**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**
Centro Biomédico
Instituto de Medicina Social

Manuelle Maria Marques Matias

# Políticas de educação permanente em saúde nos governos Lula: um olhar a partir dos documentos

Rio de Janeiro
2016

Manuelle Maria Marques Matias

# Políticas de educação permanente em saúde nos governos Lula: um olhar a partir dos documentos

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Ruben Araujo de Mattos

Rio de Janeiro

2016

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

M433 Matias, Manuelle Maria Marques.
Políticas de Educação Permanente em Saúde nos governos Lula: um olhar a partir dos documentos / Manuelle Maria Marques Matias. – 2016.
92f.

Orientador: Ruben Araujo de Mattos

Dissertação (Mestrado) Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Educação continuada. 2. Políticas públicas de saúde – Brasil. 3. Sistema Único de Saúde – Brasil. I. Mattos, Rubem Araujo de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. IV. Título.

CDU 37:614

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

_____ _____

Assinatura Data

Manuelle Maria Marques Matias

**Políticas de educação permanente em saúde nos governos Lula: um olhar a partir dos documentos**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 03 de março de 2016.

Orientador: Prof. Dr. Ruben Araujo de Mattos

Instituto de Medicina Social - UERJ

Banca Examinadora: _____

Prof. Dr Martinho Braga Batista e Silva

Instituto de Medicina Social - UERJ

_____

Profª. Dra. Laura Camargo Macruz Feuerwerker

Universidade de São Paulo – USP

_____

Profª. Dra. Tatiana Wargas de Faria Baptista

Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro

2016

## DEDICATÓRIA

À minha mãe, Marta, pelas madrugadas que me chamou pra estudar, por ser meu exemplo de fé, coragem, determinação, obstinação, garra, honestidade. Por ter vencido a fome, a rejeição e o câncer.

## AGRADECIMENTOS

Dois anos se passaram e o sentimento é de muita gratidão pelas experiências vividas, pelas pessoas e lugares que conheci, pelas alegrias, também pelos momentos difíceis, pelos aprendizados.

Estar no IMS, ser mestranda de uma das instituições mais renomadas na área de saúde coletiva do país, é sem dúvida um privilégio. Sou muito grata a Deus por essa oportunidade e às pessoas que me ajudaram direta ou indiretamente a chegar aqui.

Esses dois anos não foram fáceis, quer dizer, acho que foram mais difíceis do que eu imaginava, mas tudo o que foi construído e vivido já supera tudo o que foi dificuldade. Dificuldade pela notícia de adoecimento na família, minha mãe. Por estar mais de um semestre afastada, pelas lágrimas, a culpa, o medo. Tudo passou, afinal. Agradeço a todos que me apoiaram e estiveram tão junto comigo nesses momentos tão difíceis. Não poderia fechar mais esse ciclo sem expressar o tamanho da minha gratidão. Muito obrigada, de coração.

Agradeço a Deus, que está sempre comigo e cuida de mim, pela presença tão concreta na minha vida. À Nossa Senhora e Santa Teresinha por serem minhas protetoras fiéis.

À minha mãe Marta, minha guerreira, minha fortaleza. Obrigada por fazer de mim quem sou, por ser meu exemplo de força, fé e coragem. Pelo amor que sentimos uma pela outra, pelas orações constantes. Te admiro e te amo.

À meu pai Mauro, pelo exemplo, por tantas renúncias feitas pelos seus filhos, por comparecer às reuniões do colégio e entrega de boletins, pela proteção, pelo amor e por escolher sempre o melhor pra nós, independente do tamanho do sacrifício que tenha que fazer.

Aos meus irmãos Mônica e Mauro Filho e à minha avó Izaura, pelo amor, pelas orações, por valorizarem e cuidarem do nosso bem mais precioso, nossa família.

A toda a minha família, tios, primos, madrinha, padrinho, por acreditarem em mim e apoiarem minhas decisões. Pelas orações.

Aos meus amigos de Sobral pelo carinho, pela amizade, por estarem junto de mim em tantos momentos que precisei. Sinto o carinho de vocês mesmo distante.

A todos os amigos e amigas que conheci através do VER-SUS no Ceará e Brasil afora, obrigada por fazerem parte de um momento tão importante na minha vida, e, sobretudo, obrigada por permanecerem nela. Por me ensinarem que o afeto nos move, transforma e cura.

A todos os meus professores, meus mestres, do colégio, da graduação, do mestrado, da vida. Sem vocês eu não teria conseguido estar aqui e nem alçar meus próprios vôos.

Ao IMS, minha segunda casa, minha família e a todos os que o compõem. Os meus queridos professores, gigantes, essenciais à formação do meu espírito crítico, obrigada pelas discussões, leituras, por despertar a sede do saber, o fascínio, a paixão pelo conhecimento. Às meninas da Secretaria e recepção, tão queridas, Silvia, Eliete, Simone, Márcia, Auri e Alexsandra, obrigada pela acolhida, pelas gentilezas, sorrisos, pelo bom humor, conversas e risadas. A amizade de vocês é um bálsamo em meio às dificuldades da vida acadêmica.

À minha turma de Mestrado do IMS (e agregados): Luciano, Fernando, Marcinha, Leandro, Mario, Dani, Gabi, Catalina, Roberta, Thais, Marina, Arthur, Chris e tantos outros, melhor turma nesses 40 anos de Instituto! Obrigada por serem lindos/as assim como são! Pelas aulas e discussões acaloradas, pelos sorrisos e momentos de alegria e descontração. Também pelo apoio nos momentos em que eu mais precisei. Obrigada por estarem junto!

Aos meus companheiros e companheiras de luta do Coletivo de Estudantes do IMS, em especial os queridos/as Leandro, Gabi Barreto, Arthur, Roberta, Thais, Stephanie, Cely, Rachel, Ismael, Aline. Obrigada pelos debates, pelas lutas, pelo respeito, pela amizade. E por dividirem comigo o sonho de uma sociedade mais justa, fraterna, igual.

Aos amigos que junto comigo embarcaram na missão finalmente concretizada de fundar uma Associação de Pós-Graduandos e Pós-Graduandas da UERJ, em especial aos queridos: Alessandra, Natália, Camila, Aisllan, Leandro, Gracyelle, Monica, Amanda, Léo. Obrigada por partilharem dessa luta! Temos um caminho árduo de militância a seguir!

Aos que fazem o CMS Sylvio Brauner, em especial aos queridos Valkíria, Viviane, Rodrigo, Renata, Anna Luiza, pela acolhida, amizade, conselhos e partilha de angústias, por me fazerem perceber que as resistências nascem nos espaços mais improváveis, até mesmo onde as práticas mais cruéis e ditatórias se escondem sob o véu de uma aparente hegemonia. Também a toda a comunidade do Terra Nostra, pelo carinho acalentador e tão necessário àqueles dias.

À Gabi Reis, minha amiga-irmã, uma das grandes responsáveis pelo meu ingresso no Mestrado do IMS. Obrigada pelos planos, pelas lutas, convicções, angústias partilhadas. Por sempre torcer por mim! Se as contingências dessa vida não nos permitiram estar juntas no mestrado, seu exemplo militante me inspira nas batalhas cotidianas. Conhecer você foi um lindo presente de Deus. Obrigada pela amizade, afeto, carinho, respeito, exemplo e por trazer ao mundo o meu lindo sobrinho João, a quem já tenho muito carinho. Te admiro!

À Laís Relvas, minha outra amiga-irmã, pelos momentos maravilhosos nesta cidade, pelo carinho, afeto e amizade sincera. Você cativa em mim os melhores sentimentos. Tenho dito: eu, você e Gabi, somos o trio mais lindo que eu conheço. Amo vocês!

À Aninha Pimentel, amiga querida e companheira de lutas, pela acolhida, carinho, pelas conversas e conselhos partilhados, pelo incentivo à minha vinda para o Rio e para o Mestrado e também por ter me apresentado ao Ruben, um grande presente. Também ao Rafa, um grande companheiro nessas trincheiras de luta.

À Mari Bertol, grande amiga que o VER-SUS me deu, pela amizade, sorrisos e lutas partilhadas. Aprendo muito com você!

Aos companheiros de luta do Fórum Nacional de Pós-Graduandos em Saúde (FNPGS) da ANPG por me propiciarem espaços e momentos de militância em defesa do SUS e por uma formação em saúde mais próxima daquela que queremos.

À querida Celeste Consuelo, quem primeiro me acolheu aqui no Rio de Janeiro, pelo carinho, simpatia, humanidade, ternura. Obrigada por me fazer sentir em casa e por cuidar de mim como uma filha.

À Luciana, Juliana, Jéssica, Mayara pelos bons momentos que vivemos juntas, apesar de tudo.

Às minhas meninas tão queridas Alessandra e Camila, por se tornarem minha família nessa cidade. Nós somos as três nordestinas mais arretadas do Rio de Janeiro e formamos um trio inabalável. Obrigada pela amizade, carinho, afeto, pelas lágrimas e sorrisos partilhados, por aguentarem minhas chatices, pelo ombro amigo. Amo vocês! Também à Maíra, que chegou há pouco e tem nos conquistado com seu jeito meigo e doce.

Ao professor Martinho Braga, por aceitar o convite de participar da banca de dissertação, por estar junto, pela solicitude, apoio para a finalização desse trabalho.

À professora Laura Feuerwerker, pela prontidão e disponibilidade com que aceitou participar desse trabalho. Pelas valiosíssimas contribuições, pela gentileza, pela simpatia.

À professora Tatiana Wargas, pela abertura e disponibilidade em também aceitar participar dessa construção.

Ao meu querido Ruben, meu orientador e meu amigo. O que eu aprendi e aprendo com ele ultrapassa qualquer título. Sua grandeza intelectual e de alma (alma de poeta), seu coração enorme, sua coerência de vida, sua sensibilidade e, sobretudo sua humildade me ensinam todos os dias. Pessoas raras como ele fazem muita diferença na nossa vida. Obrigada por apostar em mim. Obrigada por ser exatamente quem você é. Sua presença na minha vida é uma dádiva de Deus.

A todos os que foram e são importantes na minha vida, a tantas pessoas que com certeza esqueci-me de citar. Sozinha eu ando bem, mas com vocês ando melhor.

Estou acostumada a todas as vicissitudes. Sei viver na penúria e na abundância. Aprendi a ter fartura e também a padecer necessidade. Tudo posso naquele que me fortalece.

*I Coríntios 4, 12-13*

## RESUMO

MATIAS, Manuelle Maria Marques. *Políticas de Educação Permanente em Saúde nos governos Lula: um olhar a partir dos documentos*. 2016. 92f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

Este trabalho partiu do reconhecimento de duas "hipóteses de trabalho": a primeira dessas "hipóteses" é a de que existiram duas "políticas" de educação permanente em saúde nos governos Lula. E ainda, que em torno dessas políticas referidas e possibilitado pelo fato político que se convencionou chamar de "escândalo do mensalão" estabeleceu-se a conformação de dois "coletivos de trabalho" com características peculiares e práticas divergentes em relação à temática da Educação Permanente em Saúde (EPS). A segunda hipótese referiu-se à existência de tensões e manobras de silenciamento em torno dessa história. Ou seja, teria havido um conjunto de manobras feitas para ocultar ou pelo menos atenuar nas versões oficiais das políticas, as rupturas e descontinuidades, silenciando ativamente as diferenças. Nesse sentido pretendeu-se pôr em questão tais "hipóteses" e apresentar contribuições para uma posterior narrativa sobre o processo político que supostamente teria dado origem a duas "políticas" de Educação Permanente em Saúde nos governos Lula. Para iniciar essa empreitada, realizou-se análise dos documentos em torno da temática. A ideia, inicialmente, não foi apresentar as questões que constam nos conteúdos dos documentos em si, mas buscar os indícios e conexões que se colocaram na afirmação de duas propostas distintas em torno do tema da EPS. Para tanto utilizou-se os documentos institucionais identificados nos dois períodos da SGTES bem como outras produções textuais do período que serviram para dar materialidade ou sustentação teórica às duas "políticas" colocadas, tendo sido necessário que também fizéssemos análise desses materiais. Essa análise, teve o intuito de percorrer "indiciariamente" tais documentos afim de "procurar pistas" e identificar os conceitos, argumentos ou concepções presentes nos textos que pudessem auxiliar na compreensão dos processos que os constituíram, uma vez que consideramos que os textos são produtos de acordos em vários estágios, frutos de inúmeras influências. No contato com os documentos institucionais e nos achados curiosos de outras publicações não formais, tivemos possibilidade de visualizar a existência de duas propostas que se configuram distintas, tanto nas suas concepções quanto no seu *modus operandi*, configurando desse modo e de acordo com a visão de política que sustentamos neste estudo, duas políticas de educação permanente em saúde. Por fim acreditamos que os estudos de análise de políticas em geral contribuem para ofertar narrativas interessantes que podem ajudar a compreender o processo político que subjaz a formulação de uma política pública.



Palavras-chave: Educação permanente. Políticas públicas. Sistema Único de Saúde.

## ABSTRACT

MATIAS, Manuelle Maria Marques. *Permanent education in health policies in the Lula Governments: a view from the documents.* 2016. 92f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

This work came from the recognition of two "working hypotheses": the first of these "hypotheses" is that there were two "policies" of permanent education in health in the Lula Government. And yet, that around these policies and it became possible due to the political fact that is conventionally called the "monthly allowance scandal (escândalo do mensalão)" established the conformation of two "collective bargaining" with unique characteristics and differing practices in relation to the theme of Continuing Education in health (EPS). The second hypothesis referred to the existence of tensions and maneuvers of silencing around this story. In other words, there would have been a series of maneuvers to hide or at least mitigate the official versions of policies, breaks and discontinuities, actively muting the differences. In this sense it was intended to call into question such "hypotheses" and present contributions to a later narrative about the political process that supposedly would have given rise to two "policies" of permanent education in health in the Lula Government. To start this task, there was the analysis of documents around the theme. The idea, initially, was to present the issues listed in the contents of the documents themselves, but to get clues and connections that put into the affirmation of two distinct proposals around the subject of EPS. For this purpose, documents were identified in two periods of SGTES well as other textual productions of the period served to give materiality or theoretical support to the two "policies", having been necessary that also we did analysis of these materials. This analysis aimed to "follow the evidences" of such documents in order to "look for clues" and identify the concepts, arguments or present ideas in the texts that could help in understanding the processes that formed them, since we consider that the texts are products agreements in various stages, fruit of numerous influences. In contact with institutional documents and the curious findings of other non- formal publications, we had opportunity of seeing the existence of two proposals that are configured differently, both in their conception and in their modus operandi, setting this way and according to the vision of policy we hold this study, two continuing education of health policies. To conclude, we believe that the general policy analysis studies contribute to offer interesting narratives that can help you understand the political process that underlies the formulation of public policy.



