

Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde

Permanent Education in Health:
decentralization and dissemination
of pedagogical capacity in health

Ricardo Burg Ceccim¹

Abstract *The paper discusses the relevance and viability on spreading pedagogic capacity throughout the SUS. It is a way of accomplishing one of the most important goals of the Brazilian health policy: transforming the public health services a locus of teaching-learning through working. The concept of Permanent Education in Health helps the appraisal of this task. It is not a case for prolonging the time people work in health services, but for intensification of the relationship between education and health care in the area of knowledge and practices in health. In 2003 and 2004, the Department of Gestão da Educação na Saúde, of the Brazilian Health Ministry, has made a unique and innovative collaboration for the achievement of this policy goal. The Department main strategy was the creation of a new device: the Pólos de Educação Permanente em Saúde. In a short period of only 16 months the Pólos gathered 1.122 different regional organizations, finally putting in practice the article 14 of the Organic Health Law. The creation of these new devices was not a formal act; it implied regarding education of professionals and health workers as a priority. As this paper shows for the first time education was not treated as a means but as a final policy goal.*

Key words *Permanent education in health, Health diligent, Education, Health*

Resumo *O texto discute a relevância e a viabilidade de disseminar capacidade pedagógica por toda a rede do Sistema Único de Saúde, de forma que se cumpra uma das mais nobres metas formuladas pela saúde coletiva no Brasil: tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho. O conceito de educação permanente em saúde serve para dimensionar esta tarefa, não no prolongamento do tempo/carreira, mas na ampla intimidade e intercessão educação/atenção na área de saberes e de práticas em saúde. O exercício concreto desta meta se fez como política pública de maneira inédita no Brasil, apresentada pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, em 2003. A política pública criou um novo "dispositivo" no SUS: os Pólos de Educação Permanente em Saúde, que no espaço de 16 meses foram capazes de aglutinar 1.122 entidades seguindo as bases locais regionais com que se organizam, cumprindo o art. 14, da Lei Orgânica da Saúde, tal como se previu no ideário de lutas da reforma sanitária brasileira. Criar um novo dispositivo não foi um ato formal, mas de construção, priorizar a educação dos profissionais de saúde como ação finalística (e não meio) é o original de novidade apresentado por este texto, documento de uma produção concreta.*

Palavras-chave *Educação permanente em saúde, Trabalhadores em saúde, Educação, Saúde*

¹ Programa de Pós-Graduação em Educação, Grupo Temático de Educação em Saúde, UFRGS. Rua Dr. Raul Moreira 550, Cristal, 90820-160, Porto Alegre RS. ceccim@edu.ufrgs.br

Introdução

O presente texto apresenta o modo como foi produzida uma política pública nacional de descentralização e disseminação de capacidade pedagógica no Sistema Único de Saúde (SUS) e registra a acumulação quantitativa de um período de 16 meses de execução da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Como documento de produção de uma política pública, discute a relevância e a viabilidade de disseminar capacidade pedagógica por toda a rede do SUS e de descentralizar a gestão deste processo até uma configuração de base local-regional. As bases local-regiões são maiores que um município, mas menores que um Estado, podendo incidir em territórios interestaduais, cumprindo um papel de ativação de processos solidários entre os vários atores da saúde e da educação na saúde, sem nenhum suposto hierárquico entre os entes federados (poderes públicos que dialogam entre governos, sem relação de comando). A produção da política nacional mencionada representou o esforço de cumprir uma das mais nobres metas formuladas pela saúde coletiva no Brasil: tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho.

O conceito de Educação Permanente em Saúde foi adotado para dimensionar esta tarefa, não no prolongamento do tempo ou carreira dos trabalhadores, mas na ampla intimidade entre formação, gestão, a tenção e participação nesta área específica de saberes e de práticas, mediante as *intercessões* promovidas pela educação na saúde (a educação *interced*e pela saúde, ofertando suas tecnologias construtivistas e de ensino-aprendizagem). O exercício concreto desta meta se fez como política pública de maneira inédita no país, a partir da aprovação pelo plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e legitimação na 12ª Conferência Nacional de Saúde (Conferência Sérgio Arouca), da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, apresentada pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DeGES), do Ministério da Saúde (MS), em 2003.

O ineditismo indiscutível se fez pela formulação concreta de uma *política de educação na saúde* (termo inexistente até então), superando a *programação da capacitação e atualização de recursos humanos*; por sua aprovação mediante seis meses de debates públicos e negociações com as instâncias já legitimadas no

SUS; pela singular e concreta aproximação interministerial entre Saúde e Educação (primórdios de uma agenda sonhada historicamente e de viabilização extremamente difícil) e, ainda, pela interposição de uma nova instância/novo dispositivo no SUS (caráter intersetorial, foco temático, âmbito local-regional e estrutura interinstitucional). Criar uma nova instância/novo dispositivo não é um ato formal, mas de construção.

Optou-se por priorizar a educação dos profissionais de saúde como uma ação finalística da política de saúde e não a atividade-meio para o desenvolvimento da qualidade do trabalho. Este é o aspecto original, o diferencial de novidade configurado sob o conceito político-pedagógico da Educação Permanente em Saúde, conceito que resume a política proposta e lhe dá tradução concreta junto dos Conselhos de Saúde, instituições de ensino, associações docentes, movimentos sociais, organizações estudantis e representações de trabalhadores.

A Educação Permanente em Saúde constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, com promessa e tecnicamente competente. Há necessidade, entretanto, de descentralizar e disseminar capacidade pedagógica por dentro do setor, isto é, entre seus trabalhadores; entre os gestores de ações, serviços e sistemas de saúde; entre trabalhadores e gestores com os formadores e entre trabalhadores, gestores e formadores com o controle social em saúde. Esta ação nos permitiria constituir o Sistema Único de Saúde verdadeiramente como uma rede-escola.

