

Educação na saúde, saúde coletiva e ciências políticas: uma análise da formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde como política pública

Ricardo Burg Ceccim

Fábio Pereira Bravin

Alexandre André dos Santos⁵¹

A contribuição da área das *Ciências Políticas* para interpretar e discutir a proposição, implementação e avaliação de *políticas públicas* não tem sido freqüente na área da saúde. A necessidade de incorporação, pelas organizações de saúde, de dispositivos e mecanismos que possibilitem processos cognitivos e de desenvolvimento individual, coletivo e institucional, por exemplo, demanda há muito tempo políticas públicas com consistência e correspondência aos determinantes políticos do Sistema Único de Saúde, no caso brasileiro. Mais relevante se torna esta abordagem quando reconhecemos que a tradição de políticas públicas de formação e desenvolvimento implementados na história dos sistemas de saúde é a do treinamento em serviço e dos pacotes programáticos. A história brasileira e mesmo a do Sistema Único de Saúde está farta delas. Muitos sanitaristas não conseguem se afastar da Ação Programática como política pública, assim *sonham* a educação como penduricalho da mesma. Essa é uma trajetória clássica e dela não conseguem se afastar muitos professores e sanitaristas, embora o crescente afastamento dos gestores locais, dos trabalhadores e dos estudantes das profissões de saúde.

A introdução dessas considerações tem alguns pontos de partida, entre outros: (1) o reconhecimento da inadequação da formação profissional em saúde, em todos os níveis, às necessidades do Sistema Único de Saúde no desafio de responder às demandas da população e de desenvolvimento dos princípios e diretrizes do SUS; (2) a percepção de ineficácia das atividades educativas convencionais (cursos de capacitação, treinamentos e atualizações profissionais, inclusive

51 Ricardo Burg Ceccim, Fábio Pereira Bravin e Alexandre André dos Santos compartilharam as várias etapas de organização do texto final, aproveitando ensaios originais de aulas na pós-graduação em educação na saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; ensaios apresentados ao estudo em políticas públicas da Universidade de Brasília e ensaios apresentados ao estudo em ciências políticas da Universidade de Brasília.

programas de especialização) da área da saúde em promover a transformação das práticas, tendo em vista o acolhimento concreto dos usuários em ações e serviços de saúde, segundo suas necessidades, sempre que busquem essas ações e serviços, (3) a elevação de qualidade e da resolutividade da atenção e a composição real de um trabalho e um processo de trabalho em equipes multiprofissionais e interdisciplinares; (4) a constatação da fratura, em lugar da interseção, entre ensino e trabalho, cada qual correndo por vias paralelas, em acusação recíproca, naturalizando uma distinção entre mundo do ensino e mundo do trabalho como se pertencessem a sociedades dicotômicas, cuja única interação possível é clientelista: um lado que demanda e um lado que oferta e (5) a negação do processo de estudo e trabalho pelo qual indivíduos, coletivos e instituições, embasados em anteprojetos ou por força de implicação, estabelecem processos de crescimento, entabulam obras, empenham-se em modificações nas estruturas de produção da saúde, isto é, a negação da área de desenvolvimento (estamos falando de formação e desenvolvimento).

Ao buscar relacionar esses elementos com a educação na saúde como política pública, tecemos uma argumentação em dois blocos: o primeiro explicita o contexto de mobilização e implantação da Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde, entre 2003 e 2005, bem como seus pressupostos, elementos-chave e objetivos; o segundo relaciona os movimentos de formulação e os efeitos de implementação da Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde, entre 2003 e 2005 às observações de alguns autores das Ciências Políticas e a analisa como resposta do Estado às questões levantadas por estes autores relativamente à noção de *política pública*.

Não pretendemos ser conclusivos, mas apresentar considerações iniciais para a discussão e a análise da Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde à luz das contribuições das Ciências Políticas para pensar a montagem de políticas públicas; destacando a importância da formação e do desenvolvimento dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) para responder a seus desafios originais e atuais, decorrentes de sua implantação e implementação.

A educação permanente em saúde como agenda pública

Em 2003, início do governo Lula, o Ministério da Saúde criou e instituiu em sua estrutura organizacional o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), componente da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na

Saúde (SGTES), que, entre outros desafios, deveria enfrentar as questões que envolvem a formação e o desenvolvimento dos profissionais de saúde. Vale registrar que essa institucionalização interpretou o processo iniciado no bojo da reforma sanitária brasileira e continuado ao longo da implantação e desenvolvimento do SUS, nas questões relativas ao segmento dos trabalhadores (cf. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2004 e Mehry, 2006).

O processo de Reforma Sanitária, com a construção de novos mecanismos políticos e administrativos de organização setorial (Ações Integradas de Saúde, em 1984; Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, em 1986 e Sistema Único de Saúde, em 1988), bem como a concomitante redemocratização do país pelo fim da ditadura militar e o desenrolar de um processo nacional constituinte, estimularam “o debate, estudos e pesquisas sobre os vários componentes de um sistema de saúde, inclusive sobre a força de trabalho empregada nesse setor” (Campos, 1989). A “força de trabalho” ou o “segmento dos trabalhadores”, aquele campo que, nas ciências administrativas ou na psicologia organizacional, ficou conhecido como “área de recursos humanos”, ganha lugar singular no SUS: trabalhadores de saúde. Para Ceccim (2005), onde sempre se falou em Recursos Humanos da Saúde, deveríamos falar em Coletivos de Produção da Saúde, uma vez que a formação e desenvolvimento porque passam os trabalhadores e a administração e organização da força de trabalho precisam significação junto à integralidade, à educação permanente em saúde, às práticas cuidadoras, à gestão democrática e participativa e ao controle social em saúde.

Ao longo da consolidação e desenvolvimento do SUS as questões do trabalho em saúde afirmaram-se como elemento da agenda de lutas e como desafio para a sua implantação e implementação. Citamos, por exemplo, a Conferência Nacional de Recursos Humanos da Saúde, como desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde; a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB-RH/SUS), aprovada em dezembro de 2000, pela 11ª Conferência Nacional de Saúde, a introdução do conceito e imagem de uma Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, na 12ª Conferência Nacional de Saúde (cf. Ceccim, 2004) e a realização, em 2006, da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (3ª conferência em relação à 1ª e 2ª conferências nacionais designadas como “de Recursos Humanos da Saúde”, mas 1ª com a designação desdobrada da 12ª Conferência Nacional de Saúde).