Keywords: Permanent education. Public policies. Unified Health System.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---|---|
| ANPG | Associação Nacional de Pós-Graduandos |
| CEBs | Comunidades Eclesiais de Base |
| CES | Conselho Estadual de Saúde |
| CIES | Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço |
| CGR | Colegiado de Gestão Regional |
| CIB | Comissão Intergestores Bipartite |
| CIRH | Comissão Intersetorial de Recursos Humanos |
| CIT | Comissão Intergestores Tripartite |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| CONARES | Conselho Nacional de Representantes Estaduais do CONASEMS |
| CONASEMS | Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde |
| CONASS | Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde |
| CUT | Central Única dos Trabalhadores |
| DAB | Departamento de Atenção Básica |
| DEGES | Departamento de Gestão da Educação na Saúde |
| DEGERTS | Departamento de Gestão de Regulação do Trabalho em Saúde |
| EPS | Educação Permanente em Saúde |
| EPSJV | Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio |
| Fiocruz | Fundação Oswaldo Cruz |
| FFM | Fundação da Faculdade de Medicina |
| FMUSP | Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo |
| FNPGS | Fórum Nacional de Pós-Graduandos em Saúde |
| FUNASA | Fundação Nacional de Saúde |
| GM | Gabinete do Ministro |
| IDH-M | Índice de Desenvolvimento Humano Municipal |
| IES | Instituições de Ensino Superior |
| IMS | Instituto de Medicina Social |
| LAPA | Laboratório de Planejamento e Administração |
| LAPPIS | Laboratório de Pesquisas sobre Práticas da Integralidade em Saúde |
| MEC | Ministério da Educação |
| MS | Ministério da Saúde |

| | |
|---|---|
| NOB | Norma Operacional Básica |
| OPAS | Organização Panamericana de Saúde |
| PAREPS | Pólos de Educação Permanente em Saúde |
| PEPS | Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde |
| PMDB | Partido do Movimento Democrático Brasileiro |
| PNEPS | Política Nacional de Educação Permanente em Saúde |
| PNGTES | Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde |
| PT | Partido dos Trabalhadores |
| RETSUS | Rede de Escolas Técnicas do SUS |
| RH | Recursos Humanos |
| SES | Secretaria Estadual de Saúde |
| SGEP | Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa |
| SGTES | Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UERJ | Universidade do Estado do Rio de Janeiro |
| UFMG | Universidade Federal de Minas Gerais |
| UFRGS | Universidade Federal do Rio Grande do Sul |
| UNE | União Nacional dos Estudantes |
| Unicamp | Universidade Estadual de Campinas |
| USP | Universidade de São Paulo |
| VER-SUS | Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde |

**SUMÁRIO**


| | | |
|---|---|---|
| | **OS COMEÇOS**..... | 13 |
| 1 | **COMO TRABALHAR AS NOSSAS IMPLICAÇÕES?**..... | 16 |
| 1.1 | **Adentrando no território da pesquisa**..... | 18 |
| 2 | **APENAS UM ESBOÇO A CARVÃO**..... | 23 |
| 2.1 | **O Campo de Análise de Políticas**..... | 28 |
| 2.2 | **Sobre a Política "oficial"**..... | 31 |
| 2.3 | **Os Documentos**..... | 33 |
| 3 | **O PRIMEIRO PERÍODO DA SGTES**..... | 37 |
| 4 | **O SEGUNDO PERÍODO DA SGTES**..... | 63 |
| | **EXISTIRAM DUAS POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE?**..... | 82 |
| | **REFERÊNCIAS** ..... | 87 |

## OS COMEÇOS

Se é verdade que somos frutos das vivências pessoais e principalmente experiências coletivas com as quais nos deparamos ao longo da vida e que essas experiências nos formam enquanto sujeitos, minha trajetória está repleta de experiências as quais devo, entre outros tesouros acumulados ao longo da vida, a minha formação militante e que de uma forma ou de outra me conduziram à tarefa que ora exerço aqui através dessa pesquisa.

O início dessa caminhada teve lugar na cidade de Sobral, situada no sertão semiárido do Estado do Ceará, onde nasci e cresci, presenciando cotidianamente tantas injustiças sociais. O contato que tive, antes mesmo de minha graduação, com o trabalho junto às pastorais sociais da Igreja Católica e nas Comunidades Eclesiais de Base (CEBs) despertou em mim um profundo compromisso com essa parcela da população mais pobre e marginalizada. Vi no curso de graduação em Enfermagem a possibilidade de dar continuidade, através do exercício da minha prática profissional, da luta contra as diversas formas de opressão e desigualdades.

O contato com essas vivências pessoais me conferiu um outro olhar sobre as questões e me fez atentar para o fato do quanto o ensino nas salas de aula e a prática dos trabalhadores da saúde nos serviços ainda eram demasiado distantes, por vezes alheios às lutas cotidianas de tantas pessoas que buscavam sobreviver nas suas realidades. Não por acaso o tema da formação em saúde sempre me mobilizou, sendo frequentes minhas críticas à formação centrada predominantemente na normatividade e na técnica, que suprimia uma discussão mais política e reflexiva da prática profissional.

Sufocada em meio à pressão por competitividade e às cobranças por produtividade acadêmica, foi o meu engajamento nas atividades de extensão e no Movimento Estudantil da Universidade que conferiu sentido à minha permanência na graduação. Mas na condição de estudante em processo de formação não existia outra possibilidade que não a adaptação às regras que estavam postas.

Entretanto, em 2012 todo esse cenário mudou, quando tive a oportunidade de experimentar a retomada nacional de um projeto que foi o verdadeiro divisor de águas na minha vida: o Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS/Brasil). Seu slogan - “Mobilizando corações e mentes para a defesa da saúde” - já trazia a proposta a que fora criado: formar profissionais comprometidos eticamente com a saúde da população e engajados na construção e defesa do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Projeto VER-SUS Brasil teve sua origem em 2003 a partir de uma experiência piloto no estado do Rio Grande do Sul e em 2004 constituiu-se uma das apostas nacionais de

grande potência no campo da graduação em saúde. Tal projeto surge como dispositivo presente na chamada Política de educação e desenvolvimento para o SUS instituída pelo grupo que ocupava à época a recém criada Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) comandada naquele momento por Maria Luiza Jaeger.

Nos anos de 2004 e 2005 o VER-SUS mobilizou diversos estudantes a repensar sua formação, mas foi interrompido talvez em função da mudança no grupo político que ocupava a SGTES em 2005. Várias mobilizações dos estudantes se seguiram para articular a volta do VER-SUS e mesmo em alguns lugares as vivências continuaram a acontecer.

Em 2011, o projeto foi relançado a partir de uma articulação entre o Departamento de Atenção Básica/MS, a Rede Unida e o Movimento Estudantil. A cidade de Fortaleza/CE foi uma das primeiras cidades que protagonizaram a retomada do VER-SUS em 2012. Participei desta experiência enquanto estudante-facilitadora, o que produziu em mim afetações de diversas ordens. Vários movimentos se seguiram a partir daí e assim como eu, muitos egressos da experiência de 2012 tornaram-se apoiadores do VER-SUS nos seus estados e mobilizadores nacionais do projeto. Nossa aproximação e a conformação de um grupo coeso possibilitou a produção de vários encontros e discussões interessantes, como é o caso da realização do I Encontro Nacional dos Estudantes em Defesa do SUS[1].

Também a essa época conheci, através do VER-SUS e do Movimento Estudantil da área da saúde, o "Coletivo Kizomba – Por uma Nova Cultura Política", a segunda maior força política na composição da União Nacional dos Estudantes (UNE) e que mantém forte vinculação à Democracia Socialista, tendência política interna ao Partido dos Trabalhadores (PT).

Minha participação no VER-SUS – duas vezes como facilitadora do Projeto nas cidades de Fortaleza/CE e Campinas/SP e quatro vezes como Comissão Organizadora do Projeto no Ceará – e nos diversos movimentos que se seguiram a partir daí, e a capacidade de me sentir profundamente afetada por essa experiência me colocaram em um lugar de maior diálogo e proximidade com pessoas que estiveram presentes nas primeiras experiências do projeto, seja na condição de estudantes , seja nos cargos de direção da SGTES naquele momento. Isso inevitavelmente me coloca na vizinhança do primeiro grupo que ocupou a SGTES logo no inicio do governo Lula.

[1] O I Encontro Nacional dos Estudantes em Defesa do SUS foi um ato político realizado por estudantes egressos da experiência do VER-SUS Brasil durante a 8ª Bienal de Arte e Cultura da União Nacional dos Estudantes (UNE) em de janeiro de 2013 em Olinda, Pernambuco. O encontro reuniu estudantes de graduação, pós-graduação, profissionais, gestores mobilizados a pensar a formação em saúde em diversas esferas e a pautar a defesa do Sistema Único de Saúde (SUS).

Próximo do término da graduação eu sentia como se naquele momento estivesse me preparando para uma ruptura radical com tudo o que havia vivenciado até ali. A vida afinal corria, seguia seu curso, os espaços e as pessoas se modificavam o tempo todo e eu era apenas mais uma estudante finalizando uma etapa, que, aliás, muito me havia marcado. Mesmo na minha rápida passagem pela gestão do Movimento Estudantil da Enfermagem jamais havia experimentado tanta efervescência de movimentos, tampouco havia conhecido tantas pessoas implicadas na defesa de um sistema universal de saúde e de um mundo melhor.

A dificuldade em querer encarar essa nova realidade que se apresentava e o desejo de continuar nos espaços de militância estudantil da saúde me aproximaram das discussões junto à pós-graduação em saúde, através do Fórum Nacional de Pós-Graduandos em Saúde (FNPGS), espaço vinculado à Associação Nacional de Pós-Graduandos (ANPG). Concomitantemente iniciei minha vida profissional enquanto gestora de uma Unidade Básica de Saúde da Família em Sobral/CE.

O “ser trabalhador” e o contato com a prática dos trabalhadores de saúde e a possibilidade de contribuir para a produção de encantamentos e afetações na minha equipe de trabalho reforçaram em mim o sentimento de que é necessário um olhar diferenciado para a formação de sujeitos implicados com a sua prática profissional. Por outro lado, outros desafios se colocavam no âmbito da gestão que estava muitas vezes centrada em uma prática gerencialista baseada no alcance de metas e na produção de resultados e eficácia.

O desejo de poder escrever e mobilizar outras pessoas sobre como a formação de novos profissionais/sujeitos influenciam uma mudança de suas práticas cotidianas de trabalho e de poder experimentar mais de perto a efervescência dos movimentos políticos que se colocavam me conduziram à cidade do Rio de Janeiro e ao ingresso no Mestrado em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ).

No IMS, um novo campo se abriu e também a possibilidade de compreender que essa narrativa faz parte de uma história maior, que necessita ser trazida à tona e analisada em suas minúcias. Assim, o desejo que move esse estudo consiste em operar uma reconstrução das memórias do que aconteceu outrora e que em última análise contribuíram para a minha formação enquanto sujeito, atriz, agente comprometida com a transformação.

Portanto, é preciso admitir desde já que esse é um trabalho movido pelas minhas implicações com o tema.

# 1 COMO TRABALHAR AS NOSSAS IMPLICAÇÕES?

Entre as inquietações mais recorrentes no processo de definição do objeto de estudo, sem dúvida a minha implicação direta com o tema foi objeto de profunda reflexão. Confesso que hesitei por muitas vezes expor toda a história que me coloca no lugar que ocupo nesta narrativa. Muito embora essa dificuldade em aceitar a análise da minha implicação tenha me conduzido a uma reflexão sobre a necessidade do exercício contínuo da honestidade naquilo que me proponho.

Certa feita, Lourau, exímio analista institucional afirmava que "amamos nossa alienação e o quanto sentimos que é doloroso a análise de nossas implicações ou a análise dos lugares que ocupamos ativamente neste mundo". Para o autor tais implicações "sempre fazem parte do processo de pesquisa por mais difícil que seja analisá-las" e ainda que "existem contradições entre este projeto científico/político de análise das implicações e o sentido "positivo" ou positivista" de ciência" (LOURAU, 1993).

De fato para uma certa visão de ciência que se coloca com frequência em nosso meio é por vezes problemático admitir a proximidade ou implicação com nossos objetos de pesquisa.

Afinal, refletia: como propor uma análise simétrica das questões sem refletir criticamente sobre o lugar em que me encontro? É possível realmente a adoção de um olhar simétrico?

Por isso o convite de Boaventura de Sousa Santos à uma postura que vise maximizar a objetividade e minimizar a neutralidade nas nossas pesquisas científicas encontrou profunda ressonância e aceitação em mim (SANTOS, 2001).

Por objetividade o autor assim nos diz:

> a objetividade decorre da aplicação rigorosa e honesta dos métodos de investigação que nos permitem fazer análises que não se reduzem à reprodução antecipada das preferências ideológicas daqueles que as levam a cabo. A objetividade decorre ainda da aplicação sistemática de métodos que permitam identificar os pressupostos, os preconceitos, os valores e os interesses que subjazem à investigação científica supostamente desprovida deles (SANTOS, 2001)

Assim, concordando com Boaventura para o qual nem a neutralidade nem a objetividade são possíveis em termos absolutos, consideramos que é completamente ingênua a idéia de um conhecimento científico que pretenda ser regido pela égide da neutralidade e da negação e/ou omissão do caráter subjetivo dos valores que norteiam nossas escolhas de

estudo. E também, que esta é fruto de uma concepção de ciência alheia a sua inserção no mundo social e aos propósitos que serve, "uma ciência que não faz ciência da vida"[2].

Ou como afirma Baptista e Mattos (2011):

> Com efeito, a imagem da ciência ainda predominante no senso comum é a de uma prática capaz de revelar aspectos ocultos da realidade, inacessíveis aos mortais, a não ser através da prática científica. Caberia ao método científico a virtude de desvelar a realidade, de descobrir suas regularidades e leis. Ou seja, adotar o método científico seria a melhor forma de se chegar à verdade, de descobrir, para além das meras opiniões, o que de fato acontece na realidade.

É preciso dizer que afastamo-nos consubstancialmente dessa visão ingênua e estéril de produção de uma ciência marcada por uma suposta neutralidade, imparcialidade e distância do seu objeto. Acreditamos em vez disso em uma ciência cuja força motriz é determinada em grande medida pelo engajamento e implicação dos sujeitos que a produzem. Tal engajamento contudo tem consequências práticas para o estudo e apontam para a necessidade de reflexão constante e ininterrupta acerca de todo o processo de pesquisa.