Passados 16 meses da publicação da portaria ministerial que deu ordenamento inicial à estruturação e ao funcionamento da Educação Permanente em Saúde como política de gestão do SUS, foram organizadas, no país, 96 articulações interinstitucionais e local-regiões congregando em torno de 1.122 entidades da sociedade, entre representantes do ensino, da gestão, do trabalho e da participação social em saúde, ocupadas em oferecer língua e história a uma política de descentralização e de disseminação de capacidade pedagógica na saúde (Quadro 1). Essas articulações interinstitucionais e local-regiões foram propostas pela portaria ministerial nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, do Ministério da Saúde, como Pólos de Educação Permanente em Saúde. Se consideradas as nove articulações local-regionalizadas para a educação permanente em saúde que, até

Quadro 1

Pólos de Educação Permanente em Saúde: composição.

| Instituições/Entidades Participantes | Nº |
|--|--------------|
| Instituições de ensino superior | 236 |
| Gestores municipais (27 Co s ems + capitais + municípios referência na região) | 239 |
| Gestores estaduais (Regi onais de Saúde, Coordenações de Áreas, Diretorias etc.) | 135 |
| Instâncias de controle social (Con selhos de Saúde) | 111 |
| Escolas Técnicas de Saúde | 90 |
| Serviços de saúde (unidades, centros e hospitais escola, centros de referência e laborat órios centrais etc.) | 88 |
| Movimento estudantil (centros e/ou diretórios acadêmicos, núcleos estudantis, diretórios centrais etc.) | 47 |
| Entidades de trabalhadores de saúde (associações de ensino das profissões de saúde, sociedades e associações profissionais, sindicatos etc.) | 43 |
| Movimentos sociais (MST, Morhan, Rede Feminista, Rede Nacional das Parteiras, Mops, Movimento GLBTS, MMC, Fetag, Movimento Negro, Conam e Aneps) | 92 |
| Outros (diversas Ongs, Centros de Educação e/ouAssessoramento Popular etc.) | 41 |
| Total | 1.122 |

Fon te: Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Ministério da Saúde: Caminhos e Produtos da Política Nacional de Educação na Saúde, 2004.

Legenda: Co sems – Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde; MST – Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra; Morhan – Movimento de Reintegração das Pessoas Portadoras e Eliminação da Hanseníase; Mops – Movimento Popular por Saúde; Movimento GLBTS – Movimento de Gays, Lésbicas, Transgêneros, Bissexuais e Simpatizantes da Livre Orientação Sexual; MMC – Movimento de Mulheres Camponesas; Fetag – Federação dos Trabalhadores da Agricultura; Conam – Confederação Nacional das Associações de Moradores; Aneps – Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde; ONG – Organizações Não-Governamentais.

junho de 2005, ainda não haviam enviado seus projetos de ação, a mais atual totalização até a data de fechamento deste texto (julho de 2005) soma 105 Pólos.

Cada Pólo de Educação Permanente em Saúde registra uma singular etapa de sua construção, não havendo identidade (imagem e produção única) entre os projetos de cada um, o que há é uma espécie de personalidade entre eles (constroem-se desde um plano de educação, mas também de singularização na saúde). Essa heterogeneidade, entretanto, longe de depor contrariamente à sua implementação, justifica a sua importância como instância política. Diferentemente da noção programática de implementação de práticas previamente selecionadas e com um currículo dirigido ao treinamento de habilidades, a política de educação permanente em saúde congrega, articula e coloca em roda/em rede diferentes atores, destinando a todos um lugar de protagonismo na condução dos sistemas locais de saúde.

Prova da construção política e não programática foi a escolha, como prioridade, dentre as ações educativas dos Pólos, do desenvolvimento para a gestão do SUS e do desenvolvimento para a educação no SUS. Foi possível

detectar, com clareza, diante dessas majoritárias escolhas, o desencadeamento de um processo político e não a implementação de um programa. Um processo político requer a produção ativa de coletivos, de protagonismo e de autonomia. As duas áreas/temáticas citadas representaram 40% do total de ações de qualificação (desenvolvimento profissional e institucional) e 40% das ações de especialização (formação pós-graduada de *lato sensu*) apresentadas para o apoio do Ministério da Saúde, em 2004, por meio dos Pólos de Educação Permanente em Saúde (Quadros 2 e 3).

Ao propor a educação na saúde como política de governo, o gestor federal do SUS alterou a ordem do dia no setor e somou novos parceiros; uma nova etapa anunciou o cumprimento de compromissos até então postergados pelas áreas e setores de recursos humanos da saúde. Colocar a Educação Permanente em Saúde na ordem do dia para o SUS pôs em nova evidência o trabalho da saúde, um trabalho que requer: trabalhadores que aprendam a aprender; práticas cuidadoras; intensa permeabilidade ao controle social; com promissos de gestão com a integralidade; desenvolvimento de si, dos coletivos, institucional e político da saúde, além da

Quadro 2

Ações de qualificação por área ou temática e número de vagas.

| Ações por Áreas ou Temáticas | Nº | Vagas |
|--|------------|---------------|
| Desenvolvimento da gestão em saúde | 87 | 9.932 |
| Formação pedagógica e de facilitadores de Educação Permanente em Saúde | 77 | 8.538 |
| Saúde da Família (HAS; DM; Saúde Materno-Infantil, da Criança e do Adolescente; Alimentação e nutrição; Desenvolvimento da Atenção Básica) | 54 | 15.239 |
| Desenvolvimento da mudança na graduação | 25 | 2.785 |
| Desenvolvimento da humanização | 24 | 11.349 |
| Urgências | 22 | 2.352 |
| Saúde mental | 19 | 2.188 |
| Formação de agentes sociais | 15 | 8.625 |
| Atenção hospitalar | 15 | 1.856 |
| Saúde do idoso | 16 | 2.233 |
| Controle da hanseníase e da tuberculose | 11 | 2.100 |
| Vigilância em saúde | 25 | 5.190 |
| Saúde da mulher | 10 | 1.566 |
| Saúde bucal (CD/THD/ACD) – Brasil Sorridente | 7 | 1.360 |
| Terapias alternativas | 3 | 758 |
| Desenvolvimento da saúde na escola | 2 | 1.046 |
| Saúde do trabalhador | 3 | 878 |
| Total | 415 | 77.995 |

Fonte: Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Ministério da Saúde: Caminhos e Produtos da Política Nacional de Educação na Saúde, 2004.