A partir da sua criação, o DEGES trabalhou para a construção de uma política de educação para o SUS, reconhecendo, desde o início, que a execução deste processo era uma tarefa para coletivos organizados para esta produção (Mehry, 2006).

Para a construção das bases dessa Política e na busca de uma articulação e sinergia das ações, acrescentando elementos que pudessem promover impacto nas ações e serviços de saúde em busca do referencial da integralidade, o DEGES considerou e analisou iniciativas programáticas anteriores no campo do desenvolvimento dos profissionais de saúde e processos de especialização em serviço, entre elas o Programa de Desenvolvimento Gerencial de Unidades de Saúde (GERUS), o Programa de Formação e Capacitação de Pessoal para a Saúde da Família (PSF), o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) e o Programa de Aperfeiçoamento e Especialização de Equipes Gestoras; experiências programáticas de mudança na graduação, como o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Graduação em Medicina (PROMED); programas de educação profissional de nível técnico como o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE) e, ainda, os processos nacionais de formação de conselheiros de saúde, além de experiências programáticas de educação popular em saúde, todas originárias do Ministério da Saúde (2004).

Embora especificamente esses programas para o desenvolvimento e a formação de profissionais de saúde fossem isolados ou desarticulados entre si - e a maioria dos processos de especialização em serviço o são -, eles provocaram algumas alterações na educação e na produção do cuidado em saúde e, acima de tudo, fizeram as pessoas e organizações perceberem que era preciso mudar - ao mesmo tempo - tanto as práticas educativas como as ações e serviços do SUS (Ceccim, 2004).

Além da análise dos mencionados programas, as práticas em rede de construção da transformação da graduação nas profissões da saúde, como da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) e da Rede Unida (Ceccim e Capozzolo, 2004); as acumulações na esfera popular como as da Rede de Educação Popular em Saúde (REDEPOP) e as inovações na gestão do SUS como a Política de Educação em Saúde Coletiva, da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (Ceccim e Armani, 2001; 2002) foram tomadas como referência (Ministério da Saúde, 2004).

Depois de lançadas as linhas gerais da política, o DEGES estabeleceu um intensivo processo de interlocução e aceitação de encaminhamentos para a construção de uma política pública: num primeiro momento, trazendo a Brasília todas as instituições envolvidas com processos formativos financiados pelo Ministério da Saúde e, num segundo momento, ao longo do segundo semestre de 2003, percorrendo todo o País para apresentar, discutir e qualificar a proposta. Pode-se dizer de uma política pública em processo de realização, não uma programação em

debate ou divulgação de implantação, uma produção em ato das ações, projetos e estratégias abrangidos pela noção de educação na saúde.

Após aprovação pela Comissão Intersectorial de Recursos Humanos do Conselho Nacional de Saúde, no mês de julho de 2003, essa proposta foi negociada com o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e com o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e aprovada - com louvor - no Conselho Nacional de Saúde (CNS), em setembro de 2003, sendo objeto de resolução específica deste Conselho, a Resolução nº 335/2003. Pactuada e aclamada como grande novidade pela Comissão Intergestores Tripartite no mesmo mês, foi exposta na mesa temática de Informação, Comunicação e Educação Popular da 12ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida no mês de dezembro do mesmo ano, onde, novamente, foi aprovada em todos os seus eixos nas discussões em grupos temáticos e pela plenária da 12ª Conferência Nacional de Saúde (Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003).

Como decisão da 12ª Conferência Nacional de Saúde, foi organizada a 3ª Conferência Nacional de Recursos Humanos da Saúde, então com o nome de Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Um exercício interessante ainda em aberto está na comparação da NOB-RH/SUS, de 2000, com o documento-base desta última Conferência, onde as referências à educação na saúde ocuparam mais de 60% dos campos analíticos e dos campos propositivos da área dos trabalhadores. Definitivamente a política nacional de formação e desenvolvimento entabulou uma aposta na educação que a encetou como um projeto de vida, de cidadania, de autonomia e de trabalho, não mais algo complementar, acessório, penduricalho das políticas de saúde, mas ela própria uma política pública.

Em que pese a surpresa para muitos sanitaristas de plantão, a educação conseguiu colocar os trabalhadores no mais elevado patamar de autoria na formulação de políticas para o trabalho em saúde e os formadores no mais elevado patamar de interseção com o trabalho em saúde. A “academia”, palavra freqüente no SUS sempre se perfilou com a pesquisa, raramente com a docência e com os estudantes. O professor da sala de aula, do cotidiano do ensino e os estudantes da área da saúde nunca tiveram tamanho protagonismo numa política pública nacional de saúde, o que colocou, para este grupo, os “caminhos para a educação permanente em saúde” como um tempo de defesa do SUS, de luta por uma saúde perfilada pela integralidade e de ocupação de lugar político. Abriu-se um tempo e lugar semelhante ao anteriormente ocupado pelos movimentos sociais por saúde, ou seja, abriu-se mais um movimento social em defesa do SUS. Este, no âmago do

maior nó crítico, reconhecido em todas as análises preparatórias da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: o papel dos formadores, dos processos de formação e dos estudantes. Professores e estudantes passam a militantes da afirmação do SUS e da formação para o SUS.

Desilusão dos pensadores tradicionais: a educação não aparece mais como complementar, mas como central; abandona-se a linguagem dos recursos humanos ou a linguagem da modernização em Administração, o pessoal / as pessoas, para a linguagem dos trabalhadores ou dos operadores e dos coletivos, gente com desejo e implicação, não treinando em especializações e aperfeiçoamentos.

A universidade, convocada para dentro do SUS, e o sistema de saúde, incitado à formação e desenvolvimento com implicação da gestão e modos participativos com os trabalhadores, por meio de articulações interinstitucionais e locorregionais de educação permanente em saúde, descobrem a interseção ensino e trabalho. Interseção ainda por entender, desenvolver, prolongar e estender, mas não se trata mais da integração ensino-serviço. A interseção se dá entre mundo do ensino e mundo do trabalho, prática de educação-prática de saúde, produção pedagógica-produção de saúde. Surpresa: não mais os professores, profissionais da academia, e os trabalhadores dos serviços, auxiliares bobos do ensino, mas atores da educação permanente em saúde, ou seja, disseminação de capacidade pedagógica na rede-escola do SUS, uma vez que desenvolvimento não pode ser tarefa *privativa* dos professores ou das escolas (o terror de uma lei do Ato Pedagógico).