Seguindo essa linha de pensamento Merhy é categórico ao afirmar que a implicação de quem produz o conhecimento é estruturante e não se constitui um problema para os estudos científicos:

> A mobilização para conhecer vem de certos incômodos que a ação protagônica pode gerar como acontecimento, mobilizando que as várias dimensões do sujeito interajam para conduzir a um saber militante, igualmente válido e legítimo, permitindo-lhe compreender 'mais' sobre a situação e a ação, para continuar agindo. **Neste tipo de processo a implicação é estruturante do processo**, coloca-se sob análise a si mesmo em ação e intenção. **O processo é obrigatoriamente auto-analítico** (MERHY, 2004, p. 42, grifo nosso).

Nessa esteira, Lourau chamaria a atenção para o que alcunhava de caráter libidinal na construção das nossas implicações, aquilo que figuraria entre os desejos mais íntimos capazes de mobilizar nossa ação (LOURAU, 1993).

Entretanto, alertamos que para ser coerente com aquilo que nos propomos nos nossos estudos é necessário fazer o exercício constante de "tornar estranho o que é familiar, criticar

[2] Faço alusão aqui a um trecho presente em: "Crônica de mortes anunciadas" reunido no livro: "Perplexidade na Universidade" organizado por Eymard Mourão Vasconcelos, Lia Haikal Frota e Eduardo Simon. O livro traz várias histórias de estudantes relatando suas experiências nos cursos de graduação da saúde, seja deparando-se com as limitações de um ensino fragmentado e biomédico seja na proposição de novas e criativas formas de superação a esse modelo. Alexandre, autor da crônica relata criticamente sua experiência enquanto estudante de Medicina acompanhando o último dia de vida de um paciente, Affonso (VASCONCELOS, 2006).

as evidências que brotam sem serem produzidas pelo nosso esforço de pesquisa" (MATTOS, 2011).

## 1.1 **Adentrando no território da pesquisa**

No começo desta caminhada no Mestrado no IMS, procurei estar aberta aos vários convites que eram feitos e à possibilidade de desbravar novos e por vezes desconhecidos territórios. Numa dessas aventuras prazerosas cursei a disciplina eletiva de Análise de Políticas de Saúde[3] ministrada por Ruben Mattos e Tatiana Wargas. Um novo "campo" se abria e com ele e a produção do que poderia ser chamado de "brilho nos olhos" foram definitivos para a construção e consolidação das escolhas em torno do meu objeto de estudo.

Pelo fato de estar intimamente implicada com o tema, decidi que iria estudar o processo político em torno da ideia de Educação Permanente em Saúde, especificamente nos governos Lula. Claro que essa escolha nunca parte do nada, mas sim é resultado de um longo exercício de reconhecimento do território que se desbrava. Tenho, portanto, um ponto de partida a partir do qual consegui ir "tateando no escuro" para dar início à caminhada.

Esse ponto de partida trata-se, como diria Foucault, de "coisas possivelmente inexatas que apresentaremos a título de hipóteses de trabalho" (FOUCAULT, 1974).

Para Bachelard as "hipóteses de trabalho" ou "ideias simples" servem como uma cristalização temporária que poderá ser posta em questão e a partir da qual se desenvolverá um relato. Ou nas suas próprias palavras:

> Na realidade não há fenômenos simples; o fenômeno é um tecido de relações. Não há natureza simples, nem substância simples, porque a substância é uma contextura de atributos. Não há idéia simples, porque uma idéia simples, como viu Dupréel, deve ser inserida, para ser compreendida, num sistema complexo de pensamentos e experiências. A aplicação é complicação. **As idéias simples são hipóteses de trabalho, conceitos de trabalho, que deverão ser revisadas para receber seu justo papel epistemológico. As idéias simples não são a base definitiva do conhecimento;** aparecerão, por conseguinte, com um outro aspecto quando forem dispostas numa perspectiva de simplificação a partir das idéias completas. (BACHELARD, 2000, p. 130).

[3] A disciplina de Análise de Políticas de Saúde foi ministrada no primeiro semestre de 2014 pelos docentes Ruben Araújo de Mattos que é docente do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ) e orientador deste projeto de pesquisa e Tatiana Wargas de Faria Baptista que é docente da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz). A disciplina foi uma "extensão" do grupo de pesquisa: "Caminhos para a Análise de Políticas" e se debruçou sobre as discussões gerais em torno do campo de análises de políticas.

Note-se que o uso que tomamos de Bachelard do termo “hipótese de trabalho” não guarda relação direta com o uso mais corrente da palavra hipótese.

Na maioria das vezes quando se fala em hipótese em um debate científico as pessoas se referem a um tipo de enunciado que serve de base para a pesquisa. A tarefa base, nesse uso comum, seria o esforço de comprovar ou refutar a hipótese. Mas não é esse o sentido adotado por Bachelard. É que para este autor, a ciência não pode ser a base do conhecimento. A ciência se ergueria contra o senso comum, seria o esforço deliberado de escapar às primeiras impressões, às primeiras ideias. Tal escape se faria por um reposicionamento daquelas impressões e ideias simples numa trama conceitual diversa do senso comum, que permite compreendê-la de outro modo. Hipótese de trabalho, no trecho citado, é mais próximo do senso comum, e deve ser superada, mais do que comprovada ou refutada. A explicitação destas toscas ideias que tomamos no inicio de um trabalho serve sobretudo para permitir o exame crítico em torno da questão se efetivamente superamos a ideia inicial.

Pois bem, duas “hipóteses de trabalho” serviram de ponto de partida para a construção dessa pesquisa. Tratam-se evidentementes ideias toscas, a serem superadas no esforço de delineamento conceitual desta pesquisa. Elas nascem, ambas, de um senso comum presente em alguns protagonistas da elaboração da chamada “política de educação permanente em saúde” ao longo do governo Lula.

A primeira dessas hipóteses é a de que existiram duas políticas de educação permanente em saúde nos governos Lula, associadas de certo modo à atuação de dois grupos distintos na Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Ou seja, existiriam duas “políticas” distintas, relacionadas a dois “coletivos de trabalho” que operariam lógicas distintas de atuação em torno da ideia de educação permanente em saúde.

A segunda hipótese refere-se à existência de tensões e manobras de silenciamento em torno dessa história. Ou seja, teria havido um conjunto de manobras feitas para ocultar ou pelo menos atenuar nas versões oficiais das “políticas” as rupturas e descontinuidades, silenciando ativamente as diferenças.

O esforço de superação aqui feito toma dois eixos, que serão melhor detalhados mais adiante. Por hora é suficiente indicar que a primeira hipótese assume uma ideia de política tomada do senso comum dos agentes governamentais: política seria um esforço de organizar ações governamentais para equacionar determinados problemas públicos. Elas teriam um tipo de ciclo, que começaria com o reconhecimento de que um problema deveria ser objeto da ação governamental, seguida por um esforço de elaboração (ou formulação) que culminaria na produção de um conjunto de documentos públicos, ditos oficiais.

A partir dessas publicações, a política estaria sendo implantada, através de múltiplos dispositivos de sua operacionalização. Neste senso comum, falar que existe uma política parece ser tão somente dizer que há documentos chamados políticas, e dizer que não há uma política é denunciar um certo vazio nos discursos oficiais.

É imperativo escapar deste senso comum.

Aqui procuramos fazer isto através de uma dupla manobra conceitual. De um lado, simplesmente abandonar esta ideia tosca de ciclo de política, para buscar o que ela oculta: as irracionalidades, as contingências, as batalhas que subjazem aos chamados processos de formulação e implementação.

De outro lado, é tomar como ponto de partida uma ideia de política como processo e como relação de poder. Um processo que envolve simultânea e continuamente embates entre grupos, mas também criações e destruições de grupos; continuidades e rupturas.

Ou melhor, falar em processos políticos que se interconectam, alguns deles reconhecíveis por se dar em torno de algumas construções conceituais transitoriamente vencedoras no contínuo embate que delimitam esta ou aquela questão como um problema digno desta ou daquela ação governamental. Mas que não se desconectam de outros processos mais gerais, que inclusive possibilitam ou constragem as possibilidades deste ou daquele processo político mais especifico centrado em uma campo de problemas, ou em uma certa instituição.

Eventualmente (e talvez muito frequentemente), esses processos políticos se fazem de tal modo que produzem alguns documentos oficiais, que podem se chamar de política. Mas pode ocorrer (e talvez ocorra muito mais frequentemente) que o processo político transcorra sem a construção de tais documentos chamados políticas. Que transcorram pelo simples uso de recursos de poder de um grupo contra outro, ou de uma simples disputa por tais recursos.

Mesmo quando é o caso de um processo político produzir documentos, cada documento tem uma história, marcada pelos embates na sua escrita (as sucessivas transformações nos documentos na sua trajetória anterior a se tornarem oficiais mostra isso).

Mas ao tomar a política como processo veremos documentos (sejam eles intitulados de política disso ou daquilo, de diretrizes, ou sejam portarias, não importa, um dos produtos de processos dinâmicos que subjazem os fatos oficiais e sua produção).

Um outro modo mais alegórico, mas talvem mais simples, usando uma metáfora teatral, se a política parece encenar-se em certas arenas, se falamos em atores, se reconhecemos cenários, se neste teatro se recitam textos, se contam histórias, se nele transcorrem dramas, interessa-nos aqui os bastidores, nos quais se constroem as próprias

possibilidades de tais encenações. Ou, em outros termos, o bastidores são fundamentais na análise das políticas.

A ideia de tomar política como processo permite redescrever as inquietações que movem o presente estudo.

Meu interesse neste trabalho é o campo que se convencionou chamar de educação permenente. Mas de imediato faço um recorte temporal: o governo Lula (e portanto um conjunto específico de processos políticos no âmbito do governo federal em um certo período).

Interessa-me compreender melhor o processo político que subjaz a produção de ações (incluindo portarias e outros documentos) em torno da temática da educação permanente. As inquietações aqui podem ser renarradas: interessa-me compreender a dinâmica do processo político, sobretudo as continuidades e rupturas que nele podem ser reconhecidos, as alianças e embates, que conformaram num determinado período este aparente e provisório objeto chamado (talvez de forma confusa) educação permanente. E que nos deixaram, para bem ou para mal, um legado, uma herança, com a qual temos que nos haver.

Sobre isso é necessário dizer que esse trabalho é parte de um esforço maior de investigação, que vai além do âmbito desta dissertação, no que se refere à análise do processo político em torno das "políticas de educação permanente em saúde" nos governos Lula[4].

Nessa perspectiva mais ampla, nossa ideia consiste em percorrer as trajetórias dos atores/atrizes engajados na formulação destas propostas de política através da realização de entrevistas a fim de tentar compor uma narrativa crítica acerca dos processos e trazer à tona os embates, tensões, contradições vivenciados àquela ocasião e que em grande medida foram responsáveis por inúmeros desdobramentos no campo da formação. Para tanto acolhemos entusiasmadamente o que nos diz Latour (2012) que nos faz convite especial: seguir os atores. E mais, percorrer as redes onde estão esses atores.

Para tal, um primeiro passo será analisar  os documentos – oficiais e não oficiais – produzidos a fim de apresentar as questões que constam nos conteúdos das políticas e buscar os indícios e conexões que se colocam na formação de duas propostas em torno do tema da EPS. Este é o âmbito da presente dissertação.

[4] Este trabalho faz parte do projeto de pesquisa: "Uma proposta de análise em torno das Políticas de Educação Permanente em Saúde dos governos Lula", submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (CEP IMS/UERJ), sob o CAAE: 49597915.0.0000.5260.

Concretamente falando trata-se de tentar identificar os conceitos, argumentos ou concepções presentes nos textos de cada uma das propostas de política e seus esforços estratégicos de afirmação de si e demarcação de diferenças para outrem.

Como indicado no titulo, o que aqui se faz é incidir sobre os documentos um olhar que busca, para além da descrição de seus conteúdos, reconhecer indiciariamente as pistas, as marcas, as cicatrizes neles deixadas pelo processo político que subjaz a sua produção. Daí ser apenas um estudo exploratório, que serve de primeiro ato do trabalho de maior envergadura.

# 2 APENAS UM ESBOÇO A CARVÃO

Uma expressão recorrente nos encontros de orientação era a expressão alcunhada por Bourdieu: “esboço a carvão”. O carvão é uma ferramenta de trabalho que permite criar um esboço preliminar da obra que se envida fazer. No contexto que a referia, Bourdieu chamava atenção para esse caráter preliminar na construção dos nossos objetos de estudo, onde dispondo apenas de “dados de segunda mão” e no esforço de precisá-los, traçaríamos “grosseiramente” as linhas gerais do espaço onde esse objeto se insere, à semelhança do que faziam os arquitetos do século XIX ao criar esboços a carvão do conjunto do edifício no interior do qual estava situada a parte que eles queriam figurar em pormenor (BOURDIEU, 1989).

Pois bem, essa parte em pormenor não pode ser “capturada” sem traçarmos um esboço geral (e inacabado) do espaço onde esta se insere. Da mesma forma, para colocar em exame processos políticos mais específicos, como aqueles que produziram os documentos sobre a chamada política de educação permanente, há que se examinar os contextos mais gerais desses processos políticos. O que pretendemos desenvolver aqui é apenas um “esboço a carvão” do processo político em torno da saúde nos governos Lula. Esse esboço foi elaborado a partir de vários recortes - sejam escutas, notícias de jornal, portarias, documentos formais, conversas informais, leituras – e servem para nos ajudar a compreender o pano de fundo da discussão onde esse trabalho pretende adentrar.

Para início de conversa, o ano de 2003 situa o começo de tudo o que virá a ser produzido nessa narrativa e mais do que isso, marca um período importante da história do país. Havíamos eleito o primeiro trabalhador da classe popular brasileira à Presidência da República do Brasil: o ex-sindicalista Luís Inácio (Lula) da Silva.

Lula era candidato pelo Partido dos Trabalhadores, o maior partido de esquerda da América Latina de então, e disputava pela quarta vez consecutiva (ou seja, desde o reestabelecimento das eleições diretas em 1989) o cargo de Presidência da República do Brasil.