Legenda: HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica; DM – Diabetes Mellitus; CD – Cirurgião Dentista; ACD – Auxiliar de Consultório Dentário; THD – Técnico de Higiene Dental.

Quadro 3

Ações de formação por área ou temática e número de vagas.

| Ações por Áreas ou Temáticas | Nº | Vagas |
|--|--------------|----------------|
| Especialização em saúde da família | 53 | 3.140 |
| Especialização em saúde mental | 5 | 220 |
| Especialização em gestão da saúde | 3 | 140 |
| Outras especializações | 19 | 741 |
| Residências | 24 | 1.378 |
| Outras residências | 17 | 2.002 |
| Formação pedagógica (Docência em Saúde) | 45 | 7.590 |
| Su btotal 1 | 166 | 15.211 |
| Auxiliares em enfermagem (Prof a e) | 27 | 65.560 |
| Técnicos em enfermagem | | |
| • Prof a e | 1.066 | 32.546 |
| • FortiSUS (nova oferta) | 500 | 15.000 |
| Agentes comunitários de saúde | 10 | 56.460 |
| Agentes de vigilância em saúde (Proformar) | 75 | 4.416 |
| Técnicos em higiene dental | 16 | 1.850 |
| Outros cursos técnicos em saúde | 8 | 630 |
| Su btotal 2 | 1.702 | 176.462 |
| Escolarização | 500 | 15.467 |
| Su btotais 1+2+Escolarização | 2.368 | 207.140 |
| Formação de conselheiros de saúde | 1.311 | 39.234 |
| Total (Su btotais 1+2+Escolarização+Formação de Conselheiros) | 3.679 | 246.374 |

Fonte: Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Ministério da Saúde: Caminhos e Produtos da Política Nacional de Educação na Saúde, 2004.

Legenda: Prof a e – Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem; FortiSUS – Política de Formação Técnica por Itinerário no SUS; Proformar – Programa de Formação de Agentes de Vigilância em Saúde.

implicação com as práticas concretas de cuidado às pessoas e às coletividades, no ensino e na produção de conhecimento.

Ao colocar o trabalho no SUS sob as lentes da formação e do desenvolvimento, o gestor federal do SUS pôs em evidência os encontros *rizomáticos* que ocorrem entre ensino, trabalho, gestão e controle social em saúde, síntese da noção de educação permanente em saúde que a seguir abordaremos. Quando digo que os encontros rizomáticos foram postos em evidência, quero dizer que foram tornados visíveis, incentivados e financiados. No plano invisível, esses encontros operam, no mais das vezes, produzindo contra-hegemonia, ruptura e vivências.

Construção política de relações entre educação, saúde, trabalho e produção de coletivos e redes para formar o pessoal de saúde

A escolha da Educação Permanente em Saúde como ato político de defesa do trabalho no SUS decorreu do desafio para que o setor da saúde correspondesse às necessidades da população, conquistasse a adesão dos trabalhadores, constituísse processos vivos de gestão participativa e transformadora e seduzisse docentes, estudantes e pesquisadores à mais vigorosa implementação do SUS. Nesse sentido, segundo Mário Rovere, o desafio da política brasileira foi o de *ultrapassar a utilização pedagógica de natureza educacional* da formulação trabalhada pela Organização Pan-Americana da Saúde, relativa à Educação Permanente do Pessoal da Saúde, para *implicá-la com o caráter situacional das aprendizagens* nos próprios cenários de trabalho da saúde, em todas as suas dimensões, *conectando-a às ações contra-hegemônicas necessárias* (Rovere, 2005). Por isso, para Rovere, no desafio brasileiro, houve um desapego às referências originais, em consistência com seu ideário, para qualificar a própria educação permanente em saúde, colocando o desafio assumido no tamanho das lutas de produção da saúde, abrindo fronteiras e des territorializando instituídos.

Foi posto em curso no país um processo de construção coletiva de uma política de educação para o SUS. Uma atitude complexa dessa política foi optar pela interrupção da compra de serviços educacionais das instituições de ensino para implementar pacotes de cursos, assim

como a interrupção dos treinamentos aplicados, pontuais e fragmentários que sobrepujam a técnica aos processos coletivos do trabalho e a contratação de consultores externos para as análises e formulações da tomada de decisões. A atitude se pretendeu coerente com a opção de descentralizar e disseminar capacidade pedagógica, uma vez que a manutenção da noção de centros de excelência serve mais à centralização e à concentração dessas capacidades.

A compra de serviços educacionais também não tem servido às mudanças necessárias no compromisso das instituições de ensino com a sociedade ou à reorientação dos cursos de formação para sua efetiva apropriação do SUS. Colocou-se em debate a formação e desenvolvimento para necessariamente gerar atores comprometidos e não para gerar profissionais mais ilustrados sobre o tema objeto das suas capacitações. Conforme Rovere novamente (obra citada), não forjar profissionais que detenham o monopólio de um saber, um campo de conhecimento ou um conjunto de técnicas, mas *profissionais que tenham compromisso com um objeto e com a sua transformação*, ao que acrescentamos: em alteridade com os usuários e em com posição de coletivos organizados para a produção da saúde.