Começaram a proliferar centros de educação permanente em saúde nas Secretarias Municipais de Saúde e projetos de Escola SUS com os nomes de rede-escola, sistema municipal de saúde-escola e SUS-escola (veja-se, por exemplo, as experiências de Amparo, no estado de São Paulo; Aracaju, no estado de Sergipe; Belo Horizonte, no estado de Minas Gerais; Charqueadas, no estado do Rio Grande do Sul; Fortaleza, no estado do Ceará ou João Pessoa, no estado da Paraíba, em 2006), todos buscando interseção com a educação formal (a superior e a técnica), materialidade da educação permanente em saúde como Política Pública, no sentido que lhe constitui o estudo em Ciências Políticas.

Educação Permanente em Saúde como prática política

Um dos produtos de toda a discussão para a construção de uma Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde se materializou com a publicação, em 13 de fevereiro de 2004, da Portaria GM/MS nº 198/2004, que instituiu a *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como Estratégia do Sistema Único de Saúde*

para a Formação e o Desenvolvimento de Trabalhadores para o Setor. Ao optar pela centralidade do conceito de educação permanente em saúde para uma política de educação para o SUS, o gestor federal atribuiu à educação permanente em saúde o estatuto de política pública e esta passou a ser um dispositivo estratégico para a transformação das práticas de formação, de atenção, de gestão, de formulação de políticas, de participação popular e de controle social na saúde, já que possibilita, ao mesmo tempo, o desenvolvimento pessoal daqueles envolvidos com o setor da saúde como também o desenvolvimento institucional e o desenvolvimento da composição em equipes multiprofissionais e interdisciplinares para o trabalho setorial (na gestão, na atenção e na formação).

Partindo da formulação pedagógica difundida, a partir de 1990, pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) como *Educação Permanente do Pessoal da Saúde* para alcançar o desenvolvimento dos sistemas de saúde na região das Américas, a qual reconhecia que somente a “aprendizagem significativa” seria capaz da adesão dos trabalhadores aos processos de mudança no cotidiano (Haddad; Roschke; e Davini, 1994), a educação permanente em saúde, na política brasileira, configurou-se como um conceito operado para pensar a ligação entre a educação e o trabalho, a relevância social do ensino e as articulações entre “formação para o conhecimento”, “formação para a vida” e “formação para o trabalho”.

O conceito foi, então, ampliado, passando a envolver, conforme Ceccim (2005), a (1) porosidade do ensino à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde; a (2) ligação política da formação com a composição de perfis profissionais e de serviços; a (3) introdução de mecanismos, espaços e temas que geram auto-análise, autogestão e mudança institucional e a (4) introdução de práticas pedagógicas e institucionais que geram, enfim, processos de pensamento (problematização de instituídos, de fórmulas e de modelos, isto é, rupturas) e experimentação (em contexto, em ato, isto é, vivências).

A educação permanente em saúde tem o prestígio da aprendizagem em interseção com o trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano do ensino e do trabalho, mas, em outras palavras, a educação permanente em saúde vem para desinstitucionalizar as ações educativas tradicionais para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde e, depois, reinstitucionalizá-las sob novas bases, a principal a da implicação pessoal, coletiva e institucional com os processos de mudança. Desapega-se da necessidade de acontecer em momentos e lugares apriorísticos (prefere *cenários de aprendizagem*) e com metodologias apriorísticas (prefere *fatores de exposição*) para que os processos de

ensino-aprendizagem ocorram com o trabalho em saúde, onde operem processos e relações e não a transmissão de tecnologias ou técnicas, a transmissão seria a de um aprender e não a transmissão de informação. Alimenta-se, portanto, no caráter situacional de uma pedagogia com implicação nas relações, no trabalho e nos próprios cenários onde essas relações se dão, daí a possibilidade de gerar processos de ensino-aprendizagem institucional (movimentos instituintes) e transformar as práticas profissionais ou de ensino e o próprio trabalho em saúde ou o trabalho pedagógico.

Para tanto, conforme se afirma nos documentos propositivos da Política, não basta apenas transmitir novos conhecimentos para os profissionais, pois o acúmulo de saberes técnicos é apenas um dos aspectos para a transformação das práticas e não o seu foco central. A formação e o desenvolvimento dos trabalhadores também teria de envolver os aspectos pessoais, os valores e as idéias que cada profissional tem sobre o SUS e os projetos de sociedade implicados nas lutas por saúde (Ministério da Saúde, 2004; Mehry et al., 2006).

É importante, ainda, destacar que não se trata de desqualificar a necessidade e a relevância da aprendizagem de novos conhecimentos e saberes tecnológicos num contexto de célere renovação, contudo, uma educação continuada apresenta-se pontual e especializada, validando os conceitos de separação das especialidades e dos tempos e lugares de implementação dos seus conteúdos. A proposta da educação permanente em saúde que permeou a formulação da Política avança, tendo em vista a pouca ou quase nenhuma capacidade dos treinamentos em produzirem mudança institucional (territorialização dos movimentos instituintes já postos em cena, embora *ilustrando* profissionais e gestores). Corroborava essa idéia a observação de Merhy (2005), que considera como objetivo nuclear proposto pela Política, a superação das visões gerenciais que afirmam que a baixa eficácia de ações de saúde seria devida à falta de competência dos trabalhadores e que poderia ser corrigida à medida que os suprissemos com cursos compensatórios, ilustrando-os com aquilo que lhes falta. As **avaliações** das ações anteriormente realizadas pelo Ministério da Saúde, como o PROFAE (veja-se Peduzzi e Anselmi, 2003) e os Pólos PSF (veja-se Di Giovanni, 2002) apontaram fartamente para essa necessidade, afirmando que as formações **não correspondiam às necessidades locais, às configurações reais do trabalho cotidiano e às articulações de atores em torno do SUS**. Avaliações que sistematicamente são relegadas em suas informações sobre o comportamento pedagógico das formações realizadas, reduzindo-se às somas quantitativas e aos produtos “alunos formados/atores beneficiados”. Os *efeitos* políticos das formações não são matéria de análise, mas

seus *produtos*, o que é perfeitamente coerente com a avaliação de *políticas sociais*, mas discutível diante da avaliação de *políticas públicas*, onde os efeitos de articulação, coalizão, engajamento, expressão de interesses e democratização das decisões é fator de distinção e efetividade.