Sua vitória teve significado importante não só para o Brasil como para o campo da esquerda mundial e, sobretudo da América Latina, já que as bandeiras pelas quais havia sido eleito, simbolicamente impunham uma derrota à agenda neoliberal mundial. Pelo menos era assim que o próprio Lula se via, pois no discurso de posse no parlatório do Palácio do Planalto, Lula disse:

> Nós temos uma história construída junto com vocês. A nossa vitória não foi o resultado apenas de uma campanha que começou em junho desse ano e terminou dia 27 de outubro. Antes de mim, companheiros e companheiras lutaram. Antes do PT, companheiros e companheiras morreram neste país lutando por conquistar a democracia e as liberdades. Eu apenas tive a graça de Deus de, no momento histórico, ser o porta-voz dos anseios de milhões e milhões de brasileiros e brasileiras. Eu estou convencido que hoje não tem no Brasil nenhum brasileiro ou brasileira mais conhecedor da realidade e das dificuldades que vamos enfrentar, mas, ao mesmo tempo, eu estou convencido e quero afirmar a vocês que não tem na face da Terra nenhum homem mais otimista do que eu estou hoje e que posso afirmar que vamos ajudar este país. Eu não sou o resultado de uma eleição. Eu sou o resultado de uma história. Eu estou concretizando o sonho de gerações e gerações que, antes de mim, tentaram e não conseguiram (LULA, 2003).

Lula assumiu um governo de coalizão integrado por um grande número de partidos políticos, entre os quais o PT (Partido dos Trabalhadores) e o PMDB (Partido do Movimento Democrático Brasileiro) eram os maiores.

Todo governo de coalizão envolve em maior ou menor grau uma distribuição dos cargos nas diversas estruturas administrativas governamentais entre os partidos e grupos participantes da coalizão. Na distribuição dos cargos dos Ministérios entre os partidos da coalizão, o Ministério da Saúde coube inicialmente ao PT. O governo nomeou Humberto Costa, médico, filiado ao PT desde sua fundação em 1980, que já havia sido vereador em Recife, deputado estadual, deputado federal por Pernambuco, secretário de saúde da prefeitura de Recife, e candidato a governador em 2002, não eleito. Portanto, tratava-se de um importante quadro do PT, que havia sido derrotado numa eleição majoritária. E que acabou sendo nomeado Ministro da Saúde.

Além de Humberto Costa, nomes como o de Gastão Wagner, Sérgio Arouca, Jorge Solla, Antonio Alves e Maria Luiza Jaeger também foram acionados para compor a nova estrutura do Ministério da Saúde (JAEGER, 2008).

Maria Luiza Jaeger, socióloga, que atuou na Comissão Nacional de Reforma Sanitária representando a CUT, e que havia sido secretaria de saúde do Município de Porto Alegre e do Governo do Rio Grande do Sul (nas gestões de Olivio Dutra) foi chamada para assumir a Secretária de Políticas de Saúde, onde de fato foi formalmente empossada logo no inicio do governo, até a publicação, em junho de 2003, de uma reforma geral nas Secretarias do Ministério da Saúde, que extinguiu a Secretaria de Políticas e formalizou a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)[5], sob o comando de Maria Luiza.

[5] A reforma que nos referimos no trecho acima se produziu a partir da publicação do Decreto nº 4726 de nove de junho de 2003. Este decreto previa um novo arranjo à estrutura do Ministério da Saúde, com algumas mudanças

Sabemos, através de entrevista realizada por pesquisadores da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), que Maria Luiza foi empossada como Secretária de Políticas de Saúde já com a determinação de trabalhar as questões da gestão do trabalho e da educação na saúde. Na entrevista, ela fala de uma série de negociações com a Casa Civil sobre o âmbito e os nomes dos departamentos, pois o Ministério da Educação (MEC) "sentiu-se meio ameaçado". Estes elementos nos levam a concluir que Maria Luiza Jaeger participou ativamente do desenho da discussão da reforma institucional do Ministério, e da invenção da nova Secretaria (JAEGER, 2008). Aparentemente, a SGTES começou a existir de fato alguns meses antes da sua existência de direito.

Com a criação da SGTES, inaugura-se pela primeira vez uma estrutura capaz de possibilitar a operacionalização de projetos político-pedagógicos para mobilizar a formação em saúde dentro do Ministério da Saúde.

Compõem o esqueleto interno desta Secretaria, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e o Departamento de Gestão de Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS).

Maria Luiza Jaeger leva para trabalhar consigo Ricardo Ceccim, enfermeiro sanitarista, mestre em educação na saúde e ex-diretor da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, para assumir o DEGES. Maria Helena Machado, socióloga pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e pesquisadora da Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz Rio de Janeiro, havia sido indicada para ocupar o DEGERTS, mas conforme aponta Cavalcanti (2010) não era do mesmo grupo dos atores que compunham a maior parte da SGTES com divergências político-ideológicas importantes.

Dentro do DEGES foram criadas inicialmente três coordenações: a Coordenação-Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde, que cuidava de pelas ações voltadas para a Educação Superior assumida pela médica sanitarista e militante da Rede Unida, Laura Feuerwerker; a Coordenação-Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde assumida

---

principais entre as quais podemos citar: (1) a reestruturação da antiga Secretaria de Assistência a Saúde, que passou a se chamar Secretaria de Atenção à Saúde, e que herdou o Departamento de Atenção Básica e o Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da antiga Secretaria de Políticas de Saúde, além da criação do Departamento de Atenção Especializada; (2) a criação da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, que herdou o Departamento de Ciência e Tecnologia da antiga Secretaria de Políticas de Saúde, além de criar mais dois Departamentos (Assistência farmacêutica e insumos estratégicos, e departamento de economia da saúde); (3) a extinção da antiga Secretaria de Política (esvaziada pelo deslocamento de seus departamentos), e que foi substituída pela nova Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; (4) a criação da secretaria de Vigilância Epidemiológica e (5) a criação da secretaria de gestão participativa (BRASIL, 2005b).

inicialmente por Roseni Senna, professora da Escola de Enfermagem da UFMG sendo substituída por Simone Chaves, enfermeira e mestra em educação pela UFRGS; e a Coordenação-Geral de Ações Populares de Educação ocupada inicialmente por Veronica Santa Cruz, sendo substituída posteriormente por José Ivo Pedrosa, ambos ligados aos movimentos de educação popular em saúde.

As equipes coordenadas por Maria Luiza Jaeger e Ricardo Ceccim serão responsáveis pela formulação dos documentos daquela que provisoriamente chamamos naquela hipótese de trabalho inicial de "primeira política de educação permanente em saúde".

Em julho de 2005, entretanto, devido aos desdobramentos do que se convencionou chamar popularmente por "mensalão" - escândalo de corrupção política mediante compra de votos de parlamentares do Congresso Nacional em troca da aprovação de emendas de interesse do governo – e pela necessidade de reconstituir sua base aliada e de sustentação política, algumas mudanças foram produzidas na executiva do PT: o Ministro da Educação, Tarso Genro assume a presidência interina do partido, sendo substituído por Fernando Haddad (antigo Secretário Executivo do Ministério da Educação), também do PT; o Ministro da Saúde Humberto Costa deixa o Ministério da Saúde para assumir a coordenação de comunicação do PT. Concomitantemente, realinha-se a distribuição dos ministérios pelos partidos da coligação: o Ministério da Saúde passa a ter como ministro José Saraiva Felipe, indicado pelo PMDB; e Olívio Dutra, ex-prefeito de Porto Alegre e ex-governador do Rio Grande do Sul, com quem Maria Luiza Jaeger trabalhou, deixou o Ministério das Cidades abrindo espaço para o Partido Progressista assumir o ministério.

Isto posto, o Ministério da Saúde vai para o comando do então deputado federal pelo PMDB de Minas Gerais e médico sanitarista José Saraiva Felipe, reconhecido integrante da Reforma Sanitária, na vertente do que pode ser designado como reformista da previdência[6].

Ele permanece no cargo até março de 2006, depois de ter seu nome citado em meio ao "escândalo dos sanguessugas" conhecido como máfia das ambulâncias, quando sai para reassumir seu posto na Câmara Federal e conseguir disputar novas eleições para o cargo.

Assume em seu lugar o bioquímico, sanitarista e então Secretário Executivo do Ministério da Saúde José Agenor Álvares da Silva também ligado ao PMDB do Estado de Minas Gerais que permanece no cargo até março de 2007.

[6] Baptista (1996) utiliza a divisão entre reformistas da saúde e reformistas da previdência para dar conta dos dissensos surgidos no movimento sanitário nos anos 80 em torno das Ações Integradas de Saúde (AIS) e da unificação por baixo. Vale ressaltar que Saraiva Felipe posiciona-se explicitamente na categoria que pode ser designada de "reformistas da previdência". Sua posição é claramente expressa no texto de sua autoria "MPAS: o vilão da Reforma Sanitária?" (FELIPE, 1987).

Dentro da estrutura da SGTES também se operam mudanças importantes. Antes de entrar, Saraiva Felipe chama Francisco Eduardo de Campos para o lugar de Maria Luiza Jaeger a frente da SGTES. Francisco Campos era médico, antigo militante da Reforma Sanitária e professor do Departamento de Medicina Preventiva e Social da UFMG (assim como Saraiva Felipe), pesquisador atuante da área de Recursos Humanos. É importante ressaltar que Francisco Campos havia sido o primeiro a dirigir a Secretaria de Recursos Humanos do Ministério da Saúde em 1985 (LEMOS, 2007).

Ele convida Célia Pierantoni, professora do Instituto de Medicina Social da UERJ, para assumir o DEGES. Posteriormente, Célia Pierantoni foi substituída por Ana Estela Haddad, odontóloga e antiga assessora do Ministério da Educação. Maria Helena Machado permanece no DEGERTS. Para a Coordenação-Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde assume inicialmente Ana Estela Haddad sendo substituída por Gustavo Gusso, que era antigo assessor do Diretor do Departamento de Atenção Básica do MS. Para a Coordenação-Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde assume Ena de Araújo Galvão, antiga coordenadora da Rede de Escolas Técnicas do SUS (RETSUS); e a Coordenação-Geral de Ações Populares de Educação na Saúde no mesmo período dissocia-se da estrutura da SGTES e passa a integrar a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde.

É na gestão de Francisco Campos e Ana Estela Haddad na SGTES que será formulado o documento intitulado “Política Nacional de Educação Permanente em Saúde” publicado em 2009, segundo marco material deste nosso estudo.

Nesse ínterim, no final de 2006, Lula disputa nova eleição sendo reeleito para mais quatro anos de governo com 60,8% dos votos válidos. Em março de 2007 é empossado o médico sanitarista e então peemedebista José Gomes Temporão para o cargo de Ministro da Saúde do Brasil. Temporão decide manter a indicação de Francisco Eduardo de Campos na direção da SGTES.

Nesse contexto concordamos com Rezende (2013) que considera a divisão de dois períodos vivenciados na SGTES nos governo Lula: um primeiro período que vai de 2003 a junho de 2005 e um segundo período que vai de julho de 2005 a 2010.

Tais períodos são marcados pela passagem de dois grupos na SGTES, que talvez tenham tido formas distintas de de atuação política. Entretanto, cabe destacar que o ponto de corte dos dois períodos é exatamente o momento da crise política e da repactuação entre os partidos da coalizão da repartição ministerial, com mudanças no partido responsável pelo ministério da saúde.

Feito o esboço de carvão, é possível delimitar melhor nossas questões de pesquisa. Temos dois períodos de gestão na SGTES durante o governo Lula. Nossas questões são; analisando os processos políticos subjacentes a atuação da SGTES em cada um dos períodos, que continuidades e que rupturas podem ser reconhecidas? Nosso ponto de partida será a produção de documentos em cada um desses períodos.

## 2.1 **O Campo de Análise de Políticas**

No campo de análise de políticas, a procura de um referencial onde pudéssemos ancorar nossas expectativas de estudo a fim de dar cabo das questões que se colocavam foi alvo de busca incansável. A sensação de insegurança proveniente da experimentação de "um novo modo de fazer" por vezes nos gerou sentimento de angústia por não saber como e por onde começar a desenvolver o que nos propomos a estudar.

Para os propósitos desse trabalho, contudo, pareceu-nos necessário e imediato romper com as análises tradicionais de políticas que por vezes desconsideram as atrizes/atores em questão e fornecem uma narrativa alheia à trajetória que tais sujeitos percorrem.

Dessa forma foi imperativo o exercício de nos despir dos possíveis purismos e pré-conceitos em relação ao percurso das políticas e fazer o reconhecimento de um território onde o que impera é sobretudo a contingência.

É preciso deixar claro aqui que a visão de política que aqui desenvolvemos é algo que poderíamos dizer dotado de vida, dinâmico, em permanente movimento de embates e (re)construção, que em última análise são reflexo da própria dinâmica de vida em sociedade. Nas palavras de Baptista e Mattos (2011):

> A política não pode estar restrita ao seu aspecto formal de enunciado oficial, a política precisa ser vista como uma prática de embates e conflitos de interesses, de posições e percepções do mundo, que produz acordos momentâneos e dinâmicos e que, em última instância, expressa uma forma historicamente construída de viver e reproduzir da sociedade. A política como resultado de uma disputa de poderes e saberes, na qual predomina um discurso sobre os demais, que aponta para certas possibilidades de pensamentos (ideias, conceitos) e caminhos, e exclui outras. Exclui do discurso oficial, mas não do cotidiano das instituições e das práticas (BAPTISTA; MATTOS, 2011).

A não-disposição de uma teoria geral ou um modelo a priori para analisar políticas pode parecer desafiador em um primeiro momento, já que não nos fornece uma base de sustentação sólida que nos prescreva os rumos que deveremos tomar para tal análise.

Entretanto com o amadurecimento das questões que se colocam, a ausência de modelos que nos "enquadrem" em uma análise é libertador por se pretender dar conta da especificidade dos processos das práticas políticas cotidianas.

O processo de autorreflexão em torno desta análise é crucial já que, conforme mencionado aqui, este processo não se faz sem uma implicação importante do pesquisador. Portanto o "estranhamento" em torno do que se analisa é indispensável na adoção dessa postura.

A produção de conhecimento sobre políticas que aqui adotamos assume uma proposta que não encontra terreno ou não está restrito ao campo da ciência política, mas tem a capacidade de inaugurar um novo campo de experimentação que se proponha a oferecer uma resposta às inquietações de pesquisa e que constituem a motivação dos nossos estudos.

Baptista e Mattos (2011) longe de querer esgotar a discussão sobre os diversos caminhos e referenciais que podem ser adotados na análise de políticas, chamam atenção para aspectos que julgam ser importantes nesse processo enunciando em quatro pontos que adaptaremos aos nossos propósitos de estudo.

O **primeiro ponto** se refere à "percepção de que qualquer política está associada a construções históricas e modos de operar próprios de cada realidade, de cada Estado". Portanto não há como esquecer que os contextos onde as políticas se colocam são fruto de uma construção histórica de um modo de fazer política peculiar de cada lugar. Aqui entram no jogo a existência dos partidos políticos, eleições, coalizões e outras coisas que não poderemos ignorar no jogo nos âmbitos local e nacional.