Passados 16 meses da aprovação da portaria ministerial supracitada e consumada a implementação de 105 instâncias locais regionais e interinstitucionais de gestão da educação permanente em saúde, a política de formação e de desenvolvimento para a saúde deixou de ser simplesmente uma proposta do Ministério da Saúde para ser *uma política* do SUS. *Política* tem responsabilidade compartilhada de condução e de acompanhamento. *Políticas* resultam de lutas sociais, da sensibilidade de gestores e da seleção de modos de enfrentar realidades complexas. *Políticas* são objetos de disputa e, nas trocas de governo, são submetidas à barganha, ao desvirtuamento, à substituição.

O próprio SUS, fruto das lutas sociais por saúde, expressa em seu ideário o sonho de um sistema de saúde universal, equânime, altamente resolutivo, acolhedor, responsável e capaz de contribuir para o desenvolvimento da autonomia das pessoas e das populações para um andar a vida com mais saúde; expressa *políticas* e não unidade programática, identidade de propostas entre os entes federados, correspondência entre legislativo-executivo-judiciário. Os Pólos de Educação Permanente em Saúde vieram viabilizar o acesso massivo de par-

ceiros da sociedade para a implantação de um SUS com elevada implicação com a qualidade de saúde, com a promoção da vida e com a valorização dos trabalhadores e dos usuários, empreendendo o esforço da formação e do desenvolvimento para um *SUS que queremos* (Conferência Nacional de Saúde, 2003), interpretado muito mais pelas *deliberações* das Conferências de Saúde, que pelas *decisões* dos gestores e dos Conselhos de Saúde.

Devemos lembrar que a Lei Orgânica da Saúde determinava em seu artigo 14 que deveriam ser criadas *Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior*, indicando que cada uma dessas Comissões tivesse *por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições* (lei federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, art. 14) e que este texto não tinha tradução em ação. A partir de 2004, esta ação resultava da deliberação de uma Conferência, da aprovação em Conselho, da pactuação intergestores e da execução concreta pelo gestor federal.

O material de divulgação da 12ª Conferência Nacional de Saúde continha uma convocação: *aqui é permitido sonhar* (convocação registrada como título à manifestação do ministro da saúde na publicação do relatório final). O *sonho* ou a *ilusão* são distinguíveis e diversos entre si: o sonho da educação permanente em saúde como uma Política (nos termos aqui expressados) e a sua implementação (em processo) enfrenta paradoxos próprios da novidade, do tamanho do desafio e das ambigüidades inerentes à noção de processo. Não cabem ilusões ou idealizações. De um lado, a pergunta sobre quais Pólos funcionam, com o honesto desejo de *uma objetividade operacional*, e, de outro, a pergunta sobre como cada Pólo tem funcionado, com a honesta compreensão de que cada um somente pode ser comparado a si mesmo e apenas relativamente à invenção de suas potências, *um operador de subjetividade*. A primeira pergunta, entretanto, cai inaplicável ao aceitarmos a categoria analítica do paradoxo, do sonho, da produção e da invenção; trata-se de um *dispositivo para* e não de uma *instituição*.

Foi possível detectar, por exemplo, que as ações educativas relativas à reorientação do ensino técnico-assistencial representada pela saúde

da família foram priorizadas no quantitativo das vagas ofertadas, sem que para isso fosse necessária a exclusão do conjunto de necessidades. As qualificações que enfocaram os componentes da clínica na atenção básica em saúde coletiva somaram 15.239 alunos, enquanto as especializações e residências mais 4.518 alunos, ou seja, 19.757 profissionais foram acolhidos diretamente em ações educativas dirigidas à prioridade nacional de expansão da saúde da família no período de 16 meses. Além dos profissionais de nível superior, mais 56.460 Agentes Comunitários de Saúde entraram em formação pelo itinerário de habilitação profissional.

Os Pólos de Educação Permanente em Saúde, como instâncias/dispositivos ou como dispositivos do SUS, atendendo àquilo que foi proposto pela lei, trouxeram muita novidade política ao SUS. A proposta se assentou toda na noção de formação e de desenvolvimento como uma instância própria (configuração do dispositivo), inovador por ser articulação entre saúde e educação e por trazer atores não previstos nas instâncias instituídas. Vale lembrar, que foi apenas em 2003 que a área de gestão da educação na saúde alcançou – e foi pela primeira vez – um lugar finalístico nas políticas do SUS, intraindo desse debate no desenvolvimento do SUS em bases inovadoras, tanto assim que os pedidos dos Pólos se concentraram na formação para a gestão do SUS e para a operação da educação na saúde.

O que foi proposto para a aprovação no Conselho Nacional de Saúde (CNS) e aos três gestores do SUS para a pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) foi uma composição interinstitucional que envolvesse instituições de ensino, instâncias de gestão e de serviço do SUS, os conselhos de saúde e os movimentos sociais locais, os estudantes e os docentes, os trabalhadores e outros participantes identificados com o campo da formação e do desenvolvimento. Os projetos de Pólo seriam iniciativas locais/regionais, embasadas na esfera de gestão responsável constitucionalmente pela execução das ações e serviços de saúde, que são os municípios (Constituição Federal, art. 30), mas de 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 configuração de localregiões pôs em

ativa construção a gestão solidária da saúde e da educação na saúde.

Na efetivação das Comissões Permanentes, previstas pela lei, o setor teria de pensar que as mesmas deveriam suceder as estruturas dos Pólos de Capacitação em Saúde da Família, até então existentes, para enfrentar as demais frentes de formação e de desenvolvimento requeridas pelo SUS, superando-se a tradicional e tão criticada fragmentação/segmentação da educação na saúde, como a que se assistia entre a coordenação de saúde da família e as coordenações de vigilância e análise de situação de saúde, atenção integrada às diversas doenças prevalentes, a atenção especializada às urgências, a atenção especializada ao parto e ao nascimento humanizado, formação de equipes gestoras hospitalares e equipes gestoras municipais, entre outras (Quadro 4).

A integração entre o ensino, os serviços, a gestão setorial e o trabalho no SUS, ao mesmo tempo em que deveria reconhecer a necessidade de disputa pela atualização cotidiana das práticas, segundo as mais recentes abordagens teóricas, metodológicas, científicas e tecnológi-

cas disponíveis, deveria inseri-la em uma necessária construção de relações e de processos que vão desde o interior das equipes em atuação conjunta – implicando seus agentes, até as práticas organizacionais – implicando a instituição e/ou o setor da saúde como um todo, bem como às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais – implicando as políticas em que se inscrevem os atos de saúde.

O que ficou definido – por força de aprovação no Conselho Nacional de Saúde e pactuação na Comissão Intergestores Tripartite – foi que a composição de cada Pólo de Educação Permanente em Saúde e a proposição de seu *plano diretor* seria de iniciativa locorregional e decorrente da disposição inicial das diversas instituições dessa base. As diretrizes dos pólos seriam aprovadas pelo respectivo Conselho Estadual de Saúde (CES), tendo em vista as prioridades da política estadual de saúde conjugada com as nacionais, a vinculação com as diretrizes da Conferência Estadual de Saúde e, *principalmente, com a Conferência Nacional de Saúde*. Caberia ao Conselho Estadual de Saúde julgar a adequação do plano diretor de cada

Quadro 4

Pólos de Capacitação em Saúde da Família (Pólos PSF) e os Pólos de Educação Permanente em Saúde (Pólos EPS).

| Elemento de Análise | Pólos PSF* (ação programática) | Pólos EPS (implantação da política de educação na saúde) |
|---------------------------------|-----------------------------------|--|
| Número de pólos | 31 | 96** |
| Noção constitutiva | “sede” ou núcleo formador | “dispositivo” ou instância de gestão locorregional da formação |
| Instituições de ensino superior | 94 | 236 |
| Gestores estaduais | 34 | 135 |
| Gestores municipais | 30 | 239 |
| Escolas técnicas de saúde | 5 | 90 |
| Instâncias de controle social | 0 | 111 |
| Serviços de saúde | 0 | 88 |
| Movimento estudantil | 0 | 47 |
| Entidades de trabalhadores | 0 | 43 |
| Movimentos sociais | 0 | 92 |
| Outros participantes | 0 | 41 |

Fon te: Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Ministério da Saúde: Caminhos e Produtos da Política Nacional de Educação na Saúde, 2004.

* Exceção: no Estado do Rio Grande do Sul, onde o Pólo de Capacitação em Saúde da Família convivia de maneira orgânica com o Pólo de Educação em Saúde Coletiva, uma instância do SUS estadual para o debate em ensino, pesquisa, extensão educativa, documentação científico-tecnológica e histórica, da assistência em ambiente de ensino, da memória documental e da educação social para a gestão das políticas públicas de saúde havia exceção de forma e conteúdo (ver Ceccim, 2002).

** Existem 105 Pólos de Educação Permanente em Saúde no Brasil, mas uma vez que até junho de 2005 não se dispunha dos projetos de ação de nove dessas articulações locorregionais e interinstitucionais, não foi possível contabilizar sua composição.

pólo às políticas nacional e estadual de saúde. O desenho locorregional e interinstitucional passaria pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), instância de encontro entre o gestor estadual e a representação do conjunto de gestores municipais por Estado, tendo em vista garantir que a organização do conjunto de pólos revelasse abrangência da totalidade dos municípios de cada estado e que eventuais acordos para municípios em região fronteira fossem preservados e respeitados.

Passou a caber ao gestor federal, após este trâmite, apenas a apreciação analítica de duas naturezas: habilitação legal das instituições para receber recursos públicos e coerência com o referencial pedagógico e institucional da educação permanente em saúde, checando o cumprimento em todos os passos pactuados.

Pólos de Educação Permanente em Saúde: dispositivo e/ou instância do SUS para a gestão locorregional da formação em saúde

O referencial pedagógico e institucional da educação permanente em saúde constitui uma ferramenta potente para a transformação de práticas e isto pode ser feito em curso/em ato da gestão setorial ou de serviços, mas a definição de educação permanente em saúde da *Política* proposta foi carregado pela noção de prática pedagógica que coloca o cotidiano do trabalho ou da formação – em saúde – como central aos processos educativos ao mesmo tempo que o colocava sob problematização, isto é, em auto-análise e autogestão. Merhy (2005) destaca, então, que foi esta a reivindicação da política em aposta: *produção do cuidado em saúde e sua micropolítica constituídos de práticas pedagógicas*, reconhecimento desse tomado como uma necessidade para a ação. Práticas pedagógicas que, segundo Merhy, carregariam o cerne de um grande novo desafio: *produzir auto-interrogação de si mesmo no agir produtor do cuidado, colocar-se ético-politicamente em discussão, no plano individual e coletivo, do trabalho; o que não é nada óbvio ou transparente*.

Definitivamente, não se tratou, uma vez no governo, de colocar em prática aquilo que já estava no cenário nos últimos 19 anos de nossa Reforma, mesmo porque *tudo isto* nem estava em causa, foi o sonho dos militantes sociopolíticos da afirmação da vida, um segmento minoritário. A Educação Permanente em Saúde

difundida pela Organização Pan-Americana da Saúde, segundo a proposta de Educação Permanente do Pessoal da Saúde, reconhecia que somente a “aprendizagem significativa” seria capaz da adesão dos trabalhadores aos processos de mudança no cotidiano, mas na aposta de que trata este texto, a Educação Permanente em Saúde configurou-se do desdobramento de vários movimentos de mudança na formação dos profissionais da área, na atenção em saúde, na gestão setorial e no exercício do controle social no setor.

Na aposta, a aprendizagem significativa se desapegou da implicação ensino-serviço para implicar-se com: a porosidade do ensino à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde; a ligação política da formação com a composição de perfis profissionais e de serviços; a introdução de mecanismos, espaços e temas que gerem auto-análise, autogestão e mudança institucional; a introdução de práticas pedagógicas e institucionais que gerem, enfim, processos de pensamento (problematização de instituídos, fórmulas e modelos: rupturas) e experimentação (em contexto, em ato: vivências).

O indicativo das Comissões Permanentes de integração ensino-serviço, presente na Lei Orgânica da Saúde, estava correto, mas não assegurava evidência de inclusão das instâncias de gestão, de participação social e da agenda ético-política de mudanças; incitava, entretanto, a criação de uma instância do SUS, as Comissões Permanentes. A criação da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos do SUS (CIRH), dentro do Conselho Nacional de Saúde, já havia revelado o grande acerto da proposta de intersetorialidade para pensar o trabalho e os trabalhadores da saúde, mas não havia assegurado/não assegurou evidência de participação ativa das escolas (superiores ou técnicas), das associações de ensino das profissões de saúde, das entidades de estudantes das profissões de saúde e das entidades, instâncias e movimentos de mediação pedagógica em saúde com a sociedade, privilegiando a noção normativa sobre as rupturas e vivências (ressaltase que produções normativas também têm poder de dispositivo à mudança).

De todo modo, antecedentes já estavam dados, novos caminhos seguiam sendo demandados e, obviamente, o SUS – sozinho – não teria legitimidade para dar conta do desenvolvimento dos profissionais de saúde, tampouco as instituições de ensino, fora do contato com a rea-

lidade da construção do SUS, teriam essa legitimidade. Uma nova instância de gestão – com capacidade intersetorial e com capacidade de protagonismo – precisava ser inventada ou dispositivos a este favor interpostos. Lembrar da estranheza e complicação que provocaram a proposta das Comissões Interinstitucionais de Saúde no início da construção do SUS (Ceccim, 1993) nos ajuda a clarear compreensões sobre as atuais reflexões relativas aos Pólos de Educação Permanente em Saúde. Entretanto, foi das Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS) e suas Comissões Locais Interinstitucionais de Saúde (Clis) que saíram os Conselhos Municipais de Saúde, os Conselhos Estaduais de Saúde e o novo e ímpar Conselho Nacional de Saúde, ainda, assim, foi preciso, na seqüência, criar, em cada Estado, uma CIB e, ainda, a CIT como instâncias de pactuação do SUS entre aqueles que executam as *políticas de saúde*. Dispositivos geram instâncias; instâncias requerem dispositivos. Dispositivos podem ser ordens normativas ou quaisquer operadores de sentido (disposições de sentido que operam realidades). Instâncias e dispositivos se alternam em efetividade na disputa por *políticas*. Por isso, neste texto, uso uma barra na preservação dos dois termos: a instância/o dispositivo Pólos de Educação Permanente em Saúde.

Quem participa da execução das políticas de formação e das políticas intersetoriais de educação permanente em saúde precisa estar entre os atores da negociação, da pactuação e da aprovação, muitos tendencialmente afastados dessa “convocação” ou previsão de atuação protagonista direta. Uma política de educação para o SUS envolve não somente o desenvolvimento dos profissionais de saúde que já estão trabalhando no SUS; envolve estudantes, docentes, pesquisadores, gestores de ensino e gestores de informação científico-tecnológica que estão em seus respectivos nichos ocupacionais, de formulação de pactos e políticas ou de produção de práticas e redes sociais. Uma política intersetorial e de interface tem de ser produzida de maneira intersetorial e em interface, por isso as instâncias constituídas do SUS (comissões intergestores e conselhos) não foram – e não são – suficientes como palco de pactuação para as políticas de educação na saúde. Uma comissão permanente apenas entre ensino e serviço é insuficiente, e uma comissão intersetorial *territorializada* na mesma esfera dos conselhos de saúde excede ou carece dos territórios reais onde produção de ensino, pesquisa, ex-

tensão educativa, documentação científico-tecnológica e histórico-documental e educação popular em saúde acontecem.

O *território* de que falo não é físico ou geográfico: o trabalho ou a localidade. O território é de inscrição de sentidos no trabalho, por meio do trabalho, para o trabalho. Desejam-se como efeito de aprendizagem a prevalência da sensibilidade, a destreza em habilidades (saber-fazer) e a fluência *em ato* das práticas. Para habitar um território será necessário explorá-lo, torná-lo seu, ser sensível às suas questões, ser capaz de movimentar-se por ele com ginga, alegria e descoberta, detectando as alterações de paisagem e colocando em relação fluxos diversos, não somente cognitivos, não somente técnicos e não somente racionais, mas políticos, comunicacionais, afetivos e interativos no sentido concreto, isto é detectável na realidade (Ceccim, 2005).

A educação permanente em saúde projetada pela proposta de Pólos supôs um processo de construção de compromissos sociais e de relevância pública interinstitucional e locorregional, sob os olhos uns dos outros e do controle da sociedade em matéria de políticas públicas de saúde.

Hoje uma virada de muitos valores. Dar possibilidade, então, à formação e ao desenvolvimento para o SUS passou a ser, também, a conquista de uma cronologia da implicação na qual não há quantidade de tempo, tampouco continuidade evolutiva de mutações, mas o crescimento dos compromissos com a educação permanente ou com a permeabilidade da educação às necessidades sociais em saúde e de fortalecimento dos princípios e diretrizes do SUS (Ceccim, 2005). Dispositivos para o *SUS que queremos* ou instâncias do *SUS que temos*, os Pólos de Educação Permanente em Saúde entraram em operação, colocaram em processo uma produção sonhada pela Saúde Coletiva brasileira, parte minoritária é bem verdade, mas, como para qual quer novidade, insurgir-se é o primeiro passo.

Quadrilátero da Formação: articulação entre formação, gestão, atenção e participação

Temos enormes dificuldades para transformar as práticas de saúde. A integralidade e a intersectorialidade têm enorme dificuldade de sair do papel, envolvem pensamento, saberes e práticas

no ensino, na gestão, no controle social e na atuação profissional. Os gestores do SUS que querem transformar as práticas reclamam que os profissionais vêm para o SUS com formação inadequada, que os estudantes não são expostos às melhores aprendizagens e que as universidades não têm compromisso com o SUS.

Os docentes e as escolas que querem mudar a formação reclamam que as unidades de saúde não praticam a integralidade, não trabalham com equipes multiprofissionais, são difíceis campos de prática e que os gestores são hostis em produção de pactos de reciprocidade. As duas reclamações são verdadeiras: por isso é que a transformação das práticas de saúde e a transformação da formação profissional em saúde têm de ser produzidas de conjunto. Por mais trabalhoso que isto seja.

A interação entre os segmentos da formação, da atenção, da gestão e do controle social em saúde deveria permitir dignificar as características locais, valorizar as capacidades instaladas, desenvolver as potencialidades existentes em cada realidade, estabelecer a aprendizagem significativa e a efetiva e criativa capacidade de crítica, bem como produzir sentidos, auto-análise e autogestão.

Entre os elementos analisadores para pensar/providenciar a Educação Permanente em Saúde estão os componentes do Quadrilátero da Formação (Ceccim & Feuerwerker, 2004; Ceccim, 2005):

- análise da educação dos profissionais de saúde, buscando mudar a concepção hegemônica tradicional e mudar a concepção lógico-racionalista, elitista e concentradora da produção de conhecimento;
- análise das práticas de atenção à saúde, buscando a integralidade e a inclusão da participação dos usuários no projeto terapêutico como nova prática de saúde;
- análise da gestão setorial, buscando modos criativos e originais de organizar a rede de serviços, segundo a acessibilidade e satisfação dos usuários;
- análise da organização social, buscando o efetivo contato e permeabilidade às redes sociais que tornam os atos de saúde mais humanos e de promoção da cidadania.

A mudança na formação e no desenvolvimento por si só ajuda, mas essa mudança como política se instaura em mais lugares, todos os do Quadrilátero, pois todos esses lugares estão conformados em acoplamento. Como em um jogo de vasos comunicantes, cada interfe-

rência ou bloqueio afeta ou produz efeito de um sobre todos. Tanto a incorporação sem crítica de tecnologias materiais, como a eficácia dos cuidados ofertados, os padrões de escuta, as relações estabelecidas com os usuários e entre os profissionais representam a interferência ou bloqueio da educação permanente em saúde. Assim, afetam ou produzem efeito sobre os processos de mudança.

Para o setor da saúde, a estética pedagógica da Educação Permanente em Saúde é a de introduzir a experiência da problematização e da invenção de problemas. Esta estética é condição para o desenvolvimento de uma inteligência proveniente de escutas, de práticas cuidadoras, de conhecimentos engajados e de permeabilidade aos usuários, isto é, uma produção em ato das aprendizagens relativas à intervenção/interferência do setor no andar da vida individual e coletiva.

O convite que foi feito aos Pólos foi o de trabalhar com a seguinte pergunta: Quais são os problemas que afastam a localregião da atenção integral à saúde? A partir daí, deveriam identificar, em oficinas de trabalho, quais os nós críticos que poderiam ser abordados e que viam fazer diferença nesse encontro e somente, então, organizar as práticas educativas.

Conclusões

Não temos visões iguais quando está em disputa o modelo tecnicista e centrado na doença (não nas pessoas e sua vivência de adoecimentos) ou a abordagem integral e centrada nas necessidades de saúde (histórias de vida). Estudantes e movimentos populares, gestores do SUS e docentes da área da saúde estão implicados sempre em processos de disputa ideológica que acontecem durante a formação e nos exercícios profissional e da participação. Estudantes e movimentos populares por sua dispersão e profusão precisam construir e terem construídos canais de comunicação com a produção de conhecimento, com a gestão do SUS e com o controle social em saúde. Estudantes e movimentos populares nos Pólos são aliados para a mudança da atenção, da gestão e da formação em saúde voltada às necessidades da população brasileira e afetam a implementação do ensino, da atenção e da gestão em saúde.

Construir o processo de formulação e implementação da política de educação permanente em saúde para o SUS é uma tarefa para

coletivos, organizados para esta produção. Nos termos da portaria 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004, que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, operacionalizada por meio dos Pólos de Educação Permanente em Saúde: instância ou dispositivo do SUS para a gestão locorregional da formação e do desenvolvimento em saúde. Se as instâncias podem representar conquistas em ordens normativas, os dispositivos são sempre como máquinas de fazer ver e de fazer falar, operando idas e vindas entre o ver e o dizer.

De um lado, *linhas de objetivação*, de outro, linhas de subjetivação. As linhas de objetivação induzem o *Projeto* de cada pólo. Esse *Projeto* se comporia por um Plano Diretor e um Plano de Atividades. A aprovação do Plano Diretor foi pensada para configurar a instalação de um pólo e a legitimação de suas diretrizes políticas. O Projeto de Atividades foi pensado como o plano de ações educativas às quais seriam indicadas instituições executoras que contariam com o apoio financeiro do Ministério da Saúde. Esses dois instrumentos foram pensados para apresentação conjunta, mas não necessariamente. Uma vez constituído o Plano Diretor, um ou vários Planos de Atividade poderiam sucedê-lo, sendo apresentados ao Ministério da Saúde de forma sistemática e de acordo com as pactuações internas do pólo em funcionamento, sem necessidade de novo Plano Diretor. O Plano Diretor e todos os Planos de Atividade, a ele ligados, configurariam o projeto global do pólo.

De outro lado, *linhas de subjetivação*: novo ímpeto ao pensamento, precisamente quando se crê que quase tudo está dado, processo que diz respeito a grupos ou pessoas e que escapa às forças estabelecidas como aos saberes instituídos. Repúdio dos universais, todo o dispositivo se define pelo que detém em novidade e criatividade, capacidade de se transformar ou se fissurar em proveito de uma disposição de futuro.

O objetivo da *Política* foi o de que os atores nos Pólos trabalhassem com um conceito ampliado de saúde, soubessem que não são apenas os aspectos biológicos os que necessitam de

atualização aos profissionais e que determinam o processo saúde-doença, individual ou coletivo ou as chances de sucesso terapêutico. Também foi desejo da política que os atores nos pólos desenvolvessem recursos de educação para levar em conta todas as dimensões e fatores que regulam, qualificam e modificam o trabalho. Para tanto, o desafio lançado foi o de que fosse ampliada sua capacidade de escuta de processos, de responsabilização pela mudança das práticas e de mobilização de autorias. Tomou-se necessário que os processos de formação e de desenvolvimento oferecessem oportunidade de desenvolver o trabalho em equipe multiprofissional e de caráter interdisciplinar. A política propôs que fossem formados profissionais cuja competência técnica incluísse outros atributos que não os tradicionais, pois ambos são indispensáveis para oferecer atenção integral à saúde: resolutiva, acolhedora, capaz de alteridade e capaz de desenvolver a autodeterminação dos usuários.

Na saúde, a organização de coletivos e redes para a formação e o desenvolvimento em tonunca foi proposta governamental, pertencendo unicamente às experiências populares que desafiam instituídos e tradições. Concretamente, a política de educação permanente em saúde colocou em ato uma prática *rizomática* de encontros e produção de conhecimento. A disseminação dos Pólos e, por decorrência, de capacidade pedagógica descentralizada gerou *novos atores para o SUS*, para a sua construção política (e não programática), para a produção da saúde nos atos, nos pensamentos e no desejo de protagonismo pelo SUS, compreendendo seus princípios e diretrizes em uma política de afirmação forte da vida. Esses novos atores, *são os atores dos Pólos* (tutores, facilitadores e operadores de Educação Permanente em Saúde, entre outros), distribuídos por todo o país, alcançando uma automobilização de pelo menos 20 mil pessoas. Assim como esses atores não existiam e existem agora, a política não existia, apresentou-se inédita e existiu ineditamente, colocando a formação e o desenvolvimento como educação viva, em ato, na saúde.

Referências bibliográficas

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde 2004. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde – Pólos de Educação Permanente em Saúde*. Ministério da Saúde, Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde 2004. *EducarSUS: notas sobre o desempenho do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, período de janeiro de 2003 a janeiro de 2004*. Ministério da Saúde, Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde 2004. *EducarSUS: notas sobre o desempenho do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, período de fevereiro de 2004 a junho de 2005*. Ministério da Saúde, Brasília. (Em construção).
- Ceccim RB 1993. Diferenças do SUS sistêmico e considerações fundamentais. *Logos* 5(1):35-40.
- Ceccim RB 2001. Saúde e doença: reflexão para a educação da saúde, pp. 37-50. In DEE Meyer (org.). *Saúde e sexualidade na escola*. 3ª ed. Mediação, Porto Alegre.
- Ceccim RB 2004. Equipe de saúde: a perspectiva interdisciplinar na produção dos atos terapêuticos, pp. 259-278. In R Pinheiro & RA Mattos (orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Hucitec, São Paulo.
- Ceccim RB 2005. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface – Comunic, Saúde, Educ* 9(16):161-168.
- Ceccim RB & Armani TB 2002. Gestão da educação em saúde coletiva e gestão do Sistema Único de Saúde, pp. 143-162. In AA Ferla & SMS Fagundes SMS (orgs.). *Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul*. Dacasa, Escola de Saúde Pública/RS, Porto Alegre.
- Ceccim RB, Armani TB & Rocha CMF 2002. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 7(2): 373-383.
- Ceccim RB & Capozzolo AA 2004. Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação, pp. 346-390. In JN Marins, S Rego, JB Lampert & JGC Araújo. *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. Hucitec, Rio de Janeiro; Abem, São Paulo.
- Ceccim RB & Feuerwerker LCM 2004. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Rev. de Saúde Coletiva* 14(1):41-65.
- Conferência Nacional de Saúde (12) 2003. 12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sérgio Arouca – saúde um direito de todos e um dever do Estado, a saúde que temos, o SUS que queremos: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- Deleuze G 1999. Que é um dispositivo? pp. 155-161. In *Michel Foucault, filósofo*. Barcelona: Gedisa, Barcelona.
- Merhy EE 2005. O desafio que a educação permanente em si: a pedagogia da implicação. *Interface – Comunic, Saúde, Educ* 9(16):172-174.
- Rovere M 2005. Comentários estimulados por la lectura del artículo “educación permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário”. *Interface – Comunic, Saúde, Educ* 9(16):169-171.

Artigo apresentado em 14/07/2005

Aprovado em 15/07/2005

Versão final apresentada em 19/07/2005