Estava em jogo aprofundar o SUS, por exemplo, na busca pela integralidade e pelas práticas cuidadoras, portanto, o desafio da política em questão era o de gerar capacidade pedagógica em toda a rede e profissionais que tivessem compromisso com um objeto e a sua transformação e não com o monopólio de um saber (os núcleos de conhecimento das profissões) ou o monopólio de um campo de conhecimento ou de um conjunto de técnicas, como observa Rovere (2005).

A qualificação das equipes, os conteúdos dos cursos e as metodologias de ensino a serem utilizadas na proposta da educação permanente em saúde, deveriam, conforme os documentos da Política, ser determinados a partir da observação dos problemas que ocorrem no dia-a-dia do trabalho e que precisam ser solucionados para que os serviços prestados ganhem qualidade, os usuários fiquem satisfeitos com a atenção prestada e o Sistema ganhe em implementação prática de seus princípios (Ministério da Saúde, 2005; Mehry et al., 2006).

Na educação formal, toda a permeabilidade ao mundo do trabalho, os compromissos do ensino com o desenvolvimento de apoios aos sistemas de saúde, a priorização de ações que coloquem a universidade em interseção com o SUS e com os movimentos de mediação pedagógica no interesse popular pela saúde são práticas de educação permanente em saúde (Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004).

Dispositivos e estratégias da educação permanente em saúde como política pública

A Lei 8.080/90, lei orgânica da saúde, em seu artigo 14, define a criação de comissões permanentes entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior com a finalidade de propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições (Lei 8.080, de 19 de setembro 1990).

Para operacionalizar a política de formação e desenvolvimento para o SUS, ao mesmo tempo em que se buscava viabilizar um imperativo presente na Lei Orgânica da Saúde, a constituição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço, se considerava o aporte de questões trazidas da opção pela educação permanente em saúde. O caminho foi entabulado pela Portaria GM/MS nº

198/2004, que apresenta os Pólos de Educação Permanente em Saúde como instâncias/dispositivos de articulação interinstitucional e locorregional (ver quadro resumo da conceitualização de *locorregião*) e como estratégia de operacionalização e viabilização política. O diálogo, a negociação e a pactuação interinstitucional em torno das questões da formação e do desenvolvimento dos trabalhadores da saúde eram os desígnios dos Pólos.

| Quadro: Resumo da conceitualização de locorregião (Ceccim, 2005) |
|--|
|--|

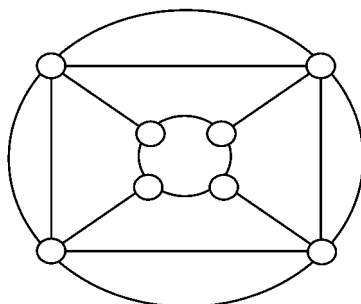
| |
|--|
| <p>A locorregião configura-se como um território formado por diferentes municípios (esferas de gestão constitucionalmente responsáveis pela execução das ações e serviços de saúde), com abrangência regional, conforme a realidade de construção da integralidade na promoção e proteção da saúde individual e coletiva nos ambientes e redes assistenciais ou sociais em que vivemos e conforme a realidade da mobilidade da população em busca de recursos educacionais e de pesquisa e documentação em saúde. A Constituição Federal estabelece a expressão “regionalização e hierarquização” como parte da luta política pela universalização do direito à saúde. A regionalização busca aproximar as ações e os serviços de saúde da população e, assim, assegurar o acesso. A hierarquização, por sua vez, permite melhorar a qualidade dos diferentes âmbitos ou recursos estruturados à atenção e organizar os serviços de forma que eles se complementem e, assim, assegurar a resolutividade. Por essa razão, a proposta do Ministério da Saúde utilizou o termo locorregião, uma palavra que representa a união – na prática – da compreensão de expressão “regionalização e hierarquização”, isto é, “acessibilidade e resolutividade”.</p> |
|--|

Ceccim¹⁰ aponta que o indicativo das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço, presente na Lei Orgânica da Saúde, estava correto, porém não assegurava evidência de inclusão das instâncias de gestão, de participação social e da agenda ético-política de mudanças. Também pondera que o SUS isoladamente “não teria legitimidade para dar conta do desenvolvimento dos profissionais de saúde”, assim como as instituições de ensino, “fora do contato com a realidade da construção do SUS também não”. Portanto, uma nova instância de gestão, que possuísse capacidade intersetorial e capacidade de protagonismo, precisava ser inventada ou dispositivos a este favor necessitavam ser interpostos.

Reunindo os atores institucionais importantes (gestores, controle social, estudantes, trabalhadores, instituições de ensino e de serviço e outros atores identificados com o campo da formação e do desenvolvimento) para pensar e realizar a formação e o desenvolvimento dos profissionais de saúde, os Pólos de Educação Permanente em Saúde foram propostos como espaços de negociação, pactuação e formulação de políticas por bases locorregionais e não como núcleos para a execução de ações de formação e desenvolvimento dos trabalhadores. Por isso, foram identificados como “rodas de gestão” ou muito mais legitimamente, “man-

dalas de gestão”, uma vez que se afastam de outros conceitos, como o relativo às rodas de co-gestão administrativa, e se aproximam das redes em autogestão e auto-análise das respectivas implicações, onde o esquadramento se faz necessário para territorializar processos, mas sem perder a dimensão do fora que o desterritorializa permanentemente, convocando diagramas organizativos *in acto*. A mandala conforma um quadrado (dos esquadramentos) envolto por um círculo do fora em agenciamento dentro-fora (dobras ou diagramas que desenham tramas de conexão).

Diagrama básico de uma mandala



Esses Pólos, mais do que lugar para a identificação de demandas (para a construção em separado de ações de educação por especialistas, consultores e quaisquer organizações especializadas) é lugar para identificar problemas, discutir, problematizá-los, implicar-se, gerar compromissos mútuos (intersectoriais e interinstitucionais) e construir alternativas de enfrentamento de acordo com cada realidade localregional.

Segundo a mesma Portaria, a composição de cada Pólo de Educação Permanente em Saúde e a proposição de seu plano diretor é de iniciativa localregional e decorrente da disposição inicial das diversas instituições dessa base. Caberia ao Conselho Estadual de Saúde (CES) julgar a adequação do plano diretor de cada Pólo às políticas, nacional e estadual, e às diretrizes das Conferências, nacional e estadual, de saúde. Por sua vez, o desenho localregional e interinstitucional de cada Pólo passaria pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), visando a garantir que a organização do conjunto de Pólos abrangesse a totalidade dos municípios de cada estado e os eventuais acordos existentes em regiões fronteiriças. Constituído o Plano Diretor, um ou vários Planos de Atividades poderiam ser apresentados de forma sistemática ao Ministério da Saúde de acordo com as pactuações internas de cada Pólo, sem necessidade de um novo Plano Diretor. O Plano Diretor e to-

dos os planos de atividades, a ele ligados, configurariam o projeto global do Pólo (Ceccim, 2005).

Implementada essa estratégia, caberia ao gestor federal apenas a habilitação legal das instituições para receber recursos públicos e a acreditação e adequação dos projetos e processos instituídos com o referencial pedagógico e institucional da educação permanente em saúde, acompanhando o cumprimento dos passos pactuados.

Ainda de acordo com a mencionada Portaria, o Pólo deveria ter condução e coordenação colegiada, superando-se a regra hegemônica da verticalidade do comando e da hierarquia nos fluxos. No colegiado de gestão, todas as instituições têm igual poder e estão convidadas a trabalhar juntas, sob a mesma organização e condução, cabendo a esse colegiado a elaboração das propostas sobre as escolhas gerais, os rumos e estratégias locais e a problematização de seus operadores (Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004).

Para viabilizar a implantação e execução da Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde, com o dispositivo Pólo e as suas produções, a definição do seu financiamento se baseou na construção de critérios que almejassem a equidade por meio da equalização entre os estados brasileiros e na intencionalidade de garantir o repasse permanente de recursos, o que garantiria o planejamento com critérios de sustentabilidade a curto, médio e longo prazo. Elementos das gestões estaduais e municipais, o controle social, o inverso da capacidade docente instalada e a prioridade para o fortalecimento da rede de atenção básica à saúde como ampliação da cobertura e acolhimento aos problemas individuais e coletivos de saúde da população constituíram-se critérios para a definição da distribuição dos recursos. Assim, a execução dessa Política pôs em experimentação uma tabela de alocação na qual se interpretava e se redistribuía, por equidade, o montante de recursos da rubrica de educação permanente em saúde para o SUS, fruto de acordos entre as três esferas de gestão do SUS.

Nesse sentido, a distribuição, a alocação e a utilização dos recursos públicos tornaram-se mais transparentes, tanto do ponto de vista do conhecimento de montantes, planos de aplicação e relatórios de gestão, quanto da capacidade de gestão do gasto público do SUS com a educação dos profissionais de saúde, em que pese a descoberta da dificuldade e complexidade de tal postura. Igualmente se descobriu que, a título de formação e desenvolvimento altas somas de recursos públicos correm às instituições de ensino e pesquisa, sem qualquer critério ou

com critérios muito discutíveis quanto à equalização, equilíbrio regional e incentivo às novas *expertises*.

Análise a partir da necessidade de desenvolvimento da aprendizagem, do crescimento institucional e da composição de equipe no trabalho em saúde

Quando se aborda a necessidade de desenvolvimento de instrumentos e condições de crescimento institucional, especialmente para favorecer os processos de tomada de decisão e formulação de políticas públicas, vários autores das Ciências Políticas apresentam-se como referências importantes por suas considerações e sugestões. Fazer o diálogo entre os autores da ciência política e da saúde, relacionando-o à política de formação e desenvolvimento para o SUS, sua formulação, implantação e execução, levanta elementos que indicam a potencialidade desta proposta como resposta a essa necessidade. Além disso, aponta caminhos para todo um conjunto de políticas públicas setoriais vinculadas aos processos de trabalho.

Uma outra dimensão desta análise é a possibilidade de revelar elementos importantes para a leitura e a avaliação dessa política pública, que devido ao baixo tempo de implantação/execução (menos de dois anos) parece ter como mais coerente o desenvolvimento de um olhar mais atencioso sobre os processos que instituiu do que a simples aferição de resultados. Leve-se em consideração que, nesse pequeno período, os processos desencadeados a partir da Política conseguiram identificar vários nós críticos na gestão de saúde, em vários locais do país, e produziram mudanças na forma como a gestão pautava o processo de formação e desenvolvimento para a qualificação da atenção à saúde (Ceccim, 2005). Não deve ser desconsiderado, entretanto, que o documento oficial “Notas sobre o Desempenho do Departamento de Gestão da Educação na Saúde – período de fevereiro de 2004 a junho de 2005” (Ministério da Saúde, 2005) apontou resultados expressivos na formação e no desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e íntima relação entre as ações produzidas pelos Pólos de Educação Permanente em Saúde e as políticas nacionais prioritárias do setor (Ceccim, 2005).

Um primeiro aporte trazido da ciência política vem de Scott (1998), que estudou vários casos na história tentando demonstrar como a rigidez no planejamento e a normatização estatal levavam ao fracasso os projetos inicialmente traçados. Essa dificuldade adviria, segundo o autor, da necessidade do Estado de reduzir e simplificar a leitura das complexas interações sociais, necessárias para facilitar a sua atuação frente a tal realidade. Ao simplificar e reduzir a complexidade, o Estado ganhava capacidade de formulação e execução nas suas ações,

mas perdia boa parte das condições de efetivamente cumprir com os planos originalmente traçados, pela falta de flexibilidade e adaptação às diferentes realidades encontradas.

Scott (1998) também argumenta que o conhecimento científico e o conhecimento prático são partes de uma luta política pela hegemonia institucional por *expertos* e suas instituições políticas e que um dos motivos de dificuldade poderia ser evitado ou, pelos menos, diminuído, se houvesse a capacidade das organizações incorporarem o conhecimento prático ou o *conhecimento local* (denominado pelo autor como *metis*) nos seus processos de planejamento.

Nesse sentido, a política nacional de formação e desenvolvimento para o SUS poderia ser vista como uma resposta à necessidade de incorporação do conhecimento local na formulação de políticas públicas ao agregar, nos Pólos de Educação Permanente em Saúde, diferentes atores que lidam diretamente com o enfrentamento dos problemas de saúde (conhecimento prático) e com as questões relativas à educação na saúde de cada localidade. Vale observar, ainda, que a configuração dos Pólos como coletivos organizados para a produção da saúde e a sua conformação como mandalas (rodas para a autogestão e auto-análise) permitiriam que esses conhecimentos se expressassem.

Mais interessante, no entanto, é observar que essa política dá um passo além ao propor que as formulações produzidas considerem o conceito de educação permanente em saúde que, como visto, busca desenvolver condições de aprendizagem em instituições em movimento, política fundada no caráter situacional das relações, das implicações, do trabalho e do ensino. O que a qualificaria também para responder às considerações de Kettl (2002), quando ele demonstra a inadequação dos paradigmas tradicionais no enfrentamento dos problemas contemporâneos da sociedade americana e destaca a necessidade de o Estado possibilitar novos desenhos e abordagens para agir em ambientes marcados pela incerteza e pela inovação tecnológica. Kettl (idem) sugere que para transpor esses desafios é preciso que os governos consigam desenvolver em suas equipes novas capacidades de resolver os novos problemas que se apresentam.

Sob essa perspectiva, a Política possibilitaria também aprender a lidar com a política e a administração pública, cuja gestão estatal é geralmente fragmentada, reducionista e produtora de programas de saúde que muitas vezes não contemplam a realidade e a cultura local (Spagnuolo e Gerrini (2005) citam Carlos Matus em *Adeus, senhor presidente: governantes e governados*).

Sabatier e Jenkins-Smith (1999), por sua vez, ao interpretarem como é o processo de mudança nas políticas públicas, apontam para a importância das

articulações entre membros coligados para a viabilização e defesa de interesses afins (“Advocacy Coalition Framework”) e a conceitualização que formulam para essas coligações se presta bem para apresentar os atores que participam dos Pólos de Educação Permanente em Saúde.

Para Sabatier e Jenkins-Smith (1999), grupos e pessoas oriundos de várias posições seja indivíduos eleitos para determinado fim, representantes do Estado ou dos órgãos oficiais de Estado, lideranças segundo grupos de interesses ou pesquisadores apresentam diferentes sistemas de crenças, isto é, são portadores legítimos de um conjunto de valores essenciais, suposições ocasionais e uma dada percepção dos problemas a enfrentar, entretanto, também compartilham um sistema particular de opiniões e mostram graus singulares de atividade coordenada ao longo de um período. Segundo os autores, o aprendizado orientado em processo, como uma das fontes que alimentam as mudanças em política pública, advém da experiência adquirida ao longo do tempo ou de novas informações originadas: (1) do conhecimento recente dos parâmetros dos problemas e das causas que os afetam; (2) dos *feedbacks* da efetividade das políticas públicas e/ou (3) da evolução das percepções dos prováveis impactos de políticas alternativas. Todas essas condições podem estar presentes ou aflorar das discussões nos Pólos de Educação Permanente em Saúde.

Os mesmos autores destacam, ainda, que para existir efetivamente alteração nas políticas públicas, é preciso aliar ao processo de aprendizado fatores exógenos, entre eles: (1) mudanças socioeconômicas de porte, como mudanças na economia ou surgimento de movimentos sociais; (2) mudanças na coalizão de governo, incluindo eleições que realinhem os grupos no poder e (3) decisões políticas e impactos de outros subsistemas, por exemplo, mudanças na política tributária que têm grandes conseqüências em todos os subsistemas políticos. Abordam, também, que a competitividade, recursos financeiros e regras institucionais são importantes, mas o aprendizado é o que fará a mudança acontecer. Por fim, propõem a criação de fóruns profissionais para estimular a troca de experiências, para aprimorar a capacidade das redes de sustentabilidade (coalizão em torno de um *advocacy*) e promover o aprendizado orientado.

Nesse último ponto, novamente a política pública brasileira de que estamos tratando se coloca um passo à frente ao propor, não um fórum profissional, mas intersetorial e interinstitucional. Os Pólos de Educação Permanente em Saúde são formados por profissionais, estudantes, usuários vinculados ao controle social ou à articulação de movimentos e práticas de educação popular em saúde, docentes, pesquisadores, gestores e trabalhadores da saúde para fazer o encontro

das diferentes percepções e experiências, problematizar a situação da atenção à saúde, produzir pactos coletivos, gerar ações para o enfrentamento da realidade e conduzir a mudança das práticas profissionais com a finalidade de responder às necessidades de saúde da população.

Por fim, propomos a reflexão sobre as considerações de North (2005) em *Understanding the process of Economic Change* e Beck, Giddens e Lash (1997) em *Modernização reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna*. Muitas formulações em ciência política para a formulação e a avaliação de políticas públicas, nestes autores, fazem interface com a política de formação e desenvolvimento para o SUS de que estamos falando, desde a definição da sua agenda e formulação política até a sua implantação e execução, passando pelos conceitos que utiliza e pelos dispositivos e estratégias que implementa.

North (2005) identifica nas instituições tentativas de reger e, assim, diminuir as incertezas com que lida a humanidade. Afirma que o desenvolvimento do método científico com o uso da matemática e da estatística e sofisticadas interações entre a teoria e a evidência empírica transformaram o desenvolvimento humano. Argumenta, também, que a diversidade de experiências produziu diferentes graus de flexibilidade no enfrentamento das incertezas associadas ao desenvolvimento da capacidade de resolver problemas complexos e que, no mundo atual, não existem os parâmetros prévios, é preciso aprender fazendo. Conclui, por sua vez, que a capacidade de compreender a realidade e propor soluções está condicionada pela herança cultural e que, por isso, as mudanças serão sempre incrementais. Além disso, afirma que o processo cognitivo se apresenta como um processo social, maior que os condicionantes apresentados pela genética e pelo ambiente individualmente analisados.

Beck, Giddens e Lash (1997) apresentam uma importante contribuição ao tratar das características da modernidade e de seus reflexos junto ao processo decisório. Os autores reconhecem um cenário onde a desmonopolização da especialização, a informalização da jurisdição, a abertura da estrutura da tomada de decisão, a criação de um caráter público parcial e a autolegislação e auto-obrigação são tratadas como características intrínsecas ao processo decisório.

O processo decisório, afirmam, deve incorporar conceitos, visões e práticas inovadoras, como: (1) a desconstrução da noção de que as administrações e os especialistas sempre sabem o que é certo e bom para todos; (2) a aceitação de que o círculo de grupos com permissão de participar do processo decisório não pode continuar fechado em razão de considerações internas aos especialistas, mas ao contrário, devem estar abertas de acordo com os padrões sociais de importância;

(3) o entendimento de que as decisões ainda não foram tomadas e que, portanto, não precisariam apenas ser “vendidas” ou implementadas externamente; (4) a resignificação de que o processo de negociação, antes realizado a portas fechadas entre os especialistas e aqueles que tomam decisões, devem ser transformados em um diálogo entre a mais ampla variedade de agentes, tendo como resultado um descontrole adicional e, por fim, (5) o esforço para que as normas envolvidas neste processo – modos de discussão, protocolos, debates, avaliações de entrevistas, formas de votação e aprovação – possam ser resolvidas pelo consenso e sancionadas.

Assim é que o SUS apresentou para a sociedade uma Política que pretendeu transformar cada unidade e/ou serviço de saúde em ambiente de aprendizagem, além de fazer de cada momento de cuidado e gestão em saúde, um momento de respeito e de coordenação coletiva e da gestão setorial uma gestão em educação permanente em saúde (Ceccim, 2005). Fez isso por entender que uma proposta como a do SUS precisa de uma maneira diferente de ser e essa maneira diferente de ser precisa ser aprendida na prática, no dia-a-dia, no cotidiano. O que somente será possível quando os dispositivos políticos puderem reverter os modelos clássicos de gestão que imperam na grande maioria dos espaços de cuidado e de gestão da saúde e, assim, captar a complexidade intrínseca da produção brasileira na saúde.

Acreditando que apenas apontamos diferentes argumentações e novos elementos para a análise da política de formação e desenvolvimento para o SUS, esperamos ter alargado o debate científico pela interpretação da noção de política pública de educação na saúde no lugar dos programas de capacitação. Entendemos que entrou em cena a interseção entre o ensino e o trabalho na formação e desenvolvimento para o SUS, uma necessidade social que encontrou resposta política.

Conclusões

A descentralização e a disseminação de capacidade pedagógica na rede de saúde e a interseção entre instituições de ensino e sistema de saúde era uma das metas históricas da Reforma Sanitária brasileira, materializada no texto da lei do Sistema Único de Saúde, inclusive no texto constitucional, onde consta a determinação do ordenamento da formação de profissionais de saúde como tarefa do SUS (Ceccim, 2002).

A escolha por viabilizar essa atribuição segundo o estatuto da educação permanente em saúde foi a escolha por alimentar capacidades pedagógicas, des-

centralizadas e disseminadas em mandalas. Mandalas de formação e desenvolvimento articulam diagramas rizomáticos de significados e produzem conhecimento coletivo. Está aí um aprendizado que a educação permanente em saúde pode transferir ao sistema de saúde. Por exemplo: não existe educação de um ser que sabe para um ser que não sabe, o que existe é a troca, intercâmbio e estranhamento de saberes, com conseqüente construção de conhecimento. Se não se constituir uma tensão entre o que já se sabe e o que há por saber, não bastarão as novas informações, mesmo que preciosamente bem comunicadas. Por que queremos tanto que novas informações cheguem aos serviços, aos trabalhadores, aos usuários e aos gestores? Para esclarecê-los? Para torná-los mais cultos? Para torná-los mais letrados em ciência e tecnologias? Porque queremos gerar um novo domínio de informações que levem a novas maneiras de realizar atividades, com maior responsabilidade, com maior inclusividade e acolhimento e com maior compartilhamento (Ceccim, 2005).

Estas são questões candentes para a educação permanente em saúde, a informação necessária é aquela que propõe ocasião de aprendizagem, ocasião de maior sensibilidade diante de si, do trabalho, das pessoas, do mundo e das realidades. Então, a melhor informação não está no seu conteúdo formal, mas naquilo de que é portadora em potencial e naquilo que permite de modos construtivos de conhecimento. Por exemplo: a nova informação gera inquietação, interroga a forma como estamos trabalhando, coloca em dúvida a capacidade de resposta coletiva da nossa unidade de serviço, mobiliza coletivos de aprendizagem, organiza coletivos de produção? Se uma informação nos impede de continuarmos a ser o mesmo que éramos, nos impede de deixar tudo apenas como está e tensiona nossas implicações ela desencadeou educação permanente em saúde, não havendo necessidade de um curso e de professores em seus formatos *apriorísticos*, requer interface interseção e, ainda, *interseção*, isto é, efeitos de estranhamento, mutação recíproca e co-responsabilidade entre as instâncias que se desafiam.

A educação permanente em saúde é um processo coletivo e desafiador das realidades, uma vez que coloca o trabalho e o cotidiano sob questão de aprendizagem. A educação permanente em saúde traz como efeitos: a aceitação de que as realidades não são dadas, são produzidas por nós mesmos, por nossa sensibilidade diante dos dados e por nossa operação com os dados de que dispomos ou de que vamos a busca; a organização de espaços inclusivos de debate e problematização das realidades sem segregar a educação aos espaços escolares formais ou aos professores tradicionais; o estabelecimento de comunicação entre os conhecimentos que cada “aluno” dispõe (suas explicações), interfaces e articulações inéditas; a

produção de informações de valor local num movimento inventivo que não se furte às exigências do trabalho e dos cotidianos em que estamos inseridos.

O *quadrilátero da formação* (Ceccim e Feuerwerker, 2004), proposto na Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde, coerente com a noção de construção do conhecimento, coloca em articulação o ensino, a atenção, a gestão e a participação para que o exercício e a formação profissional em saúde sejam lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e de alta responsabilidade com o acolhimento, com a resolutividade e com o desenvolvimento da autodeterminação dos usuários. Diferentemente das noções programáticas de implementação de práticas previamente selecionadas onde os conhecimentos são “empacotados e despachados por entrega rápida às mentes racionalistas dos trabalhadores e usuários” (Ceccim, 2005), as ações de educação permanente em saúde desejam os corações pulsáteis dos estudantes, dos trabalhadores e dos usuários para construir um ensino e um sistema produtor de saúde (uma abrangência) e não um sistema prestador de assistência (um estreitamento). A política de formação e desenvolvimento para o SUS de que falamos foi proposta para congregar, articular e colocar em articulação *rizomática* (Lèvy, 1998) diferentes atores, destinando a todos um lugar de protagonismo, seja na condução do ensino em cada escola, seja nos sistemas locais de saúde.

Um plano de sintonia com as mais de 100 articulações interinstitucionais e localregionais que a política de formação e desenvolvimento para o SUS gerou entre fevereiro de 2004 e junho de 2005 (Ministério da Saúde, 2005) pode ampliar a compreensão de que os Pólos de Educação Permanente em Saúde podem não servir para acumular e construir soluções, mas servem para experimentar e compartilhar *problematização e ação*, assim como servem para inventar *caixas de ferramentas* (Deleuze, em Foucault, 1989) aos diversos e complexos problemas em sua inserção local, onde a educação passa a ser um dispositivo de afirmação da vida e do SUS.

Para atender à educação permanente em saúde, o acesso e a circulação de aprendizagens é crucial, assim como o debate crítico sobre as informações obtidas e sua problematização entre os membros das equipes de trabalho. É o debate e a problematização que transformam aprendizagem em conhecimento. A aprendizagem é diferente da erudição, enquanto para ficar erudito basta acumular informação, para ficar inteligente é necessário apropriar em sentidos e personalizar cada informação (Ceccim e Ferla, 2005). A informação é o insumo básico das aprendizagens, mas sem o contato emocionado do aprendiz com as informações

elas não passam de dados que podem ilustrar acervos mentais, mas não operam realidades. Uma vez que aqueles que organizam formações em saúde desejem que elas operem transformações na realidade ou germinem novas realidades, querem um ensino com implicação e autoria, não a simples acumulação de registros teóricos ou práticos.

Referências

BECK, U.; GIDDENS, A.; LASH, S. *Modernização reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna*. São Paulo: Editora da Unesp; 1997.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. EducarsUS: notas sobre o desempenho do Departamento de Gestão da Educação na Saúde - período de janeiro de 2003 a janeiro de 2004. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. EducarsUS: notas sobre o desempenho do Departamento de Gestão da Educação na Saúde - período de fevereiro de 2004 a junho de 2005. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A educação permanente entra na roda: Pólos de Educação Permanente em Saúde - conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2005.

CAMPOS, G.W.S. Recursos humanos na saúde: fator de produção e sujeitos sociais no processo de reforma sanitária no Brasil. In: CAMPOS, G.W.S.; MERHY, E.E.; NUNES, E.D. (eds.) *Planejamento sem normas*. São Paulo: Editora Hucitec; 1989. p. 45-52.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface – comunicação, saúde, educação*. Botucatu, 2005; 9 (16): 161-68.

_____. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2005; 10 (4): 975-86.

_____. Onde se lê “recursos humanos da saúde”, leia-se “coletivos organizados de produção da saúde”: desafios para a educação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (orgs.) *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Editora da Abrasco; 2005. p.161-80.

_____. Redes de conhecimento no SUS: a educação permanente em saúde, em ato (Editorial). *INFOSaúde*, Rio de Janeiro, 2005; 9 (3): 1-3.

CECCIM, R.B.; ARMANI, T.B. Educação na saúde coletiva: papel estratégico na gestão do SUS. *Divulgação em saúde para debate*, Rio de Janeiro, 2001; 23: 30-56.

_____. Gestão da educação em saúde coletiva e gestão do Sistema Único de Saúde. In: FERLA, A.; FAGUNDES, S.M.S. (orgs.) *Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Editora Dacasa e Escola de Saúde Pública/RS; 2002. p. 143-62.

CECCIM, R.B.; ARMANI, T.B.; ROCHA, C.M.F. O que dizem a lei e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2002; 7 (2): 373-83.

CECCIM, R.B.; CAPOZZOLO, A.A. Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação. In: MARINS, J.J.N.; REGO, S.; LAMPERT, J.B.; ARAÚJO, J.G.C. (orgs.). *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Editora Hucitec; 2004. p. 346-90.

CECCIM, R.B.; FERLA, A.A. Notas cartográficas sobre escrita e escuta: contribuições à educação das práticas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (orgs.) *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Editora da Abrasco; 2005. p.253-66.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis - revista de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 2004; 14 (1): 41-65.

DI GIOVANNI, G. (Coord.). A concepção dos pólos como recurso institucional de capacitação, formação e educação permanente de pessoal para a saúde da família, etapa 3. In: _____. *Formação de profissionais para a saúde da família: pólos de formação, capacitação e educação permanente de pessoal para o PSF*. Campinas: Unicamp - Universidade Estadual de Campinas / Nepp - Núcleo de Estudos de Políticas Públicas, maio; 2002. 161p.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 8 ed. Rio de Janeiro: Editora Graal; 1989.

HADDAD Q.; ROSCHKE, M.A.; DAVINI, M.C. *Educación permanente de personal de salud*. Washington, DC: Editora da OPS/OMS; 1994.

KETTL, D.F. *The transformation of governance: public administration for twenty-first century*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2002.

LEI 8.080, DE 19 DE SETEMBRO 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 1990; 20 set.

LÉVY, P. *A inteligência coletiva: por uma antropologia do ciberespaço*. São Paulo: Edições Loyola; 1998.

MERHY, E.E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface – comunicação, saúde, educação*. Botucatu, 2005; 9 (16): 172-74.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.; CECCIM, R.B. Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, 2006; 2 (2): 147-60.

NORTH, D.C. *Understanding the process of economic change*. Princeton: Princeton University Press; 2005.

PEDUZZI, M.; ANSEMI, M.L. Relatório final de pesquisa – *Avaliação do impacto do Profae na qualidade dos serviços de saúde*, fase 1. São Paulo. Ministério da Saúde/Escola de Enfermagem da USP/Escola de Enfermagem da USP Ribeirão Preto; 2003. 130p.

PORTARIA GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2004; 16 fev.

ROVERE, M. Comentários estimulados por la lectura del artículo “Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário”, de Ricardo Burg Ceccim. *Interface – comunicação, saúde, educação*. Botucatu, 2005; 9 (16): 169-71.

SABATIER, P.; JENKENS-Smith, H. The advocacy coalition framework: an assessment. In: SABATIER, P. (editor). *Theories of Policy Process*. Boulder, CO: Westview; 1999. p. 117-66.

SCOTT, J.C. *Seeing like a state: how certain schemes to improve the human condition have failed*. New Haven: Yale University Press; 1998. (Yale Agrarian Studies).

SPAGNUOLLO, RS; GUERRINI, I.A. *A construção de um modelo de saúde complexo e transdisciplinar*. *Interface - comunicação, saúde, educação*. Botucatu, 2005; 9 (16); 191-94.

■.....**Ricardo Burg Ceccim**, EducaSaúde - Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde, Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Endereço para correspondência burg.ceccim@ufrgs.br

■.....**Fábio Pereira Bravin**, Grupo de Estudos em Saúde Coletiva e Políticas Sociais, Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade de Brasília.

■.....**Alexandre André dos Santos**, Grupo de Estudos em Saúde Coletiva e Geografia, Programa de Pós-Graduação em Geografia, Universidade de Brasília.