Um caminho interessante apontado pelos autores trata-se de fugir às grandes questões da política para analisar as minúcias do processo que não se apresentam nos documentos oficiais e que em última análise construíram os argumentos em torno da política oficial.

O **segundo ponto** trazem a compreensão de a história é feita pelos sujeitos/atores que exercem seu poder e instituem práticas a partir de suas implicações (e do grupo ao qual faz parte) e seu lugar de atuação. Percorrer a trajetória dos sujeitos e o que move sua prática é portanto de análise imprescindível.

A sensibilidade em reconhecer sujeitos que são decisivos no jogo político mas que não se apresentam como representantes oficiais ou que encontram-se invisibilizados também é tarefa importante na análise de políticas.

O **terceiro ponto** chama a atenção para o que podemos extrair da análise nos espaços de relação e negociação utilizados pelos sujeitos no processo de construção da política, sejam eles espaços formais ou informais de negociação, como os espaços de negociação do controle

social. Por vezes tais espaços encontram-se invisibilizados e só podem ser identificados por quem participa do jogo da política e observadores interessados/privilegiados.

O **quarto ponto** apresentado remetem aos conteúdos de uma proposta política, expressa em geral nos documentos que se disponibilizam. A análise de tais documentos deve levar em consideração as apostas e disputas em torno do que se afirma no texto, que refletem a posição de um grupo.

É preciso ter claro ainda que a política não se reduz ao documento, conforme nos aponta Ball (2006) ao criticar a redução do significado de política a "coisas" e ao sugerir que passemos a encará-la também como processos e consequências. Muito embora, é verdade, este possa ser uma valiosa fonte de sustentação para a ação política que se trava.

O autor ao recusar-se a dar uma versão definitiva do significado de política, utiliza duas conceitualizações diferentes: política como texto e política como discurso.

Para Ball (2006) a "política como texto", dos documentos oficiais, atua num estado constante de "vir a ser", uma vez que os textos nunca estão em um estágio de total completude e são produtos de acordos em vários estágios. Portanto uma questão a considerar é saber ler o que está escrito à luz de um contexto maior a fim de considerar o que está escrito como o que foi possível afirmar naquele momento dentro daquela situação. O texto ainda é capaz de produzir a pluralidade de leituras e interpretações, embora também o autor do mesmo tenha intenções bem definidas com o que se propõe. Ainda vale considerar que o texto físico "tem uma história interpretacional e representacional" onde não é possível desconsiderar o contexto e os interesses dos distintos grupos sociais em interação.

A "política como discurso" por sua vez atenta para a intencionalidade social, o exercício de poder, controle de bens e de discursos. O autor afirma que a "política como discurso" articula e restringe as possibilidades de interpretação e aprovação de políticas. Dessa forma o discurso teria o efeito de redistribuir "voz" e ainda na consequente constituição de discursos dominantes sobre outros que atuam no que pode ser dito e pensado e na legitimidade e autoridade sobre quem pode falar (BALL, 2006).

Tais reflexões são essenciais dentro de um processo que é marcado pela não-linearidade, complexidade, historicidade e contingência. A análise de políticas nos convida a experimentar o novo, trazendo nossas implicações e nos deixando implicar pelo processo para que tenhamos cada vez mais claro o objetivo persistente de construção de uma sociedade, país e mundo melhores.

## 2.2 **Sobre a política “oficial”**

Uma visão de política que se observa muito frequentemente em nosso meio tende a considerar a publicação de documentos um evento importante. Para essa visão restrita, tais documentos - ditos oficiais - marcam o inicio da implantação ou operacionalização da política.

Bourdieu (2012) irá afirmar que o oficial é o visível, o público, o teatral, opondo-se ao particular, ao singular, ao escondido, ao invisível. Para o autor, o “público” não pressupõe a existência de bastidores, é “estar no palco”.

Para ilustrar a metáfora teatral, Bourdieu evoca um exemplo dado por Goffman sobre garçons de restaurante que ao passarem pela porta giratória, mudam de atitude, arrumam o paletó, se empertigam, põem o guardanapo corretamente sobre o braço, para chamar atenção para a mudança de atitude destes em relação ao público que serve, como se estivessem encenando um papel ao entrarem no palco (BOURDIEU, 2012).

Diríamos que esta política do senso comum, a política dos documentos oficiais, age em igual medida. A política nesse aspecto é vista como uma “performance”, excluindo das análises os bastidores, os atos privados e confidências.

Por fim, o autor concluirá: “evidentemente, o oficial é censura, é a isso que eu queria chegar” (BOURDIEU, 2012, p.80).

Pois bem, queremos violar esta censura! Olhar para os bastidores do processo político a partir das marcas, pistas, sinais deixados nos documentos. Este é o intuito do presente trabalho.

É preciso deixar claro que política para nós não se reduz a um texto (diríamos mesmo que pode haver políticas que não se apresentam em textos denominados política disso ou daquilo). Mas nesse trabalho, tomamos textos como ponto de partida para analisar o processo político que subjaz a sua produção.

Não acreditamos que os textos revelem todas as intenções de seus formuladores ao serem escritos. Funcionam em vez disso, como uma fotografia daquilo que é possível estar à mostra. É preciso olhar os bastidores se quisermos compreender os processos mais ocultos da política. Isso requer necessariamente um debruçamento e esforço de análise maior sobre as questões e impõe que haja a consulta dos atores/atrizes envolvidos.

Por outro lado, não é possível ignorar o caráter revelador que podemos apreender desses textos, que através de pequenos indícios, pistas, sinais, tem a possibilidade de nos indicar as intenções, modos de pensar e visões de mundo de seus autores/formuladores.

Por isso, essa análise teve o intuito de percorrer “indiciariamente” tais documentos afim de “procurar pistas” que pudessem auxiliar na compreensão dos processos que os constituíram, uma vez que consideramos que “os textos são produtos de acordos em vários estágios, frutos de múltiplas influências e agendas” (BALL, 2006).

Seguindo os passos de Ginsburg que construiria o paradigma de um “saber indiciário” colocamo-nos, sem a pretensão de negar a complexidade das questões que se colocam, à procura de pistas ou pequenos indícios nos textos que funcionem como pequenas peças de um quebra-cabeça prestes a ser montado.

Esse autor explicita o surgimento de um novo modelo epistemológico que “emergiu silenciosamente das ciências humanas” no final do século XIX. O chamado “método morelliano” consistiu em um método de conhecimento cuja sustentação estaria na observação do pormenor revelador e fazia alusão ao italiano Giovanni Morelli que sob os pseudônimos de Ivan Lermolieff e Johanes Schwarze propunha um novo método de atribuição de quadros antigos aos seus verdadeiros autores. Para Morelli “era necessário examinar os pormenores mais negligenciáveis, e menos influenciados pelas características da escola a que o pintor pertencia: os lóbulos das orelhas, as unhas, as formas dos dedos das mãos e dos pés” (GINSBURG, 1989).

Conforme nos diz Ginsburg (1989):

> O que caracteriza esse saber é a capacidade de, a partir de dados aparentemente negligenciáveis, remontar uma realidade complexa não experimentável diretamente. Pode-se acrescentar que esses dados são sempre dispostos pelo observador de tal modo a dar lugar a uma sequência narrativa, cuja formulação mais simples poderia ser ‘alguém passou por lá’ (Ginzburg, 1989, p. 152).

Assim, em pleno acordo com o autor, esforçamo-nos por desnudar os entendimentos que subjazem às escritas de tais produções textuais oficiais e não oficiais.

Nossa leitura do texto está orientada para reconhecer no texto as pistas nele deixadas desse processo. Interessa-nos destacar o vocabulário usado, as conceituações apresentadas, as justificativas oferecidas para as propostas, mas sobretudo as diferenciações estabelecidas frente a outros vocabulários, conceituações e propostas. Esperamos com isso compreender as eventuais continuidades e tensionamentos entre sujeitos e entre “políticas”.

## 2.3 **Os Documentos**

Delimitamos um esboço de um contexto da produção de dos documentos que nos interessam. Todos eles são produzidos a partir da SGTES, e, de modo mais específico, a partir do DEGES durante o governo Lula, ou seja, na mesma coalizão política. Mas foram produzidos em conjunturas distintas, que fez com que o Ministério da Saúde estivesse sob o comando de pessoas ligadas a partidos distintos.

As condições que possibilitaram as mudanças das pessoas à frente da SGTES parecem ter sido definidas muito mais por contingências da crise política no governo, do que por análises específicas em torno das políticas de educação permanente em saúde. Mas que diferenças existem (se é que existem diferenças) entre estes dois conjuntos de ocupantes da SGTES nas gestões Humberto Costa e Saraiva Felipe? Como examiná-las?

Nosso ponto de partida, como já referimos, são documentos. Conjuntos de documentos que tem em comum terem seus títulos iniciados pela palavra “política”.

Ao tomar como objeto a análise da produção textual dos dois períodos da SGTES nos governos Lula, acreditávamos que estaríamos diante de dois documentos e algumas produções textuais não institucionais exclusivamente dos seus autores/formuladores que subsidiariam suas concepções acerca da política. A nós, portanto, caberia “tão somente” a análise e estabelecimento de semelhanças e diferenças dessas diferentes concepções.

Qual não foi nossa surpresa!

No processo de busca dos documentos oficiais e não oficiais, deparamo-nos com uma infinidade de outros documentos que estabeleciam relação direta com as propostas analisadas e serviam de base de sustentação de suas concepções. Não houve outro modo que não toma-los em consideração nessa análise.

Dessa forma o método morelliano esteve presente em todo esse trabalho de investigação, desde antes das análises dos textos, no processo de identificação dos documentos. A cada novo achado estabeleciam-se novas interrogações e desejos de respostas, a cada resposta uma vitória e outras novas interrogações.

Sem mais delongas, apresentaremos os documentos com os quais tomamos contato e que serviram de base para as análises que sustentamos nas páginas seguintes.

Em relação ao primeiro período da SGTES, identificamos pelo menos quatro documentos distintos publicados pelo DEGES - e que, portanto gozam da oficialidade e legitimidade que o lócus institucional concede - e uma série de outras produções textuais não oficiais publicadas em periódicos científicos - que expressam as bases pelas quais se firmou 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, ratificada através da Portaria 198/GM/MS de 13 de fevereiro de 2004.

O primeiro destes documentos intitula-se: "Políticas de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a educação permanente em saúde", publicado em 25 de agosto de 2003. Este documento foi submetido ao Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua 134ª Reunião Ordinária, realizada nos dias 03 e 04 de setembro de 2003. A partir da apreciação desse documento é que será posteriormente aprovada a Resolução nº 335 do Conselho Nacional de Saúde, de 27 de novembro de 2003.

O segundo e terceiro documentos tem o mesmo título, embora conservem pequenas diferenças de conteúdo. Intitulam-se: "Políticas de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde: Pólos de Educação Permanente em Saúde". Um, que foi submetido e aprovado na reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) no dia 18 de setembro de 2003. O outro, publicado em 2004 pelo Ministério da Saúde, na série Projetos, Programas e Relatórios. Nesse último documento estão anexos: o resumo executivo da reunião da CIT; o Extrato da ata da 134ª reunião do CNS; a Resolução nº 335 do CNS de 27 de novembro de 2003; a Portaria nº 198/GM/MS de 13 de fevereiro de 2004 e o Extrato da Ata da Reunião do Conselho Nacional de Representantes Estaduais do CONASEMS (CONARES) e Diretoria.

É interessante notar que o termo "formação" presente no título do primeiro documento foi substituído pelo termo "educação" nos documentos subsequentes.

Uma curiosidade com a qual nos deparamos no processo de busca e coleta das produções textuais desse primeiro período da SGTES foi publicação de Ricardo Ceccim (um dos formuladores dessa proposta de política), anterior à publicação dos documentos-política e da sua ida para o Ministério da Saúde e DEGES, que traz a conceituação e diferencia os termos:

> [...] Educação: campo de possibilidades à criação do estar no mundo, onde o ócio seja visto como direito, mas o trabalho e os trabalhadores sejam vistos como lugar e como agentes de produção de si, do mundo e das relações sociais e agentes de ampliação da participação na produção da sociedade;

> [...] Formação: habilitação de quadros para a saúde em geral, ocorre nos espaços de educação formal/órgãos formadores e gera uma titulação oficial (CECCIM, 2002, p.394).

Sem outra pretensão que não a de evidenciar um achado que nos pareceu curioso, preferimos não creditar ao acaso essa sutil troca de termos, mas entende-la como reveladora de concepções e "visões de mundo" dos seus formuladores.

Assim, em relação aos documentos do primeiro período da SGTES, pensamos que se tratam de três versões distintas da "mesma política", como se fossem retratos distintos do processo de sua elaboração.

Mas por que a publicação de três documentos diferentes?

Primeiro, é preciso dizer que acreditamos que houve uma gradação na forma como os documentos apresentaram a proposta de política, inicialmente em caráter preliminar e depois, com definições de maior clareza, o que poderia em parte explicar a existência de documentos distintos.

Outra explicação consiste no fato de que essa proposta de política foi submetida à apreciação de diferentes instâncias do SUS e de atores/atrizes de diferentes inserções, o que a depender, pensamos que requereu necessidade de adequação a cada uma delas. Seria uma forma de "apressar" as aprovações dos documentos, adequando-os a cada instância?

Uma terceira explicação possível é que as instâncias na qual foram submetidos os documentos, tenham feito propostas de alteração em seu texto, a partir das diversas pactuações que usualmente são feitas nesses locais.

O quarto documento, publicado depois de promulgada a Portaria nº 198/GM/MS que institui a Política, intitula-se: "A Educação Permanente em Saúde entra na roda: Pólos de Educação Permanente em Saúde: Conceitos e Caminhos a percorrer" publicado em 2005. Esse documento é um encarte institucional que traz de forma didática as ideias gerais apresentadas nos documentos anteriores da política, acima referidos. A acessibilidade de linguagem e a riqueza de exemplificações contidas nesse documento nos faz pensar que se trata de material de divulgação para o público em geral, para fora dos espaços institucionais.

Em relação ao segundo período da SGTES, encontramos o documento intitulado: "Política Nacional de Educação Permanente em Saúde", publicado em 2009 pelo Ministério da Saúde na série Pactos pela Saúde. Este documento traz em sua organização interna, três capítulos: o primeiro capítulo apresenta a Portaria MS/GM nº 1996 de 20 de agosto de 2007 que ratifica a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências; o segundo capítulo apresenta um rol de perguntas apoiadas em diretrizes constitucionais, leis

específicas, portarias ministeriais, resoluções do colegiado tripartite e do controle social no SUS, constituída pela equipe técnica do DEGES/SGTES como uma diretriz; o terceiro capítulo traz um artigo técnico da pesquisadora da área de desenvolvimento de recursos humanos, Maria Cristina Davini. Não observamos contudo, um mesmo esforço de produção de textos não oficiais pelos autores/formuladores que servissem para dar sustentabilidade teórica à esta proposta, em relação à anterior.

É interessante notar que a publicação da portaria ministerial tem data de publicação anterior à publicação do documento institucional do Ministério da Saúde, somente publicado em 2009.

Em um esforço de investigação, identificamos a institucionalização dessa política através da submissão de uma minuta de revisão da Portaria nº 198/GM/MS à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em 21 de junho de 2007 e ao Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS) na sua 176ª Reunião nos dias 08 e 09 de agosto de 2007. Encontramos ainda associada à PNEPS de 2007, um outro documento intitulado: "Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde para o SUS" desenvolvido pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) que será basilar para a instituição da segunda proposta de política.

Nos capítulos seguintes procuramos trazer análise destes documentos, de modo que seja possível a visualização de suas singularidades e diferenças no processo de constituição dos dois períodos da SGTES.

# 3 **O PRIMEIRO PERÍODO DA SGTES**

Este período se estende de janeiro de 2003 a junho de 2005 e é marcado pela passagem de um grupo de pessoas advindas das várias discussões do movimento sanitário no primeiro governo Lula. Trata-se do primeiro grupo a ocupar a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Esta Secretaria foi criada em 2003 com a incumbência de fazer cumprir o texto constitucional referente à ordenação da formação dos trabalhadores da saúde no Brasil (BRASIL, 1990).

A SGTES nascia da proposição de superação de duas questões essenciais e históricas no SUS: o problema da formação e qualificação dos trabalhadores da saúde e da inefetiva regulação profissional no âmbito do SUS. Dessa forma os desafios para os quais havia sido chamada a enfrentar consistiam em "garantir uma oferta efetiva e significativa de cursos de formação técnica, de qualificação e de especialização para o conjunto dos profissionais de saúde e para diferentes segmentos da população", e em igual medida desencadear "a análise de projetos, propostas e políticas para a desprecarização dos vínculos de trabalho no sistema de saúde e a retomada da mesa nacional de negociação permanente no SUS" (JAEGER; CECCIM; MACHADO, 2004, p.87).

A SGTES, sob o comando de Maria Luiza Jaeger, tinha dois departamentos: o DEGES, que teve a sua frente Ricardo Ceccim, e o DEGERTS, sob o comando de Maria Helena Machado. São eles mesmos que falam sobre a importância da criação da Secretaria:

> De fato, o Ministério da Saúde tomou para si a responsabilidade de produzir a maior transformação, neste meio século de sua criação, no que diz respeito à formulação das políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação, regulação dos trabalhadores de saúde do Brasil (JAEGER; CECCIM; MACHADO, 2004, p.87).

Com efeito, antes da criação da SGTES, as questões referentes à área de "recursos humanos" encontravam-se a cargo da "Coordenação geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS", ligada inicialmente à Secretaria de Assistência à Saúde, depois vindo a pertencer à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, e por fim à Secretaria de Políticas de Saúde, fazendo parte do terceiro escalão da estrutura ministerial (GARCIA, 2010).

Aparentemente essa coordenação não tinha centralidade na estrutura do Ministério, ocupando apenas duas salas, e com visível instabilidade de seu posicionamento no organograma. Em contraste, o tema da gestão do trabalho e da educação na saúde passou a ganhar destaque com a criação da nova secretaria.

A ocupação inicial da SGTES se deu a partir de Maria Luiza, indicada pela articulação político-partidária do PT do Rio Grande do Sul. Ela levou Ricardo Ceccim, que por sua vez levou outras pessoas constituindo assim o que o próprio Ceccim referenciou como um coletivo de "militantes sociopolíticos da afirmação da vida":

> 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** (CECCIM, 2005b, p. 982, grifo nosso).

Uma vez no governo, tal coletivo se constituía pela oposição à normatividade das práticas de educação na saúde e pela aposta em uma mudança das práticas e na consolidação do SUS através da transformação dos processos de formação. Mais do que isso, almejava-se a construção de perfis profissionais implicados ética e politicamente com o Sistema Único de Saúde.

Para esse fim seria proposta uma "Política Nacional Educação Permanente em Saúde". A preocupação dos autores em legitimar essa proposta de política se fez a partir do esforço concreto em fazê-la passar pelas várias instâncias legitimadas do SUS, como aponta a fala de Ricardo Ceccim:

> 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 (CECCIM, 2005b, p. 976)

De fato, a publicação que apresenta a política tem os anexos sobre os elementos mencionados na fala[7]. Vê-se que os formuladores tinham a consciência que estavam tentando construir uma política pública de um modo inovador, mas eles não se descuidaram de seguir os tramites institucionais comuns à formulação de políticas no Ministério da Saúde.

Para a factibilidade dessa proposta de política, desde o início, o DEGES parece ter um campo de atuação muito bem definido. Pelos documentos institucionais da PNEPS fica evidente o prortagonismo do DEGES na formulação da proposta.

---

[7]Anexo II - Resumo Executivo - Reunião Extraordinária da Comissão Tripartite [18/09/03] [...]
Anexo III - Extrato da Ata da Centésima Trigésima Quarta Reunião Ordinária do CSN – Item 06 – Formação de Recursos Humanos [03/09/03] [...]
Anexo IV - Resolução nº 335 do Conselho Nacional de Saúde [27/11/2003] [...] (BRASIL, 2004b, p. 37 a 67)
Anexo VI - Extrato da Ata da Reunião do CONARES e Diretoria CONASEMS [17/09/03] (BRASIL, 2004b, p. 4)

No documento “Políticas de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a educação permanente em saúde” apresentado ao Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), já nas primeiras linhas, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) é citado como o lugar institucional responsável pela articulação entre educação e trabalho. Mais ainda, considera-se que a partir de sua criação (do DEGES), o Ministério da Saúde assumiu o papel de gestor federal do Sistema Único de Saúde (SUS) em relação à ordenação da formação dos trabalhadores do SUS segundo previa a Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90 (BRASIL, 1990).

> A partir da criação do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, o Ministério da Saúde assumiu seu papel de gestor federal do Sistema Único de Saúde no que diz respeito à ordenação da **formação de pessoal para o setor e à educação permanente do pessoal inserido no SUS** (BRASIL, 2003c, p. 1, grifo nosso).

Apenas no documento “Políticas de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde: Pólos de Educação Permanente em Saúde” publicado em 2004 pelo Ministério da Saúde, na série Projetos, Programas e Relatórios, apresenta-se a organização da SGTES em dois departamentos: Departamento de Gestão na Educação na Saúde (DEGES) e Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS). Entretanto, apesar de o DEGERTS ser citado como componente da estrutura da Secretaria, apenas sobre o DEGES é que o documento apresentará considerações e responsabilidades acerca da estruturação da nova política.

> A partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, o Ministério da Saúde assumiu o papel, definido na legislação, de gestor federal do Sistema Único de Saúde (SUS) no que diz respeito à formulação das políticas orientadoras da **formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores da saúde**, no Brasil. Integram esta Secretaria o Departamento de Gestão da Educação na Saúde e o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (BRASIL, 2004b, p. 6, grifo nosso).

A partir disso temos possibilidade de afirmar que a proposta de política centrada no conceito de educação permanente em saúde nascia no seio do Departamento de Gestão da Educação (DEGES). Fato que nos coloca na condição de ratificar a centralidade que o DEGES assumiu nessa primeira conformação da SGTES em relação à temática da educação permanente em saúde e as expectativas que foram depositadas sobre esse departamento.

Note-se ainda na definição exposta acima que, ao DEGES caberia a “formação e desenvolvimento” e ao DEGERTS a “distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores da saúde”. Contrapondo com a definição anterior a esta, do primeiro documento, o que antes correspondia à “educação permanente do pessoal inserido no SUS” torna-se

“desenvolvimento” dos trabalhadores da saúde. A educação permanente nessa proposta correspondia ao desenvolvimento dos trabalhadores da saúde?

Em relação aos dois departamentos internos à SGTES (DEGES e DEGERTS), pistas sobre as tensões existentes entre estes são apontadas por Cavalcanti (2010) que nos fornece evidências sobre disputas políticas referentes à ocupação dos departamentos, que por sua vez desdobraram-se nas disputas de agenda e à preferência dada aos problemas enfrentados pelo DEGES, desdobrando-se em uma sobreposição ou maior preferência pelo tema da gestão da educação em detrimento do tema da gestão do trabalho nesse primeiro momento de ocupação da SGTES.

Sobre o DEGES, apresenta-se ainda sua divisão em três coordenações: Ações Estratégicas em Educação na Saúde, que atuaria “no campo no campo da educação superior nas profissões de saúde”; Ações Técnicas em Educação na Saúde, “voltada para a educação profissional dos trabalhadores da saúde” e Ações Populares de Educação na Saúde, “cujo objetivo é promover na sociedade civil a educação em saúde, abrangendo a formação e a produção do conhecimento para a gestão social das políticas públicas de saúde” (BRASIL, 2003c, 2003d, 2004b).

A este lócus institucional caberia a:

> proposição e formulação das políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos trabalhadores da saúde em todos os níveis de escolaridade; à capacitação de profissionais de outras áreas em saúde, dos movimentos sociais e da população, para favorecer a articulação intersetorial, incentivar a participação e o controle social no setor da saúde; à interação com a escola básica no tocante aos conhecimentos sobre saúde para a formação da consciência sanitária. Responsabiliza-se, também, pela cooperação técnica, financeira e operacional com os estados e municípios, instituições formadoras, organizações de educação popular em saúde dos movimentos sociais e outras entidades envolvidas com formação, desenvolvimento profissional, educação permanente e educação popular em saúde (BRASIL, 2004b, p.6).

Para os formuladores da nova política, existiriam três eixos fundamentais a serem alcançados: a relação entre a educação e o trabalho; a mudança nas políticas de formação e nas práticas de saúde; a produção e a disseminação do conhecimento e a educação nos locais de serviço (BRASIL, 2004b).

Para esse fim e para assegurar a legitimidade na implantação da política, o diálogo com os mais diversos atores político-institucionais era indispensável. Propunha-se articulação com os diversos órgãos do Ministério da Saúde (MS), com o Conselho Nacional de Saúde, com o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e com as Secretarias

Estaduais de Saúde, e Conselhos Estaduais de Saúde, com o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e com as Secretarias Municipais de Saúde, e Conselhos Municipais de Saúde, com o Ministério da Educação (MEC), com as entidades de profissionais e de ensino das profissões de saúde, com as entidades estudantis e com os movimentos e práticas de educação popular em saúde, entre outros (BRASIL, 2003d, 2004b).

Os documentos institucionais trazem a enumeração e reconhecimento de algumas iniciativas no campo da formação e desenvolvimento em saúde anteriores à política de educação permanente em saúde. São elas:

> - Capacitação e Formação em Saúde da Família (Pólos de Capacitação em Saúde da Família, Cursos de Especialização em Saúde da Família e Residência em Saúde da Família).
> - Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae).
> - Qualificação de Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde (Aperfeiçoamento de Gestores).
> - Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde (Gerus).
> - Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (Especialização de Equipes Gestoras).
> - Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits).
> - Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Graduação em Medicina (Promed).
> - Mestrados Profissionais.
> - Cursos de Formação de Conselheiros de Saúde e de Agentes do Ministério Público para o fortalecimento do Controle Social no SUS.
> - Outros (BRASIL, 2004b, p. 8).

Entretanto para os autores, essas iniciativas ocorriam de forma desarticulada, fragmentada ou correspondiam a orientações conceituais heterogêneas.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), portanto, a partir do que depreende-se da manobra retórica posta em execução, nasceria para propor a superação destas questões. De um lado, na superação à fragmentação e desarticulação das iniciativas anteriores e de outro, na proposição de "um novo modo de fazer", imbuído de uma outra racionalidade.

Para os autores, era preciso ser capaz de produzir impacto sobre as instituições formadoras, no sentido de promover mudanças e alterações nas práticas dominantes no sistema de saúde. Além disso, era preciso provocar os mais diversos atores e atrizes a uma reflexão/problematização de suas práticas, visando à mudança.

No documento: "A Educação Permanente em Saúde entra na roda: Pólos de Educação Permanente em Saúde: Conceitos e Caminhos a percorrer" publicado em 2005, temos a

seguinte síntese acerca das experiências anteriores à política mencionadas acima. Note-se que esta síntese se baseia fortemente na reflexão a partir do ponto de vista dos autores/formuladores da PNEPS de 2004:

> Embora fossem isolados e desarticulados entre si, esses programas provocaram algumas alterações na formação e cuidado em saúde e, acima de tudo, **fizeram pessoas e instituições perceberem que é preciso mudar, ao mesmo tempo, as práticas educativas e as ações e serviços do SUS** (BRASIL, 2005a, grifo nosso).

Assim, os autores acreditavam que era preciso investir nas duas arenas: tanto na transformação das práticas de educação/formação dos trabalhadores quanto na transformação das ações e serviços do SUS, no cotidiano do serviço.

Mudança era a palavra de ordem. Nesta conformação, a educação permanente em saúde era chamada a assumir o desafio de constituir-se enquanto "eixo transformador; estratégia mobilizadora de recursos e poderes e recurso estruturante do fortalecimento do SUS" (BRASIL, 2003d, 2004b).

Pela primeira vez o conceito de "educação permanente em saúde" era alçado à condição de política pública. Assim, em 13 de fevereiro de 2004, o Ministério da Saúde por meio de Portaria nº 198/GM/MS instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde "como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor" (BRASIL, 2004a).

Uma curiosidade observada é o fato de que no documento submetido ao Conselho Nacional de Saúde, o termo utilizado oscilava entre a designação "educação em serviço" e "educação permanente", ambos considerados sinônimos naquele contexto (BRASIL, 2003c). Nos documentos subsequentes apenas o termo "educação permanente em saúde" é empregado para designar o objeto da política.

Apesar de o conceito de educação permanente em saúde abordado nos documentos da política ter sido tomado – em parte - da conceituação adotada pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS), não há nenhuma menção sobre a origem deste conceito e à própria OPAS. Exceto por uma referência que poderia passar imperceptível, à Maria Alice Roschke (que posteriormente será chamada para consultoria da "segunda política de educação permanente em saúde"), educadora e funcionária do Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da OPAS, presente no documento: "Políticas de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde: Pólos de Educação Permanente em Saúde"

enviado para apreciação à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) (BRASIL, 2003d). Essa referência desaparece nos documentos subsequentes.

Vejamos a trajetória das diferentes apresentações do conceito de educação permanente ao longo dos diversos documentos produzidos no primeiro período:

> A **educação permanente** parte do pressuposto da aprendizagem significativa (que promove e produz sentidos) e propõe que a transformação das práticas profissionais deva estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços (BRASIL, 2003c, p. 3, grifo do autor).

> ***A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa (que promove e produz sentidos)*** e propõe que a transformação das práticas profissionais deva estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços. Conforme Maria Alice Roschke, a ***Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e ensinar se incorporam ao quotidiano das organizações e ao trabalho*** (BRASIL, 2003d, p. 7, grifo do autor).

> A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços. A educação permanente é a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho (BRASIL, 2004b, p. 10).

> A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa. Possibilidade de transformar as práticas profissionais existe porque perguntas e respostas são construídas a partir da reflexão de trabalhadores e estudantes sobre o trabalho que realizam ou para o qual se preparam. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm (BRASIL, 2005a, p. 12).

Sobre a análise desta trajetória, diríamos que aprendizagem significativa e as transformações da prática a partir da reflexão crítica sobre práticas reais de profissionais reais são dois núcleos de sentido fortemente presentes em todos os enunciados. A segunda noção acrescenta, tomando e citando Roschke duas ideias: aprendizagem no trabalho, e aprender e ensinar se incorporam ao quotidiano das organizações e ao trabalho. A segunda é definitivamente incorporada nos enunciados subsequentes, embora sem a referência anterior.

Mas a terceira noção é redescrita como o encontro do mundo da formação e o mundo do trabalho. Seria essa redescrição suficientemente forte para levar a omissão da referência? Estaria este processo associado ao amadurecimento da distinção entre educação permanente e educação em serviço? Por fim, a última reitera enfatizando que a educação permanente é

realizada a partir dos problemas enfrentados na realidade, e, traz a afirmação de que ela leva em consideração o conhecimento e as experiências que as pessoas já tem.

Conforme podemos ver abaixo, a OPAS já trabalhava com o conceito de aprendizagem significativa associada à noção de educação permanente:

> El aprendizaje problematizador como instrumento (tanto en la formación de grado como en el ejercicio laboral) permite fortalecer en los sujetos su juicio sobre la situación en la que se hallan de una u otra forma involucrados, sobre el desarrollo de su actividad, a la vez que ejercita el trato con el saber (entendiendo el saber en sentido amplio, tanto el saber científico como el de la experiencia personal, y entendiendo por trato no solo la introducción en las esferas de la ciencia, sino de las más diversas formas del saber con miras al caso concreto. Ello no ha de considerarse simplemente como un factor de motivación sino, también, **como un aprendizaje significativo que establece conexiones entre la teoría y la práctica, entre el saber y su finalidad social e institucional** (DAVINI, 1994, p. 119, grifo nosso).

Em artigo publicado no ano de 2005, Ceccim reconhece a possibilidade de a Educação Permanente em Saúde ter ganho estatuto de política pública devido à difusão da proposta da OPAS para o pessoal da saúde, no bojo do desenvolvimento dos sistemas universais de saúde na América Latina considerando a complexidade dos serviços de saúde e o fato de que somente a aprendizagem significativa seria capaz da adesão dos trabalhadores aos processos de mudança no cotidiano (CECCIM, 2005a).

A proposta de EPS da OPAS nasceu em contraposição a um conjunto de práticas educacionais anteriores datadas da década de 1970 posteriormente reunidas sob a designação de educação continuada em saúde, a qual procurava superar (CAVALCANTI, 2015).

Na verdade, a partir de 1984 nota-se um esforço por parte da OPAS de forjar uma transição paradigmática na educação em saúde (da noção de educação continuada para a noção de educação permanente em saúde) a partir da análise de uma série de experiências educativas em saúde que vinham sendo produzidas em diversos países das Américas (ROSCHKE; DAVINI; HADDAD, 1993).

Essa transição consistia em separar o que eram consideradas “ações dispersas de educação continuada” da noção de educação permanente produzida pelas experiências referidas acima, que se caracterizavam essencialmente por apresentarem “uma proposta pedagógica baseada na noção de que o trabalho é o eixo fundamental para a aprendizagem”. Nesse sentido, partia-se do reconhecimento de que havia dois aspectos distintos da educação em serviço que apontariam para diferentes lógicas: o primeiro, que pendia para direcionar os serviços partindo de políticas centrais e o segundo, vinculado a políticas de descentralização cujas propostas partiriam de características e necessidades do processo de trabalho concreto dos serviços de saúde (ROSCHKE; DAVINI; HADDAD, 1993).

Esta manobra posta em operação nos documentos da OPAS foi vista por Cavalcanti (2015) como uma tentativa de forjar uma reorientação do conceito de educação permanente em saúde proposto anteriormente pela OPAS. Apesar disso, segundo o autor, esse referencial, somente a partir de 2002, passava a ser difundido amplamente sob a noção de educação permanente em saúde.

Note-se que a reorientação da EPS posta em ação pela OPAS nessa perspectiva guarda estreita semelhança com a proposta de EPS trazida nos documentos da PNEPS de 2004, como indica os trechos abaixo:

> **La primera [educación continuada] apunta a un cambio planificado centralmente y apoyado en procesos racionales: se espera que la educación "actualice, mejore la competencia técnica y se articule con la carrera individual de los sujetos"**. En este marco, aludir al proceso de trabajo en salud implica concentrar el esfuerzo en el modo de establecer secuencias y flujogramas e identificar áreas en que se requiere capacitación. **En lo que respecta a la organización de la producción de los servicios y la composición de los grupos, el propio proceso de trabajo en general no se cuestiona; tampoco constituye una categoría de análisis capaz de orientar propuestas educativas** (ROSCHKE; DAVINI; HADDAD, 1993, p. 473, grifo nosso)**.**

> **En cambio la segunda [educación permanente], vinculada con políticas de descentralización, se basa en propuestas de desarrollo que parten de las características y necesidades del proceso de trabajo que tiene lugar en los servicios de salud** (ROSCHKE; DAVINI; HADDAD, 1993, p. 473, grifo nosso)**.**

> Propõe-se, portanto, que os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde e tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização da atuação e da gestão setorial em saúde. **Neste caso, a atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da transformação das práticas e não seu foco central.** A formação e o desenvolvimento englobam aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS. Na proposta da educação permanente, a mudança das estratégias de organização e do exercício da atenção é construída na prática das equipes. **As demandas para a capacitação não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais mas, prioritariamente, desde a origem dos problemas que acontecem no dia-a-dia do trabalho referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho, considerando, sobretudo, a necessidade de realizar ações e serviços relevantes e de qualidade** (BRASIL, 2004b, p. 10, grifo nosso).

> A lógica ou marco conceitual, de onde se parte para propor a educação permanente, é o de aceitar que **formação e o desenvolvimento devem ser feitos de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar** (BRASIL, 2004b, p. 10, grifo nosso)

Ambas as propostas, tanto da OPAS quanto da PNEPS de 2004, reconheciam o trabalho como espaço de aprendizagem e de problematização e reflexão para a prática. Ademais, faziam crítica e oposição ferrenha à concepção de uma prática centralizada, verticalizada e descendente na formulação das ações de educação em saúde. Reunidas sob a noção de "educação continuada" essas ações tinham a característica de serem formuladas por um "nível central" de poder e executadas pela "periferia" do sistema de saúde. Além disso, seu objetivo consistia em promover tão somente a atualização de conhecimentos específicos.

Se no caso da OPAS, como indica Cavalcanti (2015), o conceito de diferenciação entre educação continuada se voltava à critica de experiências anteriores apoiadas pela OPAS, no caso do Brasil, a critica à educação continuada enfrentou um modelo de atuação no qual se financiavam cursos, definidos pelo Ministério da Saúde (de modo centralizado) ou a partir de ofertas prontas das instituições de ensino (do mundo da formação). Esse modelo era pejorativamente conhecido como "balcão de negócios", modelo pelo qual eram concedidos os recursos para aprovação de projetos de formação via submissão de editais às instituições formadoras, cabendo ao Ministério da Saúde sua aprovação ou não. Esta era a educação continuada a criticar.

Uma indagação manifesta-se nas entrelinhas dessa análise: em que consistiria, portanto, a diferença entre as duas propostas, a proposta brasileira e a proposta da OPAS?

Para Cavalcanti (2015) a novidade proposta por essa nova formulação da OPAS consistia em "reconhecer o trabalho como espaço de aprendizagem e de produção de conhecimento e questionar a forma como essas ofertas educacionais eram formuladas e implementadas, de modo descolado das realidades específicas dos serviços e sistemas de saúde".

No entanto a discussão sobre o processo de trabalho que se faria nessa perspectiva teria o papel central e exclusivo de qualificar as ofertas educacionais propostas aos trabalhadores (foco central dos esforços de ação), vinculando-as às necessidades manifestas no cotidiano dos serviços e nas várias realidades sociais e de saúde.

De fato, nas produções indicadas referentes à educação permanente em saúde pela OPAS, a discussão permaneceria restrita aos aspectos técnico-científicos da formação de recursos humanos em saúde (OPAS, 2002a, 2002b) embora trouxesse à tona a noção de que a produção de conhecimento deveria estar vinculada às realidades locais e que esta deveria atender às demandas originadas a partir dessa realidade.

A educação permanente em saúde proposta pela PNEPS de 2004, por outro lado, trazia diferenças (enfatizadas por seus formuladores) em relação à proposta da OPAS. Considerava-

se que a educação permanente em saúde poderia absorver as diferentes formas de educação no setor e corresponder à **Educação em Serviço**, "quando esta coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica, submetidos a um projeto de mudanças institucionais ou de mudança da orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar"; à **Educação Continuada**, "quando esta pertence à construção objetiva de quadros institucionais e à investidura de carreiras por serviço em tempo e lugar específicos" e à **Educação Formal de Profissionais**, "quando esta se apresenta amplamente porosa às multiplicidades da realidade de vivências profissionais e coloca-se em aliança de projetos integrados entre o setor/mundo do trabalho e o setor/mundo do ensino" (CECCIM, 2005a, p. 162).

Ricardo Ceccim, ao narrar a construção da educação permanente em saúde no Brasil, a vê como o desdobramento de vários movimentos e resultado de múltiplas influências, a saber: da Educação Popular ou da Educação de Jovens e Adultos e da proposta pedagógica de Paulo Freire que traria a noção de aprendizagem significativa; do Movimento Institucionalista em Educação, principalmente das contribuições de René Lourau e George Lapassade, de onde surgiria a alteração da noção de recursos humanos e os conceitos de autoanálise e autogestão; e também dos movimentos de mudanças (sem filiação) na formação de profissionais da saúde (CECCIM, 2005a).

Um esforço ativo de diferenciação é operado pelos formuladores da PNEPS de 2004 a partir do reconhecimento da insuficiência da proposta apresentada pela OPAS e de que apenas interface ensino-serviço não daria conta de designar o que os autores pretendiam ao alçar a EPS à condição de política, situação concretamente manifesta no trecho que segue:

> 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: disrupturas) e experimentação (em contexto, em ato: vivências) (CECCIM, 2005b, p. 982).

Ou como já dizia Ceccim (2002):

> em lugar da articulação docente-assistencial ou ensino-serviço, está lançado o desafio da articulação gestão-formação-participação social, articular docentes, profissionais e usuários do SUS em trocas recíprocas e continuadas que incentivem aprendizagens, cooperação de esforços e ativação de planos desafiadores de pensamento (CECCIM, 2002, p.392).

Em trecho que traduz, sob seu ponto de vista, o debate teórico-textual com Mario Rovere, médico e funcionário do Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da OPAS, Ricardo Ceccim afirma:

> 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 (...)
>
> 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 desterritorializando instituídos (CECCIM, 2005b, p. 979).

Uma aposta tácita revela-se nesse pormenor: as atrizes e atores que formularam ambas as propostas (da OPAS e da PNEPS) acreditavam que era possível alcançar a transformação das práticas de saúde nos serviços a partir da transformação da formação.

> Pensar o "hacer educación" tiene, por consiguiente, estrechos lazos con una propuesta de transformación, con um pasaje o tránsito desde una situación actual a otra deseada. En esto existe suficiente consenso: la educación supone un proceso de intervención conforme a propósitos y valores y lleva a una situación distinta de la actual em el corto o mediano plazo, ya sea en individuos, grupos o instituciones sociales. (ROSCHKE; DAVINI; HADDAD, 1993, p. 473).
>
> Isso significa que só conseguiremos mudar realmente a forma de cuidar, tratar e acompanhar a saúde dos brasileiros se conseguirmos mudar também os modos de ensinar e aprender (BRASIL, 2005a, p. 6).

Mas a PNEPS de 2004 vai além, seus formuladores tinham o compromisso ético-político com a defesa e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e procuravam "induzir" - através da política - e pela reflexão a partir da prática e do cotidiano do trabalho, da autoanálise e autogestão, a formação de novos sujeitos igualmente implicados ética e politicamente com a construção da vida e sua defesa, individual e coletiva e também com a defesa, construção e consolidação do SUS.

> O fortalecimento do SUS, que é de interesse de todos nós, depende diretamente de pessoas dos diversos segmentos sociais, pessoas que têm a tarefa ética e política de dar continuidade ao processo iniciado pelo Movimento Sanitário (BRASIL, 2005a, p. 6).

A isso, Merhy em debate teórico-textual com Ceccim classificaria de “pedagogia da implicação”. Para o autor, “uma pedagogia da implicação cobra amarração com os componentes nucleares da micropolítica da produção do cuidado em saúde, individual e coletivo”. Essa proposta de política, a seu ver, reivindicava essa aposta: “produzir cuidado em saúde e sua micropolítica constituídos de práticas pedagógicas”. Aposta que trazia consigo um 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” (MERHY, 2005).

Ceccim, em réplica do debate, no que aparenta ser uma apropriação posterior à formulação da política, toma ou identifica “a micropolítica da produção do cuidado como uma questão sobre os processos de subjetivação” (CECCIM, 2005a).

Sobre os processos de subjetivação, os documentos da política trazem como um dos aspectos que deve ser produzido pelas políticas de formação (BRASIL, 2003c, 2003d, 2004b).

Nesse sentido, conforme apontam os documentos institucionais da PNEPS, transformar a formação e a gestão do trabalho em saúde não poderia ser considerada uma questão simplesmente técnica, já que envolvia mudança nas relações, nos processos, nos atos de saúde e principalmente, nas pessoas (BRASIL, 2003c, 2003d, 2004b).

Cavalcanti (2015) formula a hipótese de que a educação permanente, na sua apropriação/ressignificação à brasileira, “investia não mais propriamente o terreno educacional para lograr cumprir seus objetivos mais amplos e sim o mundo da política, sendo esta a principal fonte das aprendizagens que pretendia suscitar”.

Assim, ao passo que a proposta da OPAS centrava a mudança remetendo apenas ao plano educacional, a educação permanente em saúde na proposta brasileira apareceria enquanto opção político-pedagógica em contraposição à opção didático-pedagógica (CECCIM; FERLA, 2009) da qual havia se constituído em suas formulações iniciais.

Procurava-se extrapolar a formação dos profissionais de saúde para além de um projeto educativo para o domínio técnico-científico da profissão. Pretendia-se a extensão dessa proposta “aos aspectos estruturantes de relações e de práticas em todos os componentes de interesse ou relevância social que contribuam à elevação da qualidade de saúde da população, tanto no enfrentamento dos aspectos epidemiológicos do processo saúde-doença, quanto nos aspectos de organização da gestão setorial e estruturação do cuidado à saúde” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a).

Além do mais, a proposta da OPAS levava em consideração apenas a mudança nos processos de trabalho, portanto os trabalhadores eram os principais atores sobre os quais eram investidos os esforços de ação dessa proposta.

A PNEPS de 2004 convocava para a discussão, por outro lado, a diversidade de atores presentes no processo de produção de saúde.

Inventa-se (em caráter inédito) a figura simbólica do quadrilátero da formação que buscava integrar os mundos do ensino, gestão, atenção e controle social reunindo estudantes, gestores, trabalhadores e usuários para o centro do debate da educação permanente em saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a).

O pressuposto era que a formação dos trabalhadores de saúde "tem permanecido alheia à organização da gestão setorial e ao debate crítico sobre os sistemas de estruturação do cuidado, mostrando-se absolutamente impermeável ao controle social sobre o setor". Reconhecendo que, em primeiro lugar, as experiências de mudança na formação, dentro e fora do país, se centravam na tríade instituições de ensino - instituições de serviço - associações científico-profissionais (ensino-serviço-comunidade). Reconhecendo, em segundo lugar, a inexistência do registro sobre a importância da integração ensino - serviço - gestão - controle social e a articulação com o movimento estudantil de graduação nas profissões da saúde, os autores propõem o conceito de quadrilátero da formação: ensino - gestão - atenção - controle social, nascido em 2003 (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a).

Nessa configuração, o **serviço** não se restringiria à noção de práticas de atenção, mas deveria revelar "uma estrutura de condução das políticas, a gerência do sistema e organização de conhecimentos do setor". A **atenção,** por sua vez, não poderia corresponder apenas ao domínio de habilidades, conhecimento e emprego da técnica, "recaindo sobre a alteridade com os usuários das ações e serviços de saúde e a produção de sentidos nos atos de cuidar, tratar e acompanhar, sejam problemas de saúde, seja a promoção de melhor qualidade de vida". O componente **comunidade** não teria o significado de interação com a população, mas se definiria a partir da relação com a noção de relevância e responsabilidade social do ensino. Nesse aspecto, a formação deveria estar orientada segundo as necessidades sociais por saúde da população e aberto à avaliação, regulação e estratégias de mudança por parte da população. O componente **ensino**, para além do reconhecimento dos dirigentes e docentes como atores das instituições, havia forte ênfase ao incentivo do protagonismo e na articulação com o movimento estudantil, concebido como ator político diferente das instituições formadoras (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a).

Ao disputar outras referências críticas de formação para a mudança, os autores procuravam sintetizar conceitos que demarcassem sua posição e estabelecessem diferenças em relação aos modelos tradicionais, que deveriam sob essa lógica, ser superados. O conceito de quadrilátero da formação inseria-se, portanto nessa disputa.

Para a operacionalização prática da PNEPS de 2004 é proposta a invenção do que era considerado pelos autores ao mesmo tempo uma instância e dispositivo (CECCIM, 2005b) interinstitucional e locorregional que funcionariam como rodas de debate e de construção coletiva – Rodas para a Educação Permanente em Saúde: os Pólos de Educação Permanente em Saúde.

Fruto de uma política de descentralização e disseminação da capacidade pedagógica e congregando entre representantes do ensino, da gestão, do trabalho e da participação social em saúde, os polos tinham o objetivo de articular e colocar em roda diferentes atores, destinando a todos um lugar de protagonismo na condução dos sistemas locais de saúde (CECCIM, 2005b).

Os Pólos de EPS configurariam instâncias colegiadas que serviriam para a articulação, o diálogo, a negociação e a pactuação interinstitucional. Como em uma mesa de negociação, seus atores/atrizes de diversas origens se encontrariam para pensar, juntos, as questões referentes à Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2005b). Constituíam-se desse modo, espaços de diálogo e negociação entre os atores/atrizes das ações e serviços do SUS e das instituições formadoras e da identificação de necessidades e de construção de políticas de formação e desenvolvimento na perspectiva de ampliação da qualidade da gestão, da qualidade e do aperfeiçoamento da atenção integral à saúde, do domínio popularizado do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do controle social no SUS (BRASIL, 2004b).

A portaria nº 198 atribui ao Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS o papel de referência e responsabilidade por um determinado território, que a ele se vincularia para apresentar necessidades de formação e desenvolvimento. A definição desses territórios locorregionais se faria por pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e aprovação no Conselho Estadual de Saúde (CES).

Caberia aos Pólos de Educação Permanente em Saúde, conforme o previsto na Portaria:

> I. identificar necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e construir estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde e fortaleçam o controle social no setor na perspectiva de produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva;
> II. mobilizar a formação de gestores de sistemas, ações e serviços para a integração da rede de atenção como cadeia de cuidados progressivos à saúde

> (rede única de atenção intercomplementar e de acesso ao conjunto das necessidades de saúde individuais e coletivas);
> III. propor políticas e estabelecer negociações interinstitucionais e intersetoriais orientadas pelas necessidades de formação e de desenvolvimento e pelos princípios e diretrizes do SUS, não substituindo quaisquer fóruns de formulação e decisão sobre as políticas de organização da atenção à saúde;
> IV. articular e estimular a transformação das práticas de saúde e de educação na saúde no conjunto do SUS e das instituições de ensino, tendo em vista a implementação das diretrizes curriculares nacionais para o conjunto dos cursos da área da saúde e a transformação de toda a rede de serviços e de gestão em rede-escola;
> V. formular políticas de formação e desenvolvimento de formadores e de formuladores de políticas, fortalecendo a capacidade docente e a capacidade de gestão do SUS em cada base locorregional;
> VI. estabelecer a pactuação e a negociação permanentes entre os atores das ações e serviços do SUS, docentes e estudantes da área da saúde;
> VII. estabelecer relações cooperativas com as outras articulações locorregionais nos estados e no País (BRASIL, 2004a, p. 2).

Assenhorando-se dos componentes da figura simbólica do quadrilátero da formação, os Pólos de Educação Permanente em Saúde trariam em sua constituição os mais diversos atores:

> I. gestores estaduais e municipais de saúde e de educação;
> II. instituições de ensino com cursos na área da saúde;
> III. escolas técnicas, escolas de saúde pública e demais centros formadores das secretarias estaduais ou municipais de saúde;
> IV. núcleos de saúde coletiva;
> V. hospitais de ensino e serviços de saúde;
> VI. estudantes da área de saúde;
> VII. trabalhadores de saúde;
> VIII. conselhos municipais e estaduais de saúde;
> IX. movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde. (BRASIL, 2004a, p.3)

A Portaria nº 198/GM/MS ainda previa a integração de outras instituições à composição dos Pólos, cabendo ao Colegiado de Gestão o encaminhamento das inclusões (BRASIL, 2004a).

Nessa configuração, rompia-se com a estrutura piramidal e hierárquica dos níveis de atenção e as estruturas de poder tradicionalmente rígidas davam lugar a arranjos mais democráticos. É possível ver a preocupação expressa pelos formuladores da PNEPS de 2004 em além de instituir novas formas de gestão da educação e do trabalho em saúde, também em assegurar uma espécie de “indução/radicalização da democracia” (CAVALCANTI, 2010).

Apostava-se e tentava-se fomentar a capacidade criativa dos sujeitos nas suas realidades, na ponta, porque somente estes, a partir da problematização da prática e do cotidiano seriam capazes de propor alternativas de transformação. Por isso propunha-se a roda em lugar da verticalidade.

Através desse modelo de co-gestão ou gestão colegiada nascido da influência do trabalho de Gastão Wagner Sousa Campos (CAMPOS, 2000) procurava-se romper com a racionalidade gerencial hegemônica:

> Com uma articulação interinstitucional para a educação permanente, com sua gestão colegiada, com a quebra da regra da verticalidade única e hierarquizada nos fluxos organizativos, pretende-se superar a racionalidade gerencial hegemônica. A gestão colegiada, a roda de co-gestão da educação permanente em saúde, instituirá novidade aos atuais Pólos de Capacitação em Saúde da Família, viabilizando novos arranjos e novas estruturas organizativas, fortemente comprometidas com o projeto ético-político da Reforma Sanitária Brasileira (BRASIL, 2003c, p. 11).

Nessa perspectiva, o papel dos gestores, sob quem eram centralizadas as decisões sobre as políticas de saúde foi ressignificado, de forma que também estes ocupariam lugar igual a todos os outros componentes da roda. Essa "distribuição de poder" foi marca singular e merece destaque dentro das iniciativas no campo da gestão da educação e do trabalho em saúde.

> 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 dos passos pactuados (CECCIM, 2005b, p.982).

Mesmo assim, a portaria ministerial que instituiu a PNEPS de 2004 previa a possibilidade de cada Pólo de EPS contar com um Conselho Gestor, que seria constituído por "representantes do gestor estadual (direção regional ou similar), dos gestores municipais (Cosems), do gestor do município sede do Pólo, das instituições de ensino e dos estudantes, formalizado por resolução do respectivo Conselho Estadual de Saúde" (BRASIL, 2004a, p.3).

Além do Conselho Gestor, a Portaria nº 198/GM/MS previa a criação de outras instâncias de organização nos Pólos de EPS: o Colegiado de Gestão, a Secretaria Executiva e os Comitês Temáticos.

O **Colegiado de Gestão** de um Pólo de EPS é caracterizado nos documentos da política como a plenária onde participam todas as instituições que aderirem à proposta. A **Secretaria executiva** por sua vez, teria o papel de implementar e agilizar os encaminhamentos do Colegiado de Gestão e do Conselho Gestor e seria composta por no mínimo docentes, estudantes, gestores e conselho de saúde. Já os **Comitês Temáticos** seriam comitês instituídos de caráter interinstitucional em relação aos aportes de conhecimento e da condução das ações, que se constituiriam enquanto espaços temáticos para discussão de áreas eleitas como prioridade locorregional. Esses comitês deveriam compartilhar o máximo de

ações e abordagens e estipular um caráter matricial no planejamento, execução e avaliação de suas atividades com o Colegiado de Gestão (BRASIL, 2004b).

Sobre as reuniões dos Pólos de EPS, no caso de haver vários pólos no estado, caberia à Secretaria Estadual de Saúde (SES) sua reunião periódica para "estimular a cooperação e a conjugação de esforços, a não fragmentação das propostas e a compatibilização das iniciativas com a política estadual e nacional de saúde, atendendo aos interesses e necessidade do fortalecimento do SUS e da Reforma Sanitária Brasileira e sempre respeitando as necessidades locais". A portaria nº 198 também previa a criação de um colegiado ou fórum de pólos (BRASIL, 2004a).

Sobre a origem dos Pólos de EPS, embora já prevista na Lei Orgânica da Saúde a formação de comissões interinstitucionais, considera-se o "embrião" desta iniciativa a experiência dos Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família (conforme consta no trecho acima), com diferenças significativas:

> A iniciativa nasceu do aprendizado com a experiência dos Pólos de Capacitação em Saúde da Família, mas destoou de forma significativa do seu projeto de ações, condução e implementação. Serviram de base à conformação sugerida aos atuais Pólos de Educação Permanente em Saúde um processo de interpretação dos resultados anteriores e a acumulação de recomendações provenientes de um roteiro de oficinas realizadas com as coordenações de projetos (BRASIL, 2004d, p.10).

Sabemos, contudo, que o coletivo de trabalho que compôs essa primeira conformação da SGTES, vindo do acúmulo da experiência na área da saúde dos governos municipal e estadual do Rio Grande do Sul, instituiu os "Pólos de Educação em Saúde Coletiva", experiência pontual cujo objetivo era o de operacionalizar a gestão da educação no SUS do Rio Grande do Sul (CECCIM, 2002).

Acreditamos que (para além da já citada contribuição dos Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família) foi a partir da experiência pontual dos Pólos de Educação em Saúde Coletiva, ampliada em caráter experimental a nível nacional que surgiu a iniciativa dos Polos de EPS. Assim, essa política surgia tanto da criatividade e capacidade de invenção de seus formuladores, de algumas apropriações, mas também de experiências locais bem sucedidas redimensionadas a nível nacional.

Um outro aspecto da criação dos Pólos diz respeito, a partir do que depreende-se da leitura dos documentos, ao fato de estar intimamente ligada à capacidade de produzir a integralidade da atenção à saúde, diretriz constitucional do SUS. Ceccim afirma que o convite

que foi feito aos Pólos foi o de trabalhar com a seguinte pergunta: “Quais são os problemas que afastam a locorregião da atenção integral à saúde?” (CECCIM, 2005b)

A integralidade[8] nessa perspectiva surge nos documentos da política vinculada a questões como: acolhimento, vínculo entre usuários e equipes, responsabilização, desenvolvimento da autonomia dos usuários e resolutividade da atenção à saúde entendidos com forte capacidade de produzir impacto sobre a saúde da população e na superação dos limites da formação e das práticas tradicionais de saúde (BRASIL, 2004b). Esta compreensão aparecerá fortemente ligada a um sentido de qualidade, de humanização das práticas, desfragmentação do olhar sobre o cuidado (CAVALCANTI, 2015).

A integralidade da atenção à saúde envolveria:

> - o conceito ampliado de saúde;
> - a compreensão da dimensão cuidadora no trabalho dos profissionais;
> - o conhecimento sobre a realidade;
> - o trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar;
> - a ação intersetorial;
> - o conhecimento e o trabalho com os perfis epidemiológicos, demográficos, econômicