. Green, até encontrar o paralelo de 15°3' Sul, fechando o perímetro (Brasil, 1956, p.1).

Desta feita, o DF possui uma área de 5.788,1 km², delineando-se como o menor território autônomo do Brasil que, por determinação constitucional, desfruta de competências que são próprias dos Estados e não pode ser dividido em Municípios (Surdi, 2023).

O Distrito Federal é uma unidade federativa de compostura singular, dado que: a) desfruta de competências que são próprias dos Estados e dos Municípios, cumulativamente (art. 32, § 1º, CF); b) algumas de suas instituições elementares são organizadas e mantidas pela União (art. 21, XIII e XIV, CF); c) os serviços públicos a cuja prestação está jungido são financiados, em parte, pela mesma pessoa federada central, que é a União (art. 21, XIV, parte final, CF). Conquanto submetido a regime constitucional diferenciado, o Distrito Federal está bem mais próximo da estruturação dos Estados-membros do que da arquitetura constitucional dos Municípios. Isso porque: a) ao tratar da competência concorrente, a Lei Maior colocou o Distrito Federal em pé de igualdade com os Estados e a União (art. 24); b) ao versar o tema da intervenção, a Constituição dispôs que a "União não intervirá nos Estados nem no Distrito Federal" (art. 34) [...] o Distrito Federal tem, em plenitude, os três poderes estatais (Brasil, 1988, p. 34).

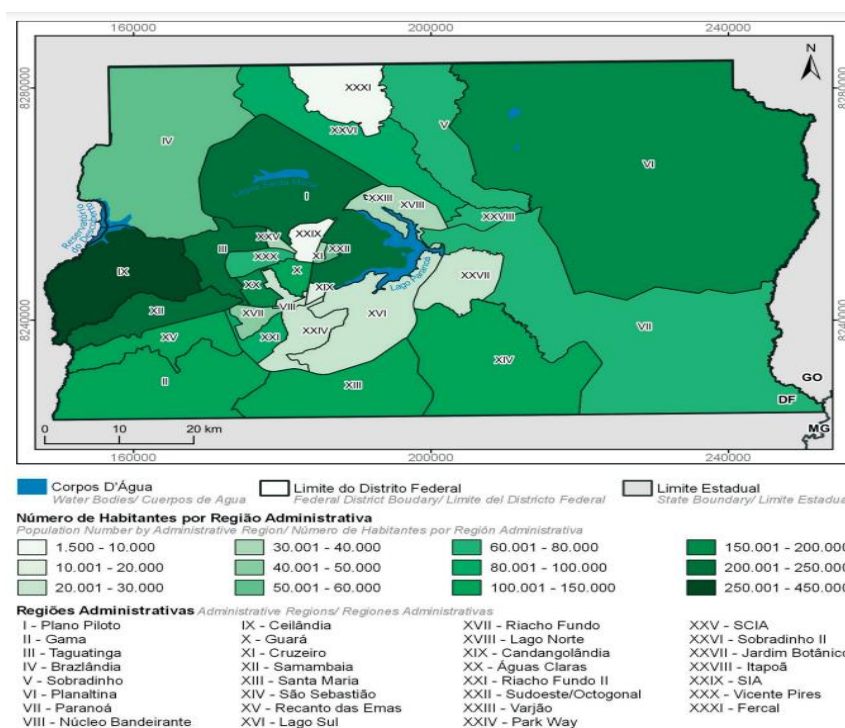
É formado pela Capital Federal, Brasília, “a terra da esperança [...] a sede do governo do Brasil” (Surdi, 2023), suas Regiões Administrativas e pelos municípios que compõem a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal (RIDE - DF).

De acordo com a Companhia de Planejamento do Distrito Federal (Brasília, 2020)²¹, administrativamente, o Distrito Federal está dividido em 33 diferentes regiões, sendo elas: Região Administrativa I: Plano Piloto, Região Administrativa II: Gama, Região Administrativa III: Taguatinga, Região Administrativa IV: Brazlândia, Região Administrativa V: Sobradinho, Região Administrativa VI: Planaltina, Região Administrativa VII: Paranoá, Região Administrativa VIII: Núcleo Bandeirante, Região Administrativa IX: Ceilândia, Região Administrativa X: Guará, Região Administrativa XI:

²¹ A Codeplan é um órgão de planejamento, pesquisas e estudos socioeconômicos cuja produção técnica contribui para o planejamento integrado do Distrito Federal e sua região de influência. Em 8 de junho de 2022, foi publicada no Diário Oficial do Distrito Federal, na Seção I, a Lei nº 7.154 de 7 de junho de 2022, que cria a autarquia Instituto de Pesquisa e Estatística do Distrito Federal – IPEDF/Codeplan (IPEDF/Codeplan, 2023), Com isto, a partir dessa data, a Codeplan, passa a ser chamada de IPEDF/Codeplan.

Cruzeiro, Região Administrativa XII: Samambaia, Região Administrativa XIII: Santa Maria, Região Administrativa XIV: São Sebastião, Região Administrativa XV: Recanto das Emas, Região Administrativa XVI: Lago Sul, Região Administrativa XVII: Riacho Fundo, Região Administrativa XVIII: Lago Norte, Região Administrativa XIX: Candangolândia, Região Administrativa XX: Águas Claras, Região Administrativa XXI: Riacho Fundo II, Região Administrativa XXII: Sudoeste/Octogonal, Região Administrativa XXIII: Varjão, Região Administrativa XXIV: Park Way, Região Administrativa XXV: SCIA, Região Administrativa XXVI: Sobradinho II, Região Administrativa XXVII: Jardim Botânico, Região Administrativa XXVIII: Itapoã, Região Administrativa XXIX: SIA, Região Administrativa XXX: Vicente Pires, Região Administrativa XXXI: Fercal, Região Administrativa XXXII: Sol Nascente/Pôr do Sol e Região Administrativa XXXIII: Arniquireiras. Em dezembro 21 de Dezembro de 2022, a Lei nº: 7.190 e Lei nº 7.191 instituem duas novas Regiões Administrativas no Distrito Federal, Região Administrativa XXXIV: Arapoanga e Região Administrativa XXXV: Água Quente. A seguir, na Imagem 3, apresenta-se ilustração com trinta e uma das trinta e cinco regiões administrativas instituídas até o ano de 2020. Na sequência, segue quadro com todas as regiões instituídas até o ano de 2022.

Figura 3 - Regiões Administrativas do Distrito Federal até 2020



Fonte: Brasília (2020).

Quadro 1 - Regiões Administrativas do Distrito Federal até o ano de 2022

RA	Cidade	Aniversário	Norma de Criação
I	Plano Piloto	21/04/1960	Lei nº 2.874, de 19 de setembro de 1956, que dispõe sobre a mudança da capital federal. A Lei nº 1.648, de 16 de setembro de 1997, deu nova denominação à Região Administrativa I – Brasília passa a denominar-se Região Administrativa Plano Piloto, RA I.
II	Gama	12/10/1960	Oficializada pelo Decreto nº 571, de 19 de janeiro de 1967. Tornou-se RA por meio da Lei nº 49, de 25 de outubro de 1989 e do Decreto nº 11.921, de 25 de outubro de 1989.
III	Taguatinga	05/06/1958	A cidade foi fundada no dia 5 de junho de 1958, mas somente foi oficializada pelo Decreto nº 571, de 19 de janeiro de 1967. Tornou-se a 3ª RA por meio da Lei nº 49, de 25 de outubro de 1989, e do Decreto nº 11.921, de 25 de outubro de 1989, que fixa os novos limites das Regiões Administrativas do Distrito Federal.
IV	Brazlândia	05/06/1933	A cidade foi incorporada ao Distrito Federal em 10 de dezembro de 1964, pela Lei nº 4.545. Tornou-se a 4ª RA por meio da Lei nº 49, de 25 de outubro de 1989, e do Decreto nº 11.921, de 25 de outubro de 1989, que fixa os novos limites das Regiões Administrativas do Distrito Federal.
V	Sobradinho	13/05/1960	A cidade foi fundada no dia 13 de maio de 1960, mas somente foi oficializada pelo Decreto nº 571, de 19 de janeiro de 1967. Tornou-se a 5ª RA por meio da Lei nº 49, de 25 de outubro de 1989, e do Decreto nº 11.921, de 25 de outubro de 1989, que fixa os novos limites das Regiões Administrativas do Distrito Federal
VI	Planaltina	19/08/1859	A Região Administrativa de Planaltina (RA VI) foi criada em 19 de agosto de 1859 pela Lei nº 03 da Assembleia Provincial de Goiás. Foi incorporada ao Distrito Federal em 10 de dezembro de 1964, pela Lei nº 4.545, mas foi pelo Decreto nº 11.921, de 25 de outubro de 1989, que se tornou a 6ª região administrativa do DF
VII	Paranoá	25/10/1957	Oficialmente criada pela Lei nº 4.545, de 10 de dezembro de 1964. As Administrações Regionais de Brasília e do Paranoá, contudo, só foram implantadas efetivamente em 1989 pela Lei nº 49, de 25 de outubro de 1989.
VIII	Núcleo Bandeirantes	19/12/1956	Fundada em 1956. Oficializada pelo Decreto nº 571, de 19 de janeiro de 1967. Tornou-se a 8ª RA por meio da Lei nº 49, de 25 de outubro de 1989.
IX	Ceilândia	27/03/1971	Decreto nº 2.943, de 27 de junho de 1975, criou a Administração de Ceilândia, vinculada à

			Administração Regional de Taguatinga. Em 25 de outubro de 1989, a Lei nº 11.921 criou a Região Administrativa de Ceilândia – RA IX. O aniversário de Ceilândia é comemorado no dia 27 de março, por força do Decreto n.º 10.348, de 28 de abril de 1987.
X	Guará	05/05/1969	A região administrativa do Guará foi fundada no dia 5 de maio de 1969. Em 1973, pelo Decreto nº 2.356, de 29 de agosto, foi criada a Administração Regional X, composta pelo Guará I, Guará II e o Setor Indústria e Abastecimento – SIA.
XI	Cruzeiro	30/11/1959	Lei n.º 49, de 25 de outubro de 1989, e tornou-se a 11ª Região Administrativa pelo Decreto n.º 11.921, de 25 de outubro de 1989.
XII	Samambaia	25/10/1989	A cidade foi criada pela Lei n.º 49, de 25 de outubro de 1989, e tornou-se a 12ª Região Administrativa pelo Decreto n.º 11.921, de 25 de outubro de 1989.
XIII	Santa Maria	10/02/1993	Tornou-se a 13ª RA por meio do Decreto nº 14.604, de 10 de fevereiro de 1993
XIV	São Sebastião	25/06/1993	Tornou-se a 14ª Região Administrativa por meio da Lei nº 467, de 25 de junho de 1993.
XV	Recanto das Emas	28/07/1993	Tornou-se a 15ª Região Administrativa por meio da Lei nº 510, de 28 de julho de 1993, regulamentada pelo Decreto nº 15.046, de 22 de setembro de 1993.
XVI	Lago Sul	30/08/1960	Lei nº 643, de 10 de janeiro de 1994, regulamentada pelo Decreto nº 15.515, de 17 de março de 1994, que a tornou a 16ª RA.
XVII	Riacho Fundo	13/03/1990	Tornou-se a 17ª RA pela Lei nº 620, de 15 de dezembro de 1993, e o Decreto nº 15.514, de 17 de março de 1994.
XVIII	Lago Norte	10/01/1960	Lei nº 641, de 10 de janeiro de 1994, regulamentada pelo Decreto nº 15.516/94.
XIX	Candangolândia	03/11/1956	Lei nº 658, de 27 de janeiro de 1994.
XX	Águas Claras	06/05/2003	Lei n.º 3.153, de 06 de maio de 2003.
XXI	Riacho Fundo 2	06/05/1995	Tornou-se a 21ª RA pela Lei n.º 3.153, de 06 de maio de 2003.
XXII	Sudoeste/Octogonal	06/05/2003	Tornou-se a 22ª RA pela Lei n.º 3.153, de 06 de maio de 2003.
XXIII	Varjão	06/05/2003	O Decreto nº 13.132, de 19 de abril de 1991, criou a Vila Varjão, que se tornou a 23ª RA pela Lei nº 3.153, de 6 de maio de 2003.
XXIV	Park Way	13/03/1961	Lei n.º 3.255, de 29 de dezembro de 2003.
XXV	Estrutural	27/01/2004	Tornou-se a 25ª Região Administrativa por meio da

	(SCIA)		Lei nº 3.315, de 27 de janeiro de 2004
XXVI	Sobradinho II	11/10/1991	A cidade foi criada por meio da Lei nº 3.314 de 27 de janeiro de 2004.
XXVII	Jardim Botânico	01/09/2004	Lei nº 3.435, de 1º de setembro de 2004.
XXVIII	Itapoã	07/07/2005	Lei nº 3.527, de 3 de janeiro de 2005.
XXIX	SIA	14/07/2005	Tornou-se a 29ª Região Administrativa por meio da Lei nº 3.618, de 14 de julho de 2005
XXX	Vicente Pires	26/05/2009	A cidade foi criada por meio da Lei nº 4.327, de 26 de maio de 2009.
XXXI	Fercal	11/09/1956	Lei nº 4.745, de 29 de janeiro de 2012.
XXXII	Sol Nascente e Pôr do Sol	14/08/2019	A cidade foi criada pela Lei nº 6.359, de 14 de agosto de 2019.
XXXIII	Arniqueiras	01/10/2019	Lei nº 6.391, de 30 de setembro de 2019.
XXXIV	Arapoanga	21/12/2022	Lei nº 7.190, de 21 de dezembro de 2022.
XXXV	Água Quente	21/12/2022	Lei nº 7.191, de 21 de dezembro de 2022.

Fonte: Secretaria de Governo do Distrito Federal (Brasília, 2022).

Segundo Surdi (2023), Arniqueiras, Ceilândia, Samambaia, Taguatinga, Brasília e Planaltina são, atualmente, as regiões administrativas mais populosas.

O clima da região é tropical ou tropical semiúmido, com estações bem definidas. A vegetação predominante é o cerrado, um bioma rico em biodiversidade. Possui sete reservatórios hídricos, é circundado por rodovias que ligam o território com todas as regiões do país, facilitando o transporte e a integração econômica (Surdi, 2023). Atualmente, segundo dados do Censo 2022: população e domicílios - primeiros resultados, possui uma população de 2.817.381 pessoas e voga como um importante centro urbano e econômico brasileiro (IBGE, 2022).

O Distrito Federal (DF), além de abrigar o centro político do Brasil, também é um importante centro econômico, registra o oitavo maior produto interno bruto (PIB) entre as unidades da Federação e o maior PIB per capita do Brasil (Brasília, 2020). A economia no DF é bastante diversificada, “por sua função administrativa, o setor de serviços é de grande importância, abrangendo a maior participação no PIB e ocupando a maioria da população economicamente ativa” (Brasília, 2020, p. 81). Considerando a população economicamente ativa - são 1.455.050 pessoas -, a população ocupada é de 69,2% e a desocupada

compreende 30,8% deste quantitativo (IBGE, 2022). O rendimento mensal médio domiciliar *per capita* observado é de R\$4.889,00 (IBGE, 2022), as atividades econômicas mais correntes estão relacionadas à administração, educação, saúde, pesquisa e desenvolvimento público, defesa e seguridade social. Entretanto, é perceptível uma grande desigualdade social no território, caracterizada pela variação da distribuição de renda entre as Regiões Administrativas.

Conforme indica o Codeplan (Brasília, 2020), o Sistema de Segurança Pública do DF está sob a responsabilidade da Secretaria de Estado de Segurança Pública, que planeja, coordena e supervisiona o emprego operacional da Polícia Militar, Polícia Civil, Corpo de Bombeiros e do Departamento de Trânsito, sem interferir na autonomia dessas instituições.

Referente à educação, o Distrito Federal ocupa a 73ª posição entre os maiores valores da dimensão Educação entre as unidades da Federação. O DF possui a menor taxa de analfabetismo e o percentual de habitantes com ensino superior é acima da média nacional (PDAD, 2022). O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do DF é o nono maior entre os 5.565 municípios brasileiros, sendo o único da região Centro-Oeste a figurar entre os dez primeiros do país (Brasília, 2020, p. 81). Considerando a escala de medida do IDH²², o índice do DF é considerado muito alto.

Concernente aos serviços de saúde, o Distrito Federal possui uma infraestrutura bastante diversa. O sistema público é gerido pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), o qual organiza-se em níveis de complexidade crescente e encontra-se dividido em regiões de saúde. As regiões, sete ao todo, comportam diversos pontos de atenção à saúde responsáveis por atendimentos ambulatoriais, de internação, urgência e emergência e serviço de apoio diagnóstico. A seguir, nas imagens 4 e 5, verificam-se ilustrações representativas das regiões e equipamentos de saúde dispostos no território do DF.

²² A escala de aferição do IDH varia de 0 a 1, de modo que, quanto mais próximo de 1, melhores são os indicadores de qualidade de vida. Em suma: de 0 a 0,499 - Muito Baixo; de 0,500 a 0,599 - Baixo; de 0,600 a 0,699 - Médio; de 0,700 a 0,799 - Alto; de 0,800 a 1 - Muito Alto.

Figura 4 - Regiões de Saúde e Regiões Administrativas



Fonte: Brasília(2021).

A figura 4, apresenta a divisão das regiões das sete regiões até o ano de 2021, e a figura 5, apresenta os diversos pontos de atenção à saúde responsáveis por atendimentos ambulatoriais, de internação, urgência e emergência e serviço de apoio diagnóstico. São 177 Unidades Básicas de Saúde e 15 hospitais gerais, 02 hospitais especializados, 11 unidades de pronto atendimento, além de outras unidades de saúde, como policlínicas, SAMU e centros diagnósticos. Ainda sobre as regiões de saúde, resalta-se que mais a diante, serão apresentadas a atual configuração das mesmas, como estabelecido pela SES-DF.

Figura 5 - Estabelecimentos de saúde no DF

Tipo de Estabelecimento	Quantidade
Posto de Saúde	2
Centro de Saúde / Unidade Básica	177
Policlínica	20
Hospital Geral	15
Hospital Especializado	2
Consultório Isolado	3
Clínica / Centro De Especialidade	22
Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT Isolado)	6
Unidade Móvel Terrestre	4
Unidade Móvel De Nível Pré-hospitalar na Área de Urgência	53
Farmácia	5
Unidade de Vigilância em Saúde	19
Centro De Parto Normal - Isolado	1
Hospital / Dia - Isolado	1
Central de Gestão em Saúde	2
Centro de Atenção Hemoterapia e / ou Hematológica	1
Centro de Atenção Psicossocial	18
Unidade de Atenção à Saúde Indígena	1
Pronto Atendimento	11
Central de Regulação Medica das Urgências	1
Serviço de Atenção Domiciliar Isolado (<i>Home Care</i>)	0
Oficina Ortopédica	1
Laboratório de Saúde Pública	1
Central de Regulação Do Acesso	2
Central De Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos Estadual	2
Total	370

Fonte: INFOSAÚDE/SES/DF(2021).

Entre os hospitais públicos, destacam-se o Hospital de Base, Hospital Regional da Asa Norte, Hospital Regional da Asa Sul e o Hospital Universitário de Brasília, todos localizados na área central de Brasília. As demais RAs do DF também contam com unidades de saúde com essas características em suas localidades.

Nos próximos tópicos serão abordados aspectos relacionados à atenção primária à saúde, sua conformação e abrangência e como esta se materializa no contexto do DF. A APS é a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde, apresenta-se como estratégia prioritária e base para a promoção da saúde. Destarte, ao abordar os avanços e desafios da atenção primária, pode-se dimensionar como as políticas de saúde estão sendo implementadas e adaptadas para atender às necessidades da população SUS dependente.

4.2 A Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde: avanços e desafios

A política de saúde brasileira manifesta o conjunto de diretrizes, metas e estratégias pactuadas e estabelecidas entre governo e sociedade e destina-se a garantir a proteção e a inclusão da população aos serviços de saúde. Segundo Borges (2021), essa política envolve ações voltadas para vigilância, promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, além de políticas de financiamento e gestão do sistema de saúde.

No Brasil, a política de saúde começou a ser desenvolvida no início do século XX, quando foram criados os primeiros serviços de saúde pública. No entanto, a consolidação da política ocorreu após a consolidação da Constituição Federal de 1988, que estabeleceu o Sistema Único de Saúde (SUS) como o modelo de saúde pública do país²³ (Paiva; Pires-Alves, 2021).

A partir da década de 1970, “no bojo das lutas por políticas mais universalistas e do processo de abertura política” (Borges, 2021, p. 103), o movimento de profissionais de saúde e de intelectuais da área de saúde coletiva, influenciados por movimentos internacionais que discutiam a expansão do acesso aos serviços de saúde, iniciam em

²³Pouco depois da Constituição proclamar a saúde como direito de todos, levando o sistema público de saúde a incorporar um terço da população desassistida, o Governo Federal reduziu a metade dos gastos com a saúde, faltaram investimentos na Rede Pública de serviços de saúde, em Recursos Humanos, em Ciência e Tecnologia, além de verbas para o custeio e manutenção dos serviços existentes (Paim, 2015, p. 43).

âmbito nacional mobilizações sociais e políticas que reivindicam a criação de um sistema de saúde único e universal (Borges, 2021).

Como outrora anotado neste, antes do SUS, o Brasil possuía modelos de atenção à saúde que se desenvolveram em diferentes momentos da história refletindo o “contexto político, social e sanitário de cada época” (Borges, 2021, p. 91). As práticas em saúde exibiam a “dicotomia entre as ações de saúde pública e as ações de assistência médica” (Aguiar, 2011, p. 22); apresentavam-se os modelos médico hegemônico²⁴ e o sanitarista campanhista²⁵; e ambos objetivavam atender apenas situações e grupos específicos e não alcançavam o todo da população, os mais pobres.

A política que regulamenta o setor saúde se materializa nas ações do Sistema Único de Saúde. Fruto das reivindicações dos movimentos populares manifestas nas ideias e propostas do Projeto de Reforma Sanitária, o SUS concretiza o pacto firmado entre população e Estado brasileiro, no que diz respeito à garantia e acesso de forma gratuita, universal, igualitária e equânime, aos serviços e ações de saúde.

O SUS é uma política social que é fruto de um “movimento de construção e desconstrução, levado a efeito por sujeitos que lutam para democratizar e universalizar a saúde pública de qualidade” (Lemos, 2023, p. 47).

É uma política que está a serviço da população brasileira [...] que é planejada, monitorada, avaliada e submetida ao controle social democrático, aos fóruns de participação popular, a sociedade civil em geral, não somente em seus aspectos quantitativos, mas em seus processos buscando aferir resultados e a ampliação dos direitos sociais para que seja possível repensar opções políticas e programáticas de espectros universal e democrático [...] é uma espécie de gênero da política pública resultante dos tensionamentos sociais situados e derivados das desigualdades estruturais da sociedade (Fernandes, 2016, p. 16).

²⁴O termo hegemônico diz respeito ao “pensamento e a prática gestada por uma minoria da população que detém o poder (principalmente o econômico, mas também o político) numa determinada formação social e o exerce fazendo coerção ou cooptação de “classes” que não detêm esse poder (essas classes são chamadas por eles de subalternas), tornando-se o pensamento da maioria” (Ros, 2019, p. 10). Logo, o modelo assim identificado, apresentava as seguintes características: individualismo, saúde/doença como mercadoria, ênfase no biologismo, a historicidade da prática médica, a medicalização dos problemas, privilégio da medicina curativa, estímulo ao consumismo médico e participação passiva e subordinada dos consumidores (Borges, 2021). O referido modelo propunha enfoque individualizado e medicalizante, e não relacionava o adoecimento às condições de vida dos indivíduos e da coletividade.

²⁵Segundo Aguiar (2011), o modelo sanitarista campanhista possuía natureza autoritária e propunha uma abordagem ambiental e coletiva da doença de forma fragmentada e pulverizada. O modelo apresentava as seguintes características: emprego de campanhas ou programas de saúde, prevalência do saber biomédico, forte influência americana, emprego de vigilância sanitária e epidemiológica (Borges, 2021). O referido modelo, “concentra a atenção em certos agravos e riscos e determinados grupos populacionais, deixando de se preocupar com os determinantes mais gerais da situação de saúde” (Borges, 2021, p. 64).

Hoje, o SUS é considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. É apontado como referência no que se refere à implantação de políticas públicas concebidas para atender às demandas e necessidades provenientes das desigualdades sociais em saúde (Paim, 2015).

Entre as principais diretrizes do sistema, estão a prevenção e promoção da saúde e doenças; a atenção primária ou atenção básica; a estratégia de saúde da família; a humanização do atendimento; a ampliação e melhoria dos serviços e o acesso aos medicamentos e tecnologias em saúde; a valorização dos profissionais de saúde e a participação social na gestão do sistema. Segundo Borges (2021), estas premissas estão evidenciadas na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) e no Decreto nº 7.508/2011, que regulamenta e consolida a referida lei em todo o território nacional e define com exatidão sobre a organização do sistema²⁶.

A Atenção Primária à Saúde²⁷ é o primeiro nível de atenção e o principal ponto de contato entre as pessoas e o sistema de saúde. A APS é baseada em um modelo de cuidado centrado no paciente; ela caracteriza-se por uma abordagem multidisciplinar e integral à saúde que visa não apenas tratar doenças, mas também prevenir, promover e manter a saúde das pessoas, famílias e comunidades.

Na atenção à saúde seriam priorizados os principais problemas de saúde e os grupos populacionais em pior condição, com uma perspectiva integral, contemplando a promoção, a prevenção, a recuperação da saúde e a reabilitação [...] incluindo ações em educação para a saúde; alimentos e nutrição, água e saneamento, saúde materno-infantil, planejamento familiar, imunização, prevenção e controle de doenças endêmicas, tratamento de doenças e lesões comuns e provimento de medicamentos essenciais. As tecnologias empregadas deveriam ser apropriadas, de modo a serem cientificamente consistentes, absorvíveis financeiramente pela coletividade, ajustadas culturalmente, adequadas aos problemas identificados (Paiva;Pires-Alves, 2021, p. 163).

²⁶O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, fora publicado para regulamentar a Lei nº 8.080 de 1990 conhecida como Lei Orgânica da Saúde. Este precisa sobre a organização do SUS no Distrito Federal, Estados e Municípios de forma regionalizada e hierarquizada; constitui as chamadas regiões de saúde e versa sobre as ações e serviços de saúde que deverão ser ofertados (Vigilância, Atenção Primária, Urgência e Emergência, Atenção Psicossocial, Atenção Ambulatorial e Especializada) e estabelece a Atenção Primária à Saúde como um dos principais pilares da política de saúde (Borges, 2021).

²⁷A gênese da Atenção Primária à Saúde data da primeira metade da década de 1960 e o final dos anos 1970. Esse período experimentou uma transição entre posições doutrinárias acerca da política de saúde; outrora, priorizavam-se as práticas de controle e erradicação das doenças de maior impacto epidemiológico e que geravam danosas implicações sociais e econômicas. Despontavam concepções mais integrantes entre saúde pública e atenção médica curativa (Paiva; Alves, 2021).

Preconiza-se que os(as) trabalhadores(as) que atuam na APS desenvolvam o trabalho multiprofissional. “Médicos, enfermeiros, técnicos, agentes de saúde, auxiliares [...] as parteiras, os conhecedores das práticas tradicionais [que atuam] na APS devem ser igualmente valorizados e capacitados [...] em assistência sanitária para realização das atividades” (Paiva; Alves, 2021, p. 164). As equipes atuam juntas para fornecer cuidados abrangentes e de alta qualidade aos pacientes. A APS é um componente essencial de qualquer sistema de saúde e é considerada a base para a construção de um sistema de saúde forte, equitativo e sustentável (Paim, 2012).

Formalmente, a primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) fora publicada no ano de 2006, último período do primeiro mandato do presidente Lula. Tínhamos, assim, um cenário em que, à guisa do otimismo e das expectativas que marcaram sua eleição e os primeiros anos do governo, já era possível visualizar as tendências sociais, econômicas e políticas que delineavam o *modus operandi* no campo da gestão das políticas públicas no país (Paiva;Pires-Alves, 2021).

No bojo das mudanças iniciadas durante sua gestão, Lula²⁸ promoveu mudanças significativas para fortalecer o Sistema Único de Saúde, investimentos foram direcionados para a ampliação de programas e políticas dando ênfase na expansão e qualificação da Atenção Básica:

[...] a PNAB de 2006 deu início à importante discussão da organicidade institucional do sistema em redes de atenção, ao trazer recomendações norteadoras para os serviços de saúde, para o processo de trabalho, para a composição das equipes, para as atribuições das categorias profissionais e para o financiamento do sistema, dentre outros [...] o seu texto incorporou e difundiu no país os atributos da APS [...] primeiro contato; longitudinalidade; integralidade; coordenação; orientação para a comunidade; centralidade na família e competência cultural (Gomes; Gutiérrez; Soranz, 2020, p. 1328).

²⁸ Apesar das mudanças ocorridas no âmbito da SUS, promovidas pelo governo Lula em seu primeiro mandato, convém assinalar que houve “um alinhamento de política, no que se refere ao financiamento, nos governos FHC e Lula, e a mesma tendência no governo Dilma” (Soares; Santos, 2014, p. 24). No governo do Partido da Social-Democracia Brasileira (PSDB) e nos governos do Partido dos Trabalhadores (PT), não se observou diferença no perfil dos gastos em saúde que, mantido abaixo do previsto, não deu conta de atender o que se idealizou e previu quando da promulgação da CF de 1988 (Soares;Santos, 2014). “Os gastos com saúde do governo federal praticamente não cresceram em relação ao PIB [As razões para o não investimento] podem ser explicadas, em parte, pelo compromisso do governo central em fazer superávit primário para pagamento da dívida pública, em detrimento do aumento substancial e necessário dos gastos com saúde, para fazer cumprir a lei” (Soares; Santos, 2014, p. 25).

Com sua implementação, buscou-se sanar conflitos e deliberar sobre a efetivação da política de saúde, principalmente no que se refere ao processo de descentralização e universalização dos serviços de saúde.

A referida PNAB aponta a Atenção Básica (AB)²⁹ como primeiro nível de atenção do sistema de saúde e a considera porta de entrada preferencial e ordenadora da rede de atenção à saúde. A AB apresenta-se como o nível de atenção que dispõe de maior capacidade para resolução e controle de doenças, visto que nela se agrupa um conjunto de ações em saúde, de especificidades individuais, familiares e coletivas, que compreendem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde (Borges, 2021).

Concernente aos níveis de atenção à saúde, a Atenção Básica (AB) revela-se como principalcentro de comunicação ordenador da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Ainda, segundo Borges (2021, p.211), a AB “deve ser desenvolvida com base territorial e população adscrita, os indivíduos, família e coletividade devem ter acesso a equipes multiprofissionais que desenvolverão ações seguindo os princípios e diretrizes do SUS além daqueles preconizados pela portaria que a consolida”. Pilar na construção de um sistema de saúde profícuo, universal e equitativo, a PNAB, por meio de uma abordagem centrada na promoção da saúde, prevenção de doenças e assistência integral, desempenha um papel fundamental na promoção do bem-estar e na melhoria da qualidade de vida das populações (Paim, 2012).

Em outubro de 2011, a PNAB passa por sua primeira revisão, e nela foram introduzidas mudanças significativas na forma como a Atenção Básica passaria a ser organizada e ofertada no país. “Esta versão trouxe novas diretrizes e estratégias para fortalecer a Atenção Básica, como a ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)” (Brasília, 2021).

Disto isto, a AB se materializa nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), na Estratégia de Saúde da Família (ESF), nos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), nos Núcleos de

²⁹ O termo Atenção Básica foi anunciado na Política Nacional de Saúde a partir da NOB SUS 01/96. No Brasil, o Ministério da Saúde adotou a nomenclatura Atenção Básica para definir a Atenção Primária à Saúde, que tem como estratégia principal a Saúde da Família (CONASS, 2007, p. 18).

Atenção à Saúde da Família (NASF), nas UBS fluviais, indígenas, nas equipes do Consultório na Rua, entre outros³⁰.

Para além do direito à saúde, com a política, buscou-se “estabelecer uma aproximação orgânica ao conjunto de homens e mulheres [...] na construção de uma consciência sanitária crítica” (Paim, 2012, p. 345). Ao oferecer serviços acessíveis e próximos às comunidades, a AB não apenas trata doenças, mas também atua na identificação, no enfrentamento e na superação dos determinantes/condicionantes do processo saúde-doença.

Atenção Básica é a nomenclatura presente na legislação e normativas do Ministério da Saúde, como se constata na Portaria de Consolidação nº 02, de 2017 da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Outrossim, é importante destacar que a revisão da PNAB ocorrida em 2017, ratifica que os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde são equivalentes.

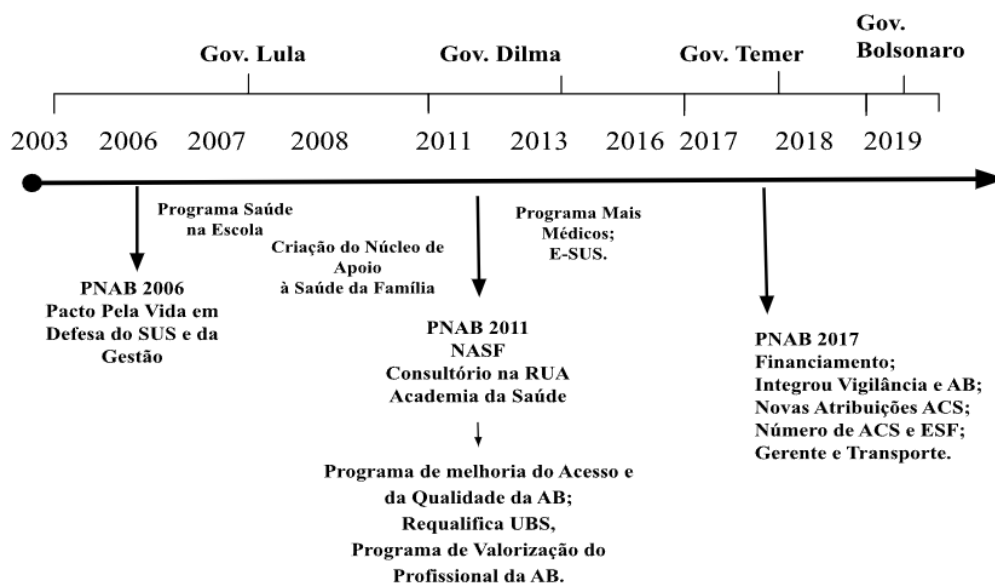
Toda política pública deve ser aprimorada na direção daquilo que pretende produzir (Alves, 2022). Ante o desmonte e a crescente investida de interesses econômicos na política de saúde (Drago, 2010), a revisão da PNAB em 2017 atualizou conceitos e introduziu elementos referentes à organização e manutenção do processo de trabalho, o

³⁰ O referido trecho destaca como se materializa a atenção Básica (AB) por meio de diversos pontos de atenção à saúde. Essas diferentes modalidades de atendimento têm como objetivo comum proporcionar cuidados de saúde preventivos, curativos e de promoção da saúde às comunidades, aos sujeitos, adaptando-se às suas necessidades e especificidades. Desde o acompanhamento regular de famílias e indivíduos até a oferta de serviços em locais remotos ou de difícil acesso, a Atenção Básica busca garantir o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde, promovendo a integralidade da assistência e a qualidade de vida das pessoas. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são um dos principais pilares da Política de Saúde, oferecendo uma ampla gama de serviços de saúde preventivos, curativos e de promoção da saúde diretamente às comunidades e aos sujeitos. Essas unidades são essenciais para garantir o acesso universal aos cuidados de saúde, atendendo desde consultas médicas básicas até a dispensação de medicamentos essenciais. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é outra forma importante pela qual a AB se materializa. Por meio dessa estratégia, equipes multiprofissionais, incluindo médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e outros profissionais, realizam um trabalho próximo e contínuo com as famílias, proporcionando cuidados personalizados e abrangentes. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) desempenham um papel fundamental na promoção da saúde e prevenção de doenças, atuando como elos entre as comunidades e os serviços de saúde. Eles realizam visitas domiciliares, identificam problemas de saúde locais e promovem a adoção de hábitos saudáveis. Além disso, os Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF) fornecem suporte especializado às equipes de ESF, ampliando a gama de serviços disponíveis e garantindo uma abordagem mais abrangente e integrada aos cuidados de saúde. As UBS fluviais e indígenas representam uma iniciativa crucial para levar serviços de saúde a áreas remotas e de difícil acesso, garantindo que mesmo as populações mais isoladas tenham acesso aos cuidados de saúde de que necessitam. Por fim, as equipes do Consultório na Rua atuam diretamente com populações em situação de rua, oferecendo cuidados de saúde, acompanhamento psicossocial e encaminhamentos para serviços especializados, contribuindo para a inclusão e a promoção da saúde dessas populações (Paim, 2015).

emprego de tecnologias, e o reconhecimento de todas as UBS como potenciais espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço entre outros(as).

A implantação da APS é uma estratégia de organização do sistema de saúde que visa promover, à luz dos princípios e diretrizes da política de saúde, cuidados de saúde acessíveis, contínuos, coordenados e baseados na comunidade. A seguir, a imagem 6 ilustra a linha do tempo com as principais datas da implantação da PNAB no Brasil.

Figura 6 - Linha do tempo da PNAB no Brasil



Fonte: Adaptado a partir de Gomes, Gutiérrez e Soranz (2020).

Para concluir, a PNAB inaugurou um importante período de organização e desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde no Brasil. Como assinalado outrora, a política direciona para promoção e a ampliação do acesso aos serviços de saúde, priorizando a integralidade da assistência, a promoção da saúde e a prevenção de doenças. No entanto, apesar de sua importância reconhecida, a APS ainda enfrenta desafios significativos, como a falta de financiamento, o desmonte e o sucateamento, a adesão efetiva dos entes federativos e a necessidade de integração com outros níveis de atenção à saúde.

4.3 A Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal

No Distrito Federal, os primórdios da Atenção Primária à Saúde remontam aos primeiros anos de sua fundação, com a implementação de iniciativas que objetivavam levar assistência básica em saúde à população residente, e Alves (2022), discorre sobre esse movimento iniciado a partir da década de 1980.

[...] o Secretário de Saúde Jofran Frejat buscava para o DF um modelo assistencial baseado na prestação de cuidados primários, para isso era necessário ampliar a estrutura física, contratar profissionais habilitados para a prestação de cuidados primários. As unidades construídas foram denominadas Centros de Saúde, Postos de Saúde Rurais e Postos de Saúde Urbanos, se diferenciando pelo perfil da equipe e dos serviços prestados (Alves, 2022, p. 41).

Os primeiros centros de saúde e postos de atendimento médico, que tinham como objetivo oferecer serviços de saúde básicos, como consultas médicas, vacinação, pré-natal e programas de saúde preventiva, foram fundamentais para atender às necessidades de saúde da população local, que crescia rapidamente com o desenvolvimento da cidade.

Outro marco importante na história da APS no Distrito Federal foi a implementação do Programa de Saúde em Casa (PSC), em meados da década de 1990. “O planejamento do novo modelo assistencial [...] estruturado nos moldes do Programa Saúde da Família (PSF), [previa] a melhoria da qualidade de vida das pessoas e ampliação do acesso aos serviços primários [de saúde]” (Alves, 2022, p. 41).

Em meados dos anos 2000, reorganiza-se a estrutura administrativa do setor saúde no DF, o PSF é assumido como estratégia prioritária para promoção da saúde, prevenção de doenças e assistência médica básica (Alves, 2022). Essa mudança reflete um movimento em direção a um modelo de atenção primária mais abrangente e centrado no paciente, que visa não apenas tratar doenças, mas também promover a saúde e prevenir agravos (Paim, 2012).

Ao assumir o PSF como estratégia central na política de saúde a nível local, o DF reconhece a importância da atenção primária como pilar fundamental de um sistema de saúde comunitário, acessível e que busca não apenas tratar doenças, mas compreender as causas subjacentes das doenças e promover mudanças estruturais que possam beneficiar a saúde da população.

O Plano Distrital de Saúde, publicado em 2008, durante o governo de José Roberto Arruda e o Plano Distrital de Saúde, publicado em 2012, durante o governo de Agnelo Queiroz, para responder aos desafios de ordem política, estruturais, financeiros e

organizacionais na APS, propunham mudanças drásticas na organização da mesma a nível local. Desde então, a APS, no Distrito Federal, tem passado por diversas transformações e expansões, buscando sempre ampliar o acesso aos serviços de saúde, melhorar a qualidade do atendimento e promover a integralidade do cuidado. Hoje, a Atenção Primária à Saúde desempenha um papel fundamental no sistema de saúde do Distrito Federal, atendendo milhares de pessoas em suas unidades básicas de saúde e contribuindo para a promoção da saúde e o bem-estar da população local.

No Distrito Federal, prioriza-se o termo Atenção Primária à Saúde (APS) quando se refere à Atenção Básica (AB). Desta feita, a APS efetiva-se, tão logo, como principal:

[...] ponto de cuidado preferencial das pessoas e famílias com o sistema de saúde ao longo de suas vidas, sem restrição de acesso às ações e serviços de saúde, independente de gênero, condições socioculturais e problemas de saúde; com abrangência e integralidade das ações individuais e coletivas; além de continuidade (longitudinalidade) e coordenação do cuidado ao longo do tempo, tanto no plano individual quanto no coletivo, houver necessidade de se referenciar (encaminhar) as pessoas para outros níveis e equipamentos de atenção do sistema de saúde. Deve ser idealmente praticada e orientada para o contexto familiar e comunitário, entendidos em sua estrutura e conjuntura socioeconômica e cultural. (Santos *et al.*, 2021, p. 3772-3773).

A APS se projeta em todas as sete regiões de saúde organizadas por superintendências, assim definidas conforme quadro 2:

Quadro 2 - Regiões de Saúde X Regiões Administrativas no DF

REGIÕES DE SAÚDE	REGIÕES ADMINISTRATIVAS
Região Central: Superintendência da Região de Saúde Central (SRSCE).	Brasília (Asa Norte, Asa Sul), Lago Norte, Lago Sul, Cruzeiro, Sudoeste/Octogonal e Varjão.
Região Centro-Sul: Superintendência da Região de Saúde Centro-Sul (SRSCS).	Candangolândia, Estrutural, Guará, Park Way, Núcleo Bandeirantes,

	Riacho Fundo I, Riacho Fundo II, Setor de Indústria e Abastecimento (SIA), e Setor Complementar de Indústria e Abastecimento (SCIA).
Região Norte: Superintendência da Região de Saúde Norte (SRSNO).	Planaltina, Sobradinho, Sobradinho II e Fercal.
Região Sul: Superintendência da Região de Saúde Sul (SRSSU).	Gama e Santa Maria.
Região Leste: Superintendência da Região de Saúde Leste (SRSLE).	Paranoá, Itapoã, São Sebastião, Jardim Botânico e Jardins Mangueiral.
Região Oeste: Superintendência da Região de Saúde Oeste (SRSOE).	Brazlândia, Ceilândia, Sol Nascente e Pôr do Sol.
Região Sudoeste: Superintendência da Região de Saúde Sudoeste (SRSSO).	Águas Claras, Recanto das Emas, Samambaia, Taguatinga, Vicente Pires e Arniqueiras.

Fonte: Adaptado de SES/DF (Brasília, 2021).

4.4 A Política de Educação Permanente no SUS no Distrito Federal: contextualização histórica e fundamentação legal

No Distrito Federal, o Plano de Educação Permanente em Saúde (PEPS), estruturado em conformidade com o estabelecido na PNEPS (Brasília, 2019b), enumera como objetivos:

[...] o aprender e o ensinar devem ser incorporados ao cotidiano das organizações e ao trabalho; a educação tem por base a aprendizagem significativa e a possibilidade de transformar as práticas profissionais; a educação se faz a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm; a educação considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações (Brasília, 2019b, p. 229).

O referido Plano aponta como um de seus principais desafios a necessidade de promover uma educação permanente aos profissionais de saúde que tenha como base as particularidades das regiões de saúde e, assim, seja capaz de viabilizar, de fato, mudanças no modelo de atenção, com atenção, sobretudo, nas redes de atenção e na regionalização (Brasília, 2019b).

No Distrito Federal, a gestão da saúde é organizada em regiões, definidas a partir da territorialização, a saber: 1) Região Central, 2) Região Centro-Sul, 3) Região Leste, 4) Região Norte, 5) Região Oeste, 6) Região Sudoeste e 7) Região Sul. Ao todo, somam 177 Unidades Básicas de Saúde no território das 33 regiões administrativas do DF³¹, devidamente distribuídas por cada região: 09 na Região Central, 20 na Região Centro-Sul, 31 na Região Leste, 37 na Região Norte, 27 na Região Oeste, 32 na Região Sudoeste e 20 na Região Sul. A territorialização, como uma das diretrizes do SUS, também deve nortear a EPS, haja vista a necessidade de se pensar a formação e a qualificação de trabalhadores frente às particulares demandas do território em que atuam.

Tendo como referência principal a Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS), na Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), a educação permanente reafirma que:

[...] a educação na SES é educação para adultos e deve utilizar diversas estratégias de aprendizagem; as ações educativas devem responder aos desafios

³¹Regiões administrativas do Distrito Federal: Plano Piloto, Sudoeste/Octogonal, Cruzeiro e Candangolândia; Lago Sul, Lago Norte, Park Way e Varjão; Guará, Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo, Águas Claras, Arniqueira, Vicente Pires, SIA e SCIA/Estrutural; Taguatinga, Samambaia, Sol Nascente/Pôr do Sol, Ceilândia e Brazlândia; Gama, Santa Maria, Recanto das Emas e Riacho Fundo II; Paranoá, Itapoã, São Sebastião e Jardim Botânico; Sobradinho, Sobradinho II, Fercal e Planaltina (Codeplan, 2022, p. 16).

do Sistema de Saúde no DF no que se relaciona a pessoas, gestão, processos e resultados; a educação deve contemplar o equilíbrio entre a produção de conhecimento pela prática do trabalho e a aquisição de conhecimento, pela oferta; as ações educativas são ações intencionais e planejadas para o fortalecimento dos conhecimentos, habilidades e atitudes dos trabalhadores em saúde; o impacto das ações educativas nos serviços de saúde e na satisfação do trabalhador devem ser mensurados (Brasil, 2019, p. 49).

Conforme o Relatório do Plano de Educação Permanente em Saúde (2019a), da Secretaria de Saúde do DF (Brasília, 2019a, p. 47), a EPS deve se configurar como “uma proposta ético-político-pedagógica que visa transformar e qualificar a atenção à saúde, os processos formativos, as práticas de educação em saúde, além de incentivar a organização das ações e dos serviços numa perspectiva intersetorial”.

Dentre suas propostas de ações estratégicas para a educação em saúde, a SES/DF chama a atenção para duas questões fundamentais:

[...] a necessidade de preparar equipes para atuação multiprofissional, considerando os fatores técnicos e comportamentais; b) a necessidade de criar uma trilha básica de competências necessárias ao profissional de saúde que ingressa na SES, que dará base a uma cultura de trabalho em equipe, proatividade, capacidade de lidar com a diversidade de pessoas e atuações, e preparação para atuar com controle de metas, indicadores e resultados, por meio de sistemas informatizados (Brasília, 2019b, p. 228).

Destarte, no DF, a operacionalização das ações educativas orientadas para o cotidiano dos trabalhadores do SUS tem ficado a cargo da Escola de Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (EAPSUS) (Carvalho; Teodoro, 2019). Segundo as autoras, a EAPSUS, a Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) e a Escola Técnica de Saúde de Brasília (ETESB) fazem parte de um conjunto de escolas mantidas pela Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), cujo objetivo principal é planejar, articular e desenvolver ações pedagógicas alinhadas às diretrizes da PNEPS, no que se refere à opção teórica e metodológica, priorizada pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF).

Cabe a ETESB a formação técnica profissional, realizada por meio da oferta de cursos técnicos e pós-técnicos, a ESCS a acadêmica com os cursos de graduação em medicina e enfermagem, cursos de especialização, mestrado acadêmico e profissional, além das residências médicas e multiprofissionais; a EAPSUS ações educativas de aperfeiçoamento e atualização voltadas para profissionais da SES/DF, atores envolvidos com o controle social e profissionais de instituições parceiras no governo do Distrito Federal (Carvalho; Teodoro, 2019, p. 2194).

“A criação de FEPECS se deu em 15 de janeiro de 2001 pela Lei nº 2.676, de 12 de janeiro de 2001; já a EAPSUS foi criada em 22 de agosto de 2013 pelo Decreto nº 34.593” (Carvalho; Teodoro, 2019). Em sua conformação, a EAPSUS adota como modelo pedagógico a educação problematizadora proposta pela PNEPS. Assume o desafio de construir propostas e ações estratégicas que “deem conta de atualizar conhecimentos e promover reflexões [...] tendo em vista a qualidade da assistência, a eficiência e a relevância do trabalho em saúde” (Carvalho; Teodoro, 2019, p.2195). Vale ressaltar que as ações desenvolvidas no contexto da formação e qualificação profissional seguem pressupostos preconizados no Plano de Educação Permanente em Saúde-PEPS/SES/DF vigente.

A capilaridade das ações de educação permanente em saúde previstas pela SES-DF, para além do conjunto de escolas mantidas pela FEPECS, conta com a ação dos Núcleos de Educação Permanente em Saúde (NEPS) que, ligados “administrativamente às Superintendências Regionais de Saúde ou Unidades de Referência Distrital, o Núcleo de Ensino e Pesquisa do SAMU, a Gerência de Educação em Saúde, subordinada à Subsecretaria de Gestão de Pessoas, os Hospitais-Ensino e a Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde-FEPECS” (Alencar; Campos, 2019, p. 9), atuam nas Regiões de Saúde e nas Unidades de Referência Distritais como promotores da Educação Permanente em Saúde desenvolvendo as ações atribuídas aos mesmo e descritas no PEPS/SES/DF.

A educação permanente deve estar presente em todos os níveis de atenção do SUS. As práticas educativas devem proporcionar aos sujeitos condições para que, individual e coletivamente, atuem, decidam e intervenham nas condições que operam no ambiente e, conseqüentemente, no nível de saúde.

5 ASPECTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA E A ANÁLISE DA COLETA DE DADOS

5.1 A metodologia da pesquisa: tipos de pesquisa e estratégias de coleta de dados

Para a presente pesquisa, foram realizadas aproximações ao método histórico crítico-dialético, tendo em vista a capacidade que o referido tem para apreender a essência do objeto, portanto, para além de sua aparência fenomênica e imediata. A perspectiva de análise propiciada pelo mesmo garantiu a possibilidade de desvelamento do objeto na sua existência real e efetiva, em suas múltiplas dimensões e determinações. Dito isso, foram imprescindíveis para o alcance da finalidade proposta, apreender as dimensões históricas do fenômeno, suas contradições inerentes e o desvendar das condições materiais e objetivas sob as quais estão assentadas suas múltiplas camadas. O método se coloca, portanto, como o caminho que o pensamento faz para desvelar a realidade (Netto, 2011). Com os capítulos anteriores, buscou-se reconstruir o objeto em suas dimensões históricas e sociais, relacionando-o à teia de determinações que o estruturam e o configuram contemporaneamente.

Para Minayo (1994, p. 16), a metodologia corresponde “[a]o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade”, logo, inclui “concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade e o sopro divino do potencial criativo do investigador”. Partindo dessa premissa, a metodologia aqui proposta reuniu uma gama de possibilidades teóricas e técnicas elaboradas em torno das condições materiais e concretas de alcance dos objetivos traçados. Há que se destacar o fato de que, desde a sua idealização, quando a presente pesquisa se apresentava como um projeto ainda em vias de delimitação, até sua expressão mais atual, a metodologia sempre foi encarada como algo mutável e passível de adequações, sintonizada, portanto, com as condições do campo ou que o próprio objeto da investigação assim exigira.

Em relação à sua natureza, reafirma-se seu caráter qualitativo, o qual, conforme Minayo (1994), não tem como preocupação quantificar a realidade que pretende explicar,

mas se preocupa com o universo dos significados, valores e crenças dos sujeitos acerca das relações, dos processos e dos fenômenos vivenciados por eles.

Sobre os tipos de pesquisa, foram realizadas pesquisas dos tipos bibliográfica, documental e de campo. A pesquisa bibliográfica atravessou todas as demais etapas deste estudo, na medida em que a interlocução com autores(as) e teorias se apresentou como condição *sine qua non* para desvendar as camadas que subjazem o objeto da pesquisa. Sendo assim, inicialmente, durante a pesquisa em seu estágio exploratório, foi realizado o levantamento bibliográfico em obras e publicações (dissertações, teses, artigos científicos, livros e coletâneas) e a revisão teórica em torno da definição das categorias de análise e as principais referências na sua abordagem, a saber: trabalho, saúde, educação permanente em saúde e atenção primária. Num segundo momento, a pesquisa bibliográfica viabilizou a construção do referencial teórico de análise, ou seja, o adensamento e a correlação das categorias teóricas à luz dos objetivos da pesquisa.

Paralela à pesquisa bibliográfica, a proposta de investigação foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais da Universidade de Brasília (CEP/CHS) em julho de 2023, sob CAAE³² 71276523.1.0000.5540. O processo de submissão implicou, dentre outros, na adequação da pesquisa às Resoluções do CNS n° 466/2012 e n° 510/2016, as quais são as normativas que regulamentam as pesquisas com seres humanos, sobretudo no tocante aos riscos e aos benefícios para os(as) participantes da pesquisa. Para tanto, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (vide Apêndice A), a Carta de Revisão Ética (vide Apêndice B), bem como o instrumento de coleta de dados (vide Apêndice C), a saber, o roteiro de entrevista semiestruturada.

O roteiro de entrevista, além das questões que possibilitaram traçar o perfil socio biográfico dos participantes da pesquisa, dispôs de questões abertas que serviram de conduto para o alcance dos objetivos da pesquisa. Todas as entrevistas foram gravadas com gravador de voz a partir da autorização prévia concedida pelos participantes da pesquisa e, posteriormente, transcritas. Foi preservada a identidade dos participantes da pesquisa, sendo omitida toda e qualquer informação capaz de comprometer a garantia do seu anonimato.

³²A sigla CAAE significa Certificado de Apresentação de Apreciação Ética, que equivale à numeração gerada para identificar o projeto de pesquisa que entra para apreciação ética no CEP na Plataforma Brasil.

A pesquisa documental, por sua vez, se debruçou em fontes primárias e secundárias. As últimas correspondem às legislações, normativas, publicações institucionais, bases de dados e de indicadores epidemiológicos, em nível nacional e local, acerca da EPS e da saúde pública em geral. Já as primeiras equivalem aos registros documentais sobre as práticas de saúde implementadas pelos trabalhadores nas UBSs, tais como relatórios internos e outros documentos de natureza similar em que se dá o registro das ações de educação em saúde.

Destarte, é pertinente apontar alguns limites encontrados que, de início, impactaram a análise e avaliação no âmbito da pesquisa documental, dentre as quais, a disponibilidade limitada de documentos oficiais da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), o que dificultou o levantamento e, conseqüentemente, a análise documental, exigindo que passasse a integrar a pesquisa documental a busca por fontes institucionais alternativas de informação, não necessariamente vinculadas ao acervo de documentos oficiais da SES-DF.

A pesquisa de campo envolveu, portanto, a partir de seu caráter relacional (Minayo, 1994), a combinação das diversas estratégias (técnicas e instrumentos) utilizadas pelo pesquisador para a coleta de dados empíricos, as quais, no presente estudo, foram: entrevista semiestruturada, roteiro de entrevista e visita institucional.

O campo empírico em que se deu a coleta de dados foram os sete Núcleos de Educação Permanente em Saúde (NEPS) da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Ao todo, o Distrito Federal possui sete Regiões de Saúde (Centro-Sul, Leste, Sudoeste, Central, Oeste, Sul e Norte), definidas a partir da territorialização da gestão da saúde e organizadas, institucionalmente, em Superintendências. Cada região possui, respectivamente, um NEPS. A escolha do campo da pesquisa se justifica pela necessidade de se considerar como a EPS tem se particularizado nas diferentes regiões do DF, além de conferir representatividade para as diferentes regiões no estudo em questão.

Uma vez de posse dos dados documentais e oriundos da pesquisa de campo, a análise tomou por base a sugestão de Minayo (1994, p. 26) para o tratamento dos “dados recolhidos em campo”, a saber: 1) a ordenação; 2) a classificação; e 3) a interpretação e análise propriamente dita.

Tendo em vista a necessidade de compreender as experiências, percepções e significados atribuídos pelos gestores da educação permanente em saúde no âmbito da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, adotou-se a abordagem metodológica qualitativa

que se justifica por sua faculdade de capturar a complexidade e a subjetividade das experiências humanas expressas no sistema de significados, valores e crenças manifestadas pelos sujeitos (Minayo, 1994).

5.2 A pesquisa de campo e os contornos da educação permanente em saúde na atenção primária no DF sob o olhar dos(as) gestores(as)

O processo de entrada no campo se deu a partir da figura de um informante-chave, o qual, além de exercer um cargo de gestão na SES-DF, e ter viabilizado os trâmites para o aceite institucional, garantiu interlocução direta com cada um dos participantes da pesquisa. Sua atuação permitiu estabelecer uma conexão sólida e confiável com os(as) profissionais da área, facilitando o acesso às informações necessárias e garantindo a colaboração ativa de todos(as) os(as) envolvidos(as) no processo. Essa parceria estratégica contribuiu significativamente para o desenvolvimento da pesquisa, possibilitando uma aproximação junto aos Núcleos de Educação Permanente do Distrito Federal.

Todas as entrevistas foram realizadas entre os meses de outubro e novembro de 2023. As perguntas realizadas foram conduzidas seguindo os preceitos éticos estabelecidos de acordo com as normativas para a realização de pesquisa com seres humanos. Cada encontro foi planejado de forma a garantir um ambiente propício para a coleta de dados, respeitando a privacidade e a confidencialidade dos(as) participantes. Os(as) entrevistados(as) foram selecionados(as) com base em critérios específicos, a saber, ocupar cargos de coordenação e/ou gestão junto aos NEPSs. O roteiro da entrevista semiestruturada possibilitou maior flexibilidade na formulação das questões, bem como na condução dos momentos de interação com os sujeitos, o que permitiu que eles(as) expressassem suas opiniões e experiências à medida que as perguntas eram formuladas. Essa abordagem colaborativa possibilitou o acesso a informações valiosas sobre o tema em estudo, enriquecendo a análise e as conclusões do estudo.

No quadro a seguir, será apresentado o perfil dos(as) entrevistados(as), fundamentando-se em uma análise das características profissionais e experiências individuais dos(as) participantes. Essa abordagem visa fornecer uma visão abrangente e contextualizada dos sujeitos envolvidos no estudo, permitindo uma compreensão mais profunda das perspectivas compartilhadas durante as entrevistas. O perfil dos sujeitos fornece elementos para identificar a correlação entre as suas percepções acerca das

dimensões do objeto da pesquisa e o respectivo lugar de onde esse sujeito emite e constrói sua análise. É importante destacar, no entanto, que a informação relativa ao local de atuação dos(as) participantes da pesquisa foi intencionalmente omitida do quadro, haja vista a preocupação em garantir o anonimato e evitar quaisquer possibilidades de associação e/ou dedução entre as informações institucionais e seus respectivos vínculos funcionais locais.

Quadro 3. Perfil dos participantes da pesquisa.

SUJEITOS DA PESQUISA	PERFIL BIOGRÁFICO
Participante 1	Mulher, parda, servidora da SES-DF, cumpre carga horária de 40h, atualmente ocupa cargo de chefia do NEPS.
Participante 2	Mulher, branca, servidora SES-DF, cumpre carga horária de 40h, atualmente ocupa cargo de chefia do NEPS.
Participante 3	Mulher, branca, servidora SES-DF, cumpre carga horária de 40h, atualmente ocupa cargo de chefia do NEPS.
Participante 4	Mulher, servidora SES-DF, cumpre carga horária de 40h, atualmente ocupa cargo de chefia do NEPS.
Participante 5	Mulher, negra, servidora SES-DF, cumpre carga horária de 40h, atualmente ocupa cargo de chefia do NEPS.
Participante 6	Mulher, parda, servidora SES-DF, cumpre carga horária de 40h, atualmente ocupa cargo de chefia do NEPS.
Participante 7	Homem, branco, servidor SES-DF, cumpre carga horária de 40h, atualmente ocupa cargo de chefia do NEPS.

Fonte: Pesquisa de campo. Elaboração própria do autor.

Dos(as) sete entrevistados(as), cinco são responsáveis diretos pela chefia dos NEPS nas regiões de saúde, onde a APS se encontra instalada. Os(as) outros(as) dois(uas) gestores(as) ocupam cargos na chefia do Núcleos de Educação Permanente em Saúde referente ao Complexo Regulador do Distrito Federal e em outro que é considerado extensão de um dos NEPS.

Ainda referente ao perfil dos(as) participantes, nota-se que, em sua maioria, a chefia é exercida por mulheres; em um único núcleo, encontrou-se um homem no cargo assinalado. A faixa etária dos(as) entrevistados(as) variou entre 35 e 56 anos. Todos(as) possuem formação em curso superior em áreas distintas, a saber: Enfermagem,

Letras/Inglês, Secretariado, Administração e Veterinária. Todos(as) possuem especialização *lato sensu* em áreas referentes à Gestão de Pessoas, Gestão de Qualidade, Educação, Enfermagem, entre outros. Três entrevistados(as) possuem mestrado e uma possui doutorado. Todos(as) são servidores(as) concursados(as) da SES-DF há, no mínimo, cinco anos. O cargo de chefia do Núcleo de Educação Permanente em Saúde é um cargo comissionado e todos(as) cumprem carga horária semanal de 40h.

Na sequência, serão apresentadas as falas dos(as) participantes coletadas durante as entrevistas conduzidas para este estudo. As entrevistas foram transcritas a fim de garantir a fidedignidade na análise de seu conteúdo. Após as transcrições, o conteúdo das entrevistas fora organizado a partir de eixos temáticos definidos em sintonia com os objetivos específicos da presente pesquisa.

Sobre os limites e as possibilidades que existem atualmente para a atuação profissional no âmbito da gestão na SES, os achados revelam uma série de elementos que refletem o contexto complexo e dinâmico do sistema de saúde. Entre os limites, destacam-se questões estruturais, como a burocracia administrativa, a falta de recursos financeiros, o quadro reduzido de servidores e a sobrecarga de demandas.

[...] e eu vim recentemente de uma reunião na superintendência, porque a região, está com um grande problema de mão-de-obra (Participante 1).

[...] muito, muito grande o déficit de servidor. Então, para piorar, né? Só que você tem um desenho um pouco mais amplo [...] É muito complexo; não é só problema de RH, é estrutural. A gente às vezes não tem um carro para levar a equipe para fazer um treinamento na UBS, mais afastada (Participante 1).

[...] Então o que depende do meu planejamento aqui, eu corro atrás, eu acabo ficando um pouco sufocada e não consigo desenvolver a educação permanente aqui na região (Participante 1).

[...] Quando eu cheguei, era uma pessoa, aí eu chorei, chorei, consegui mais um servidor, então assim, é muita demanda. Ele sempre fica muito envolvido ali com os estágios e a gente nunca conseguiu desenvolver esse trabalho (Participante 1).

[...] Aqui comigo tenho as atribuições da chefia e aí a gente tem 11 atribuições regimentais. Uma delas é a educação permanente [...] Não sobra tempo, né? (Participante 3).

[...] falta espaço! A gerência de pessoas fica aqui pertinho, mas a gente não tem espaço mesmo assim (Participante 2).

[...] Tem que trazer servidor para cá, porque aqui não tem pessoal (Participante 2).

[...] se adoecer ou tirar férias, não tem ninguém, aí o setor para (Participante 2).

Além disso, desafios relacionados à infraestrutura deficiente, à escassez de pessoal e às limitações do cargo foram enunciados como fatores que impactam negativamente a condução das ações de gestão. Tais aspectos recordam Antunes (2000), quando este discorre sobre as mutações ocorridas no mundo do trabalho, e Machado (2011), quando trata das particularidades do trabalho no âmbito do setor saúde.

Acerca da concepção de educação permanente na saúde, segundo as(os) participantes da pesquisa:

[...] eu entendo que educação permanente é toda aquelas ações que a gente faz visando uma alteração de comportamento e fluxo de trabalho do servidor pela educação. Seja ela curso, seja ela por conversa, enfim, qualquer tipo de ação que a gente esteja tentando mudar de fato o trabalho por meio da educação, ambiente de trabalho, fluxo de trabalho, o próprio servidor (Participante 1).

[...] Bom, eu entendo que a educação permanente em saúde é essencial, é dentro dos serviços de saúde, porque é a partir da educação permanente que a gente vai manter a atualização dos profissionais que a gente vai manter as capacitações necessárias, a gente vai manter o olhar para as necessidades do serviço e dos profissionais (Participante 3).

[...] Ela também valoriza o servidor, né? Qualificando mais e principalmente melhorando a qualidade da assistência para o usuário (Participante 3)

[...] A educação permanente em saúde para mim, eu acho. É a atualização diária, né? Você sempre tem que estar atualizando sabe? É estar sempre buscando conhecimentos e se atualizando (Participante 7).

[...] Então, eu sou apaixonada por educação e eu, eu assim, eu entrei no NEPS e sinto falta da educação permanente. No NEPS tem tudo menos educação permanente (Participante 4).

[...] É assim, na minha visão, educação permanente são os cursos, as capacitações. Não é aquelas antigas reciclagens (Participante 5).

[...] A educação permanente está muito relacionado a essa formação continuada (Participante 5).

[...] Para mim é assim, Eu penso que o mundo está sempre em constante evolução, né? As tecnologias a cada dia estão sendo implementadas e qualquer profissão ela precisa estar atualizada. Então, a educação permanente entra aí (Participante 2).

[...] A educação permanente. Ela é permanente porque ela é contínua, você faz por reciclagem, não só no sentido qualitativo ou quantitativo. Ela é formação profissional (Participante 6).

A Educação Permanente apresenta-se como abordagem educativa que visa a formação e o aprimoramento das habilidades dos profissionais da saúde (Lemos, 2016). Ela incorpora, em sua prática, a reflexão crítica e propõe uma transformação no cotidiano, nas relações e nas práticas profissionais. Para Ceccim (2005), a Educação Permanente em

Saúde pode corresponder à Educação em Serviço, à Educação Continuada e à Educação Formal. No contexto do capitalismo, a Educação Permanente no âmbito da Saúde objetiva superar contradições estruturantes que subordinam os(as) trabalhadores(as) às demandas do mercado e às condições precárias de trabalho.

Nas perspectivas apresentadas, pode-se verificar que os(as) participantes demonstraram dificuldade em fornecer uma discussão substancial sobre o tema da Educação Permanente. Isso pode sugerir uma lacuna no entendimento ou na capacidade de articular os conceitos sobre educação permanente, educação continuada, educação formal e seus objetivos. Tal lacuna pode decorrer da falta de familiaridade com os princípios e práticas da Educação Permanente, bem como da ausência de experiência prática na implementação desses conceitos. Além disso, pode indicar uma necessidade de maior conscientização e formação sobre a importância da Educação Permanente na atualização de habilidades e conhecimentos ao longo da vida profissional na área da saúde.

Fora questionado aos(as) participantes se os(as) mesmo(as) tinham conhecimento sobre a existência da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde ou acerca de algum plano ou projeto de implementação da educação permanente para os(as) profissionais da saúde na Atenção Primária do DF.

[...] eu vou ser bem sincera com você, quando entrei o nacional e o distrital vi muito nas discussões que a gente faz nos nossos colegiados. Eu não conheço eles a fundo (Participante 1).

[...] falar bem, conheço a política da ESCS, né? A política de educação continuada, né? Da SES, a gente tem muito pouco contacto, né? Não é que não tenha. Falar assim, ah, é uma, é uma falha nossa, muitas vezes a gente nem procura para entender onde é que está, os projetos, tudo. (Participante 2).

[...] do DF, não. Mas o nacional, eu já cheguei a dar uma lida, é super extensa. Muita coisa que ainda não acompanha a realidade, mas tem muita coisa aqui do programa nacional, mas é gigantesco e eu não conheço (Participante 4).

[...] eu já tive contato, mas não li o suficiente bem para ter uma opinião ainda (Participante 6).

Em seguida, perguntou-se como eram definidos os temas e as prioridades para a educação permanente, além de como ocorriam os processos formativos de educação permanente em saúde voltados para os(as) trabalhadores(as) da Atenção Primária na SES. As respostas indicaram que os temas e as prioridades para a educação permanente são geralmente definidos através da busca e colaboração com o Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS), instância que se mobiliza, apesar das limitações outrora

apresentadas, para fornecer direcionamento e apoio na identificação das necessidades de formação dos profissionais de saúde. Ademais, os(as) profissionais mencionaram que as questões relacionadas à educação permanente são apresentadas e discutidas em encontros, comissões e ou reuniões específicas, onde são consideradas as demandas identificadas no cotidiano das organizações e das instituições. Esses processos formativos geralmente envolvem estratégias como capacitações, cursos, oficinas e grupos de estudo, que visam promover a atualização de conhecimentos e habilidades dos profissionais da saúde, com foco na melhoria da qualidade dos serviços oferecidos à população atendida pela Secretaria de Estado de Saúde (SES).

[...] a gente tem 2 grandes Vertentes aqui da região. A primeira é que a gente tem um planejamento anual que é feito de acordo com uma pesquisa que a gente faz. A gente pega, faz uma pesquisa, faz o levantamento das necessidades pelo olhar do servidor, né? A partir desse olhar de servidor, apresenta a demanda, eu trato esses dados. Eu verifico os mais frequentes os que chamam a atenção por algum motivo em específico [...] levo esses dados para os gestores. Converso com gestores, né? Porque às vezes é uma demanda muito pontual para o servidor, que não caracteriza uma necessidade para o serviço. É uma necessidade dele buscar um aperfeiçoamento pessoal, que é dever de todo o servidor. Então eu faço essa pesquisa, eu caso esses dados junto com que os gestores me falam, e aí definimos (Participante 1).

[...] a gente responde pelo processo de educação permanente do HRAN de todas as unidades básicas de saúde, todos os ambulatórios e todos os serviços de saúde mental dos CAPS, né? Então nós respondemos. Todas essas unidades, região central todas que englobam o plano piloto, o Cruzeiro é Vila Planalto, Lago norte, Lago sul, Varjão (Participante 3).

[...] sempre vamos lá e levantamos todas as demandas (Participante 3).

[...] o pessoal das comissões fazem o levantamento e nos enviam (Participante 3).

[...] porque hoje funciona dessa forma, as áreas técnicas são responsáveis, então o NEPS, ele faz o quê? Ele recebe os projetos das áreas técnicas. A gente avalia esse projeto, vê a viabilidade, vê os temas, se as referências são atualizadas, o cronograma se bate com a carga horária que é definida. Às vezes a gente dá sugestões também, como a gente tem experiência na área de educação. Então, às vezes a gente sugere, olha, e se você fizesse um módulo prático? E se você fizesse?(Participante 3)

[...] então a gente dá sugestões, quando a gente tem alguma, né? Sugestão para acrescentar, a gente aprova esses projetos e a gente certifica os servidores que participam dessa atividade, bem como os coordenadores, os facilitadores e os palestrantes, basicamente o NEPS por iniciativa própria, ele não tem como identificar as necessidades, a gente solicita, então às vezes a gente recebe algumas demandas (Participante 3).

[...] há setores que querem dar formação? A servidora responsável vai lá, gasta tempo, ela faz os projetos, ela visita os setores, ela conversa, define a formação e depois fazemos a certificação (Participante 6).

Fora perguntado como eram avaliados os processos formativos, se eles eram eficientes E se atendiam às demandas identificadas e ou apresentadas aos gestores.

[...] a avaliação ocorre no fim das formações ai os organizadores sempre envia para a direção superior daquele setor, se for hospital, a gente envia para a direção do hospital, se for UBS, gente, envia para direção da UBS para eles ter conhecimento que aconteceu. E também para eles ter liberdade de falar não. Isso aqui a gente não, não concorda, a gente concorda. Isso aqui está ultrapassado ou não está (Participante 3).

[...] a avaliação é feita com a participação das pessoas (Participante 3).

[...] tem a certificação, a avaliação é a presença. Só recebe o certificado se participar (Participante 1).

[...]Tem que trazer a educação em saúde também (Participante 6).

[...] tem que trazer as pessoas para capacitar mesmo, para trazer essas pessoas para os cursos, para elas voltarem a ter vontade de aprender mais e mais (Participante 6).

A avaliação é de extrema importância no contexto dos programas sociais, pois permite verificar se os objetivos propostos estão sendo alcançados, se os recursos estão sendo utilizados de forma eficiente e se os impactos desejados estão sendo gerados (Jannuzzi, 2005). A avaliação também possibilita identificar eventuais problemas e desafios na implementação dos programas, permitindo ajustes e melhorias ao longo do tempo. Além disso, a avaliação contribui para a transparência e prestação de contas, fornecendo informações fundamentais para a tomada de decisão e o aprimoramento das ações propostas. As respostas indicam que o ato de avaliar nem sempre é preconizado pelas equipes realizadoras das ações. Para a ocasião, o processo será considerado satisfatório mediante participação dos trabalhadores(as) e posterior certificação. Tal prática destoa das orientações indicadas pelos autores(as) que versam sobre o processo avaliativo em políticas públicas, tais como Jannuzzi (2005), que consideram a avaliação elemento essencial e estratégico na formulação de indicadores, ações e políticas.

Por fim, mas não menos importante, foi questionado aos(as) participantes da pesquisa em pauta sobre a existência de alguma política institucional de estímulo à formação dos(as) trabalhadores(as) ou se eles(as) têm conhecimento acerca de algum tipo de incentivo e/ou fomento que incentive os(as) trabalhadores(as) da SES-DF a participarem de iniciativas de educação permanente.

Os termos em destaque incluem “educação permanente”, evidenciando a ênfase no objeto pesquisado. “Servidores” aparece proeminente, sugerindo uma discussão centrada nos(as) funcionários(as) públicos(as) e seu papel na prestação de serviços. “Trabalho” figura como um elemento chave, indicando um foco nas atividades laborais e suas dinâmicas. “Educação”, que se apresenta elemento mediador de fundamental relevância no processo de formação e desenvolvimento humano (Frigotto, 2001), e “participação”. Esses termos fornecem uma visão inicial dos temas predominantes discutidos nas entrevistas, os quais coincidem com os eixos temáticos sob os quais orbitam as questões centrais do presente estudo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo teve como objetivo analisar, sob a ótica dos(as) gestores(as), os limites e as possibilidades na implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) voltada aos(as) trabalhadores(as) da Atenção Primária no Distrito Federal, considerando o que está previsto na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e o Plano de Educação Permanente em Saúde do Distrito Federal (PEPS-DF).

Para tal, preconizou-se por realizar uma abordagem qualitativa, sucedida de aproximações ao método histórico-crítico-dialético, o que permitiu efetuar uma análise reflexiva acerca dos elementos trabalho e educação em suas raízes históricas, suas contradições e suas conexões com as estruturas sociais e econômicas no contexto do capitalismo.

Empreendeu-se, ainda, considerações conceituais sobre o Sistema Único de Saúde, a partir de uma perspectiva histórica, que aborda as tensões entre Estado e Sociedade Civil, as quais culminaram na luta pela democratização dos serviços de saúde, na instituição destes via Constituição de 1988 e na sua regulamentação, nos anos seguintes, por força de leis normatizadoras das ações e serviços de saúde dispensados pelo ente público aos usuários do sistema de saúde.

Destarte, é importante não perder de vista que a política de saúde é, portanto, uma política social, logo, fruto de “processo e resultado de relações complexas e contraditórias que se estabelecem entre Estado e sociedade civil, no âmbito dos conflitos e lutas de classes que envolvem o processo de produção e reprodução do capitalismo” (Behring; Boschetti, 2009, p. 36). Sofre, tão logo, todas as ingerências que afetam as políticas sociais em tempos neoliberais: desfinanciamento, descentralização, focalização, seletividade e privatização. Na contramão de tais tendências, urge a defesa da primazia do Estado na garantia do direito universal à saúde. Para Bravo (2006, p. 22), essa defesa passa, necessariamente, pelo avanço no “desenvolvimento de uma política de recursos humanos em saúde, com eliminação de vínculos precários”.

Ponderou-se, ainda, sobre a Educação Permanente em saúde, seus antecedentes, a base histórica que culminou no estabelecimento das diretrizes norteadoras para a definição

e a consolidação da Política de Educação Permanente no âmbito do sistema de saúde brasileiro, bem como discorreu-se sobre a Atenção Primária no Distrito Federal e, por fim, sobre o Plano de Educação Permanente em Saúde no Distrito Federal.

As fontes documentais e bibliográficas revelaram o arcabouço teórico, normativo e organizativo da PNEPS. As entrevistas realizadas com gestores dos NEPS evidenciaram os desafios enfrentados para implementação da política no âmbito do Distrito Federal.

A interação entre a Atenção Primária e a Educação Permanente foi destacada como essencial para promover um modelo de saúde ancorado na reflexão crítica, centrado nos sujeitos, com foco na equidade, integralidade e participação popular.

A análise dos dados coletados ressaltou a importância de compreender as experiências e percepções dos gestores da EPS, visando aprimorar as práticas de saúde na Atenção Primária. Os resultados apontaram para a necessidade de superar questões estruturais, a saber: o baixo investimento observado no setor, a questões organizacionais, a escassez de recursos humanos, a integração efetiva entre os entes administrativos e de tomada de decisão, o pouco conhecimento sobre a Educação Permanente e por fim, a não incorporação/adoção pela SES dos princípios preconizados na PNEPS para a formação dos seus quadros. Esses obstáculos refletem a necessidade da adoção de estratégias capazes de estimular a participação e o engajamento dos(as) trabalhadores(as) neste processo de construção de conhecimento, tomada de decisão e aprimoramento profissional.

A pouca familiaridade com o debate acerca do tema trabalho, educação e suas particularidades, aliada ao aumento de demandas, a competitividade e o sucateamento do setor saúde, comprometem negativamente as relações laborais e a formação de uma compreensão crítica das estruturas de poder e dominação.

Nesse sentido, urge a promoção de um ambiente propício à construção de saberes, que estimule a reflexão crítica, a troca de experiências e o desenvolvimento de competências necessárias para enfrentar os desafios complexos do sistema de saúde. A superação desses entraves requer, não apenas a conscientização dos profissionais e gestores sobre a importância da Educação Permanente, mas também a implementação de políticas e práticas que incentivem e valorizem o processo de formação ao longo da carreira, visando a uma atuação mais qualificada, ética e comprometida com a melhoria das condições de trabalho e consequentemente com a saúde pública.

Diante disso, as considerações finais destacam a relevância da Educação Permanente em Saúde como um pilar fundamental para o aprimoramento dos(as)

trabalhadores(as) do setor saúde. É fundamental investir em estratégias (nomeação de novos(as) trabalhadores(as), reestruturação da carreira, aumento dos recursos financeiros etc.) que integrem trabalho, educação e formação dos(as) profissionais, visando garantir um ambiente favorável à promoção da saúde, integral, humanizada e eficaz para atender às demandas da população. A colaboração entre os diversos atores envolvidos no sistema de saúde é essencial para superar desafios e promover a qualidade dos serviços prestados, contribuindo para o desenvolvimento da APS em todo o território do Distrito Federal.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Zenaide Neto. **SUS**: Sistema Único de Saúde - antecedentes, percursos, perspectivas e desafios. São Paulo, 2011.

ALENCAR, Renata Rodrigues Rezende de; CAMPOS, Tamara Correia Alves. **Movimentos e reflexões da Educação Permanente em Saúde (EPS) no Distrito Federal**: uma análise documental das práticas apresentadas na I Mostra de Experiências Inovadoras no SUS/DF. 2019. Produção técnico-científica (Especialização em Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2019.

ALVES, Valquíria Luiz dos Santos. **Atenção primária à saúde no Distrito Federal**: acesso no período pós-conversão para a estratégia saúde da família segundo profissionais e usuários. 2022. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2022.

ANJOS, Vera Lúcia Honório dos. **A política de educação permanente em saúde no estado de Mato Grosso sob a ótica dos gestores estaduais no período de 2017 a 2019**. 2022. Brasília, 2022. Tese (Doutorado em Política Social) – Instituto de Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade de Brasília, Brasília, 2022.

ANTUNES, Ricardo. Trabalho e precarização numa ordem neoliberal. *In*: GENITILI, Pablo; FRIGOTTO, Gaudêncio. (Comp.). **A cidadania negada**: políticas de exclusão na educação e no trabalho. Buenos Aires: CLACSO, 2000. p. 35-48

ANTUNES, Ricardo; ALVES, Giovanni. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do Capital. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 25, n. 87, p. 335-351, mai./ago. 2004.

ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco**. 4. ed. São Paulo: Nova Cultura, 1991.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social**: fundamentos e história. 2ª edição. São Paulo: Cortez, 2007. (Biblioteca básica de serviço social; v.2).

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social**: fundamentos e história. 6ª edição. São Paulo: Cortez, 2009. (Biblioteca básica de serviço social; v.2).

BORGES, Jakeline; CRUZ, Carlos. SOUZA, Natale (org.). **Descomplicando**: saúde pública e saúde coletiva – 1ª Ed. Salvador: [s.n.], 2021, p. 145.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. *In*: Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. 4ª edição. São Paulo: Cortez, Cap. 5, 2009.P. 88 – 110.

BRASIL. Lei nº 2.874, de 19 de setembro de 1956. Dispõe sobre a transferência da capital do Brasil para a cidade de Brasília e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1956. Seção 1, p. 1-2.

BRASIL. **Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, 1990.

BRASIL. **12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca**: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Resolução nº 350, de 09 de Junho de 2005. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. SUS: um Sistema Único de Saúde no mundo. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_politica_inclusao_social.pdf. Acesso em: 14 mar. 2022.

BRASIL. **O Sistema Único de Saúde e a qualificação do acesso**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2009.

BRASIL. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência a saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2011.

BRASIL. **A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/ Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012.

BRASIL. Resolução nº 569, de 8 de dezembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Maior sistema público de saúde do mundo, o SUS completa 31 anos. **UNA-SUS**, 2021. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo-sus-completa-31->

FERNANDES, Rosa Maria Castilhos. **Educação Permanente e Políticas Sociais**. Campinas: Papel Social, 2016.

FREIRE, Paulo. **Educação como Prática de Liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1967.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FRIGOTTO, Gaudêncio. Educação e trabalho: bases para debater a educação profissional emancipadora. **Perspectiva**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 71 - 81, jan./jun. 2001.

GARBOIS, Júlia Arêas; SODRÉ, Francis; DALBELLO-ARAÚJO, Maristela. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 63-76, jan./mar. 2017.

GIGANTE, Renata Lúcia; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Política de formação e educação permanente em saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 747-763, set. 2016.

GOMES, Clarice Brito e Souza; GUTIÉRREZ, Adriana Cozer, SORANZ, Daniel. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Manguinhos, v. 25, n. 4, p. 1327-1337, 2020.

GUIRALDELLI, Reginaldo. **Desigualdades de gênero no mundo do trabalho: as trabalhadoras da confecção**. Jundiaí: Paco Editorial, 2016.

HOBBSAWM, Eric J. **A era das revoluções: Europa 1789 -1848**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

IBGE. Censo 2022: População e Domicílios - Primeiros Resultados - Atualizado em 22/12/2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/df.html>. Acesso em: 28 abr. 2024.

JANNUZZI, Paulo de Martino. Indicadores para diagnóstico, monitoramento e avaliação de programas sociais no Brasil. **Revista Do Serviço Público**. N 56(2), Brasília, 2005, p. 137-160.

JOHNSON, Allan G. **Dicionário de Sociologia: guia prático da linguagem sociológica**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997.

LEMOS, Cristiane Lopes. Educação Permanente em Saúde: educação ou gerenciamento permanente? **Ciência & Saúde Coletiva**, Manguinhos, v. 21, n. 3, p. 913-922, 2016.

LEMOS, Cristiane Lopes Simão. **Educação Permanente em Saúde no Brasil: contribuição para a compreensão e crítica**. São Paulo: Hucitec, 2023.

- LUKÁCS, György. **Para uma ontologia do ser social II**. São Paulo: Boitempo, 2013.
- LESSA, Sergio. **Para compreender a Ontologia de Lukács**. São Paulo: Instituto Lukács, 2015.
- LIGUORI, Guido; VOZA, Pasquale. (Org.). **Dicionário Gramsciano (1926-1937)**. São Paulo: Boitempo, 2017.
- LOCKE, John. **Segundo tratado sobre o governo**. São Paulo: Martin Claret, 2006.
- MACHADO, Nilson José. Epistemologia e didática: as concepções de conhecimento e inteligência e a prática docente. São Paulo, Cortez Editora, 2011. 303p. 2011.
- MACHADO, Maria Helena; OLIVEIRA, Eliane dos Santos de; MOYSES, Neuza Maria Nogueira. Tendências do Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil. In: Celia Pierantoni, Mario Roberto Dal Poz, Tania França. (Org.). **O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. 1ª.ed. Rio de Janeiro: CEPESC, UERJ, 2011, v. 001, p. 103-116, 2011.
- MARTINS, Jéssica Rauane Teixeira; DUARTE, Deborah Correia; VIEGAS, Selma Maria da Fonseca. Educação Permanente em Saúde: marcos históricos e implicações na Atenção Primária e Sala De Vacinação. In: SILVA, Patrício Francisco; SOUSA, Larissa Carvalho de. (Org.). **Enfermagem: desafios e perspectivas para a integralidade do cuidado**. Guarujá: Editora Científica Digital, 2021. p. 137-152.
- MARX, Karl. **O Capital - Livro I** – crítica da economia política: O processo de produção do capital. São Paulo: Boitempo, 2011
- MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A Ideologia Alemã**. São Paulo: Expressão popular, 119 p. 2009.
- MÉSZÁROS, István. **A teoria da alienação em Marx**. Tradução de Isa Tavares. São Paulo: Boitempo.
- MÉSZÁROS, István. **A educação para além do capital**. 2ª ed. São Paulo: Boitempo, 2008.
- MÉSZÁROS, István. **A crise estrutural do capital**. 1ª ed. São Paulo: Boitempo, 2009.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.
- MOREIRA, Marco Antônio. **A teoria da aprendizagem significativa e sua implementação na sala de aula**. Brasília: Ed. Universidade de Brasília. 2006.
- NASCIMENTO, Maria Luzirene Oliveira do; BEZERRA, Tânia Serra Azul Machado. Trabalho manual versus trabalho intelectual: dualidade e historicidade na qualificação do trabalhador. In: II Congresso Nacional de Educação, 2015, Campina Grande. **Anais [...]**. Campina Grande: UFCG, 2015.

NETTO, Adry Garcia Ferreira. Do Estado de natureza ao Governo civil em John Locke. **Revista de Direito Público**, Londrina, v. 2, n. 2, p. 75 - 90, mai./ago. 2007.

NETTO, José Paulo. Introdução ao estudo do método de Marx. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

PAIM, Jairnilson Silva. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p. 2008

PAIM, Jairnilson Silva. Urna análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro. v. 33. n. 81, p. 27-37, jan.labr. 2009.

PAIM, Jairnilson Silva. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações? **Saúde em Debate**, v. 36, n. 94, p. 343–347, jul. 2012.

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. 127 p. Coleção Academia em Saúde.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2015.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; PIRES-ALVES, Fernando. **Atenção Primária à Saúde**: uma história brasileira. São Paulo: Hucitec, 2021.

PEREIRA, Potyara. “Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania”. In: BOSCHETTI et al. (org.) **Política Social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas**. São Paulo, Ed. Cortez, 2008. p. 87-108.

PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

REIS, Ademar Arthur Chioro dos; SÓTER, Ana Paula Menezes; FURTADO; Lumena Almeida Castro; PEREIRA, Silvana Souza da Silva. Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. especial, p. 122-135, dez. 2016.

ROS, Marco Aurelio da. **Como pensa a contra-hegemonia na área da saúde**. Porto Alegre: Rede Unida, 2019.

SARRETA, Fernanda de Oliveira. **Educação Permanente em Saúde para os Trabalhadores do SUS**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

SARRETA, Fernanda de Oliveira. O trabalho em saúde: desafios da educação permanente em saúde. VIII Seminário de Saúde do Trabalhador (em continuidade ao VII Seminário de Saúde do Trabalhador de Franca) e VI Seminário “O Trabalho em Debate”. UNESP/USP/STICF/CNTI/UFSC, 25 a 27 de setembro de 2012 – UNESP- Franca/SP.

SARRETA, Fernanda de Oliveira et al. Educação Permanente de Trabalhadores Da Saúde em Tempos de Pandemia. **Edição Especial: Educação para as profissões da Saúde e Sessão Especial Políticas Públicas** - Programa Cuidar Melhor. v. 16 n. 3. 2022.

SAVIANI, Dermeval. Educação do trabalhador e consciência de classe. In: CARNOY, M.; GIDDENS, A. (Orgs.). Estado e teoria política. Campinas: Papius, 1998.

SCHALL, Virginia T.; STRUCHINER, Miriam. Educação em saúde: novas perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, p. S4–S6, 1999. 1999.

SILVA JUNIOR, José Valdo Barros. O Trabalho é Nómos ou Physis? Um Diálogo entre Marx e Aristóteles. **Argumentos**, Fortaleza, Ano 2, n. 4, p. 86-96, 2010.

SILVA, Luiz Anildo A. Da. et al. Educação permanente em saúde e no trabalho de enfermagem: perspectiva de uma práxis transformadora. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 3, p. 557–561, set. 2010.

SIQUEIRA, Sandra; PEREIRA Francisco. **Marx e Engels: luta de classes, socialismo científico e organização política**. LeMarx, Salvador, 2014.

SOARES, Adilson; SANTOS, Nelson Rodrigues dos. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, n. 38, n. 100, p. 18-25, jan./mar. 2014

SOUZA, MonnalysaKarolaine dos Santos. Histórico da política de saúde pública no Brasil e o processo de mercantilização do SUS. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso monografia (Bacharelado em Serviço Social) - Universidade Federal de Alagoas, Alagoas, 2022.

SURDI, Diogo. RIDE: Realidade do Distrito Federal e da RIDE. 2023. **Gran Cursos Online**, 2023. Disponível em: <https://drm-ava-online.infra.grancursosonline.com.br/gco/pdf/exemplo-aula-pdf/2023-05-09-10-54-56-19114290-realidade-do-distrito-federal-e-da-ride->. Acesso em: 26 abr. 2024.

TUMOLO, Paulo Sergio. Trabalho, educação e perspectiva histórica da classe trabalhadora: continuando o debate. **Revista Brasileira de Educação**, v. 16, n. 47, p. 443–481, maio 2011.

TONET, Ivo. Educação, cidadania e emancipação humana. Ijuí: Unijuí, 2005

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “A Política de Educação Permanente para Trabalhadores(as) da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal”, de responsabilidade de Lanysbergue de Oliveira Gomes, estudante de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade de Brasília. O objetivo desta pesquisa é analisar, sob a ótica dos gestores, os limites e as possibilidades na implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) voltada aos(as) trabalhadores(as) da Atenção Primária no Distrito Federal, considerando o que está previsto na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e o Plano de Educação Permanente em Saúde do Distrito Federal (PEPS-DF). Assim, gostaria de consultá-lo/a sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo/a. Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, tais como questionários, entrevistas e arquivos com áudios de gravação, ficarão sob a guarda do pesquisador responsável pela pesquisa.

A coleta de dados será realizada por meio de entrevista semiestruturada. É para este procedimento que você está sendo convidado a participar. Sua participação na pesquisa pode implicar em riscos, considerados mínimos, tais como: medo de não saber responder algum questionamento ou de ser identificado em suas respostas e/ou desconforto em virtude da gravação do áudio da entrevista. Estes riscos serão minimizados com as seguintes estratégias: garantia de que sempre serão respeitados os seus valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos; garantia de um ambiente acolhedor e privativo para a realização das entrevistas; realização das perguntas de forma objetiva; rigoroso trato no armazenamento dos dados coletados; garantia da não identificação nominal e individual no roteiro de entrevista nem no banco de dados, a fim de assegurar o seu anonimato; fornecimento das explicações necessárias para responder às questões formuladas. Espera-se com esta pesquisa obter resultados com potencial de se materializarem em ações institucionais capazes de qualificar e potencializar as estratégias de educação permanente no âmbito da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou perda de benefícios. Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode me contatar através do telefone (61) 98337-9072 ou pelo e-mail lanysberg@hotmail.com

A equipe de pesquisa garante que os resultados do estudo serão devolvidos aos participantes por meio do envio, por e-mail, da versão revisada e finalizada da dissertação, podendo ser publicados posteriormente na comunidade científica.

Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS) da Universidade de Brasília. As informações com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do participante da pesquisa podem ser obtidas por meio do e-mail do CEP/CHS: cep_chs@unb.br ou pelo telefone: (61) 3107 1592.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o/a pesquisador/a responsável pela pesquisa e a outra com você.

Assinatura do/da participante

Assinatura do/da pesquisador/a

APÊNDICE B - CARTA DE REVISÃO ÉTICA

Ao Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS) da Universidade de Brasília.

Projeto de Pesquisa: A Política de Educação Permanente para Trabalhadores(as) da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal

Pesquisador Responsável: Lanysbergue de Oliveira Gomes

A coleta de dados empíricos da presente pesquisa será realizada por meio de entrevista semiestruturada. O nome dos participantes não será divulgado em nenhum momento da pesquisa, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-los. Os dados provenientes da participação na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador responsável pela pesquisa, armazenados em drive pelo período de cinco anos. Os riscos implicados no uso desta técnica de coleta de dados são considerados mínimos, tais como: medo de não saber responder algum questionamento ou de ser identificado em suas respostas e/ou desconforto em virtude da gravação do áudio da entrevista. Estes riscos serão minimizados com as seguintes estratégias: garantia de que sempre serão respeitados os seus valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos; garantia de um ambiente acolhedor e privativo para a realização das entrevistas; realização das perguntas de forma objetiva; rigoroso trato no armazenamento dos dados coletados; garantia da não identificação nominal e individual no roteiro de entrevista nem no banco de dados, a fim de assegurar o seu anonimato; fornecimento das explicações necessárias para responder às questões formuladas. A participação na pesquisa é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefícios. Os participantes da pesquisa serão informados que são livres para recusarem à participação, retirarem o consentimento ou interromperem a participação a qualquer momento. A recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou perda de benefícios. Espera-se com esta pesquisa obter, na condição de benefícios, resultados com potencial de materialização em ações institucionais capazes de qualificar e potencializar as estratégias de educação permanente no âmbito da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, bem como ampliar o escopo de conhecimentos sobre a temática da educação permanente em saúde.

Assinatura Pesquisador Responsável / CPF: 836.517.993-87

APÊNDICEC - ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. PERFIL:

- 1.1. Sexo
- 1.2. Idade:
- 1.3. Estado civil:
- 1.4. Raça/Etnia:
- 1.5. Religião:
- 1.6. Naturalidade:

2. FORMAÇÃO PROFISSIONAL:

- 2.2. Curso de formação profissional:
- 2.3. Instituição de formação:
- 2.4. Ano de conclusão da graduação:
- 2.5. Possui pós-graduação? Sim () Não ()
- 2.5.1. Se sim, a pós-graduação é:
() Lato Sensu _____ () Stricto Sensu: _____

3. ATUAÇÃO PROFISSIONAL:

- 3.1. Tempo de atuação na SES:
- 3.2. Cargo ocupado atualmente na SES:
- 3.3. Tempo de atuação no cargo atual na SES:
- 3.4. Possui função gratificada: Sim () Não ()
- 3.5. Áreas/Funções em que já atuou na SES:
- 3.6. Carga horária semanal de trabalho:
- 3.7. Natureza do vínculo trabalhista:
() Servidor público () Celetista () Outro: _____

4. QUESTÕES ABERTAS:

- 4.1. Fale um pouco sobre sua experiência profissional antes da SES.
- 4.2. Fale sobre a sua área de atuação no contexto institucional da SES.

- 4.3. Na sua opinião, quais são os principais limites e as possibilidades que existem atualmente para a sua atuação na SES?
- 4.4. O que você entende por educação permanente e educação continuada na saúde?
- 4.5. Qual a importância da educação permanente para os profissionais que atuam na Atenção Primária no DF?
- 4.6. Durante todo o seu tempo de atuação na SES, das experiências que presenciou no campo da educação em saúde, alguma, em especial, você considera mais significativa para o desenvolvimento do seu trabalho? Por quê?
- 4.7. Como se dão os processos formativos de educação permanente em saúde voltados para os/as trabalhadores/as da Atenção Primária na SES?
- 4.8. Como você avalia tais processos formativos? Teria alguma sugestão de melhoria?
- 4.9. Você tem conhecimento sobre a existência de algum plano ou projeto de implementação da educação permanente para os profissionais da saúde na Atenção Primária do DF? Se sim, fale-me um pouco sobre.
- 4.10. Como são definidos os temas e as prioridades para a educação permanente dos profissionais da Atenção Primária?
- 4.11. A SES possui uma política institucional de estímulo à formação dos trabalhadores? Se sim, qual a sua opinião sobre a referida política?
- 4.12. Em se tratando da educação permanente na SES, o que compete à instituição e quais atribuições competem aos trabalhadores?
- 4.13. Existe algum tipo de incentivo e/ou fomento para os trabalhadores participarem de iniciativas de educação permanente (ex: redução da jornada de trabalho, acréscimo salarial, dentre outros)?

ANEXO A - ACEITE INSTITUCIONAL DA SES-DF

29/06/2023, 11:43

SEI/GDF - 115052769 - Despacho



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Subsecretaria de Gestão de Pessoas

Despacho - SES/SUGEP

Brasília-DF, 13 de junho de 2023.

À

SES/SUGEP/CIGEC

Senhora Coordenadora,

Referimo-nos ao Ofício 502 ([114060282](#)) que retorna manifestação da área técnica conforme Despacho - FEPECS/DE/CEP ([113984709](#)) referente ao consentimento para a realização de pesquisa científica na SES/DF, para LANYBERGUE DE OLIVEIRA GOMES, estudante de mestrado no Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade de Brasília, que tem como tema "A Política de Educação Permanente para Trabalhadores(as) da Atenção Primária À Saúde do Distrito Federal", como parte de sua dissertação de mestrado.

O referido despacho, em síntese, informa:

- 1º. A SES-DF deverá ser inserida na Plataforma Brasil como Instituição coparticipante da pesquisa, uma vez que parte da mesma ocorrerá em nossas dependências
- 2º. Ao cadastrar nossa Instituição como coparticipante o projeto passa a ser **direcionado automaticamente** para o CEP-FEPECS **após** a avaliação do CEP da Instituição Proponente, a saber o CEP-CHS da UnB
- 3º. O chamado Termo de Aceite Institucional aqui anexado (112553354) deve seguir o Modelo padronizado pelo CEP-FEPECS, onde constam informações obrigatórias para avaliação do projeto por nosso colegiado. O modelo a ser utilizado está identificado como "Formulário nº 7" e está disponibilizado no link a seguir: <https://www.fepecs.edu.br/formularios/>

Tendo em vista o Ofício Nº 3990/2023 - SES/GAB (113311631), no qual o Gabinete corroborou com o consentimento para realização de pesquisa científica na SES/DF, haja vista posição favorável dessa CIGEC, restituímos o presente para as providências elencadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa/FEPECS.

Atenciosamente,

JOÃO EUDES FILHO

SUBSECRETÁRIO

SUBSECRETARIA DE GESTÃO DE PESSOAS/SES-DF



Documento assinado eletronicamente por JOAO EUDES FILHO - Matr.0143358-X, Subsecretário(a) de Gestão de Pessoas, em 14/06/2023, às 13:01, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA


<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB</p> </div> <div style="text-align: right;">  </div> </div>			
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP			
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA			
Título da Pesquisa: A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA TRABALHADORES(AS) DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL			
Pesquisador: LANYBERGUE DE OLIVEIRA GOMES			
Área Temática:			
Versão: 1			
CAAE: 71276523.1.0000.5540			
Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Política Social			
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio			
DADOS DO PARECER			
Número do Parecer: 6.245.129			
Apresentação do Projeto:			
<p>O regime que politicamente assumiu a face opressora, autoritária e arbitrária, na área da saúde, priorizou um modelo de assistência pouco resolutivo, de natureza excludente e restrito. Com a redemocratização, as reivindicações dos partidos políticos, intelectuais, movimentos sociais, sindicatos, entidades de classe e estudantis, população do campo e da cidade, irrompem o tecido social em busca de mudanças estruturais necessárias. Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde acompanhando a marcha redemocratizadora, culmina na aprovação das diretrizes e dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS). A Constituição Federal (CF) em seu artigo nº 196, reconhece "a saúde [como] direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (BRASIL, 1988). É atribuição do SUS, por meio de políticas específicas definidas para tal, garantir a formação de qualidade para os(as) trabalhadores(as) da saúde a partir de referências que objetivem a implementação da educação permanente em todos os níveis formativos, "[...] englobando conteúdos gerais e as especificidades locais, orientados pelos princípios do SUS, da ética profissional, com ênfase na humanização das relações e do atendimento" (BRASIL, 2003, p.129). A presente pesquisa objetiva analisar, sob o olhar dos gestores, os limites e as possibilidades da</p>			
<table border="0" style="width: 100%; font-size: small;"> <tr> <td>Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de</td> </tr> <tr> <td>Bairro: ASA NORTE CEP: 70.910-900</td> </tr> <tr> <td>UF: DF Município: BRASÍLIA</td> </tr> </table>	Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de	Bairro: ASA NORTE CEP: 70.910-900	UF: DF Município: BRASÍLIA
Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de			
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.910-900			
UF: DF Município: BRASÍLIA			

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA

<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB</p> </div> <div style="text-align: right;">  </div> </div>				
<small>Continuação do Parecer: 6.245.129</small>				
<p>Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), voltada aos(as) trabalhadores(as) da Atenção Primária no Distrito Federal, considerando o que está previsto na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e o Plano de Educação Permanente em Saúde do Distrito Federal (PEPS-DF).</p>				
<p>*Retirado das informações básicas do projeto</p>				
<p>Objetivo da Pesquisa:</p> <p>Objetivo Primário:</p> <p>Analisar, sob a ótica dos gestores, os limites e as possibilidades na implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) voltada aos(as) trabalhadores(as) da Atenção Primária no Distrito Federal, considerando o que está previsto na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e o Plano de Educação Permanente em Saúde do Distrito Federal (PEPS-DF).</p> <p>Objetivo Secundário:</p> <p>Conhecer como está sendo implementada a Política de Educação Permanente em Saúde no âmbito da Atenção Primária do Distrito Federal; Analisar como a PNEPS incide na formação de trabalhadores(as) da Atenção Primária; Identificar os limites e as possibilidades para a efetivação da PNEPS na Atenção Primária no Distrito Federal.</p>				
<p>*Retirado das informações básicas do projeto</p>				
<p>Avaliação dos Riscos e Benefícios:</p> <p>Riscos:</p> <p>Medo de não saber responder algum questionamento; Ser identificado em suas respostas; Desconforto em virtude da gravação do áudio da entrevista.</p> <p>Benefícios:</p> <p>Espera-se com esta pesquisa obter resultados com potencial de se materializarem em ações institucionais capazes de qualificar e potencializar as estratégias de educação permanente no âmbito da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.</p>				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;"><small>Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de</small></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><small>Bairro: ASA NORTE CEP: 70.910-900</small></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><small>UF: DF Município: BRASÍLIA</small></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><small>Telefone: (61)3107-1592 E-mail: cep_chs@unb.br</small></td> </tr> </table>	<small>Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de</small>	<small>Bairro: ASA NORTE CEP: 70.910-900</small>	<small>UF: DF Município: BRASÍLIA</small>	<small>Telefone: (61)3107-1592 E-mail: cep_chs@unb.br</small>
<small>Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de</small>				
<small>Bairro: ASA NORTE CEP: 70.910-900</small>				
<small>UF: DF Município: BRASÍLIA</small>				
<small>Telefone: (61)3107-1592 E-mail: cep_chs@unb.br</small>				

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS
HUMANAS E SOCIAIS DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -
UNB



Continuação do Parecer: 6.245.129

*Retirado das informações básicas do projeto

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
O projeto de pesquisa está adequado às exigências das Resoluções CNS 466/2012, 510/2016 e complementares.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
A pesquisadora forneceu todos os termos de apresentação obrigatória e a carta de aceite institucional.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
O projeto de pesquisa está adequado às exigências das Resoluções CNS 466/2012, 510/2016 e complementares.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2075954.pdf	14/07/2023 01:01:51		Aceito
Outros	CurriculoLattesReginaldoGhiraldelli_compressed.pdf	14/07/2023 00:53:03	LANYSBERGUE DE OLIVEIRA GOMES	Aceito
Outros	CurriculoLattesLanysbergueGomes.pdf	14/07/2023 00:50:23	LANYSBERGUE DE OLIVEIRA GOMES	Aceito
Outros	CartaDeRevisaoEtica.pdf	14/07/2023 00:49:47	LANYSBERGUE DE OLIVEIRA GOMES	Aceito
Outros	CartaDeEncaminhamento.pdf	14/07/2023 00:49:15	LANYSBERGUE DE OLIVEIRA GOMES	Aceito
Outros	AceiteInstitucionalSESDF.pdf	14/07/2023 00:48:48	LANYSBERGUE DE OLIVEIRA GOMES	Aceito
Outros	RoteiroEntrevista.pdf	14/07/2023 00:48:18	LANYSBERGUE DE OLIVEIRA GOMES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	14/07/2023 00:47:42	LANYSBERGUE DE OLIVEIRA GOMES	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	14/07/2023 00:47:31	LANYSBERGUE DE OLIVEIRA GOMES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	ProjetoDePesquisa.pdf	14/07/2023 00:46:57	LANYSBERGUE DE OLIVEIRA GOMES	Aceito

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-012 - Horário de
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1592 E-mail: cep_chs@unb.br

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS
HUMANAS E SOCIAIS DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -
UNB



Continuação do Parecer: 6.245.129

Investigador	ProjetoDePesquisa.pdf	14/07/2023 00:46:57	LANYSBERGUE DE OLIVEIRA GOMES	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRostoAssinada.pdf	14/07/2023 00:46:26	LANYSBERGUE DE OLIVEIRA GOMES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 17 de Agosto de 2023

Assinado por:
ANDRE VON BORRIES LOPES
(Coordenador(a))

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (61)3107-1592 E-mail: cep_chs@unb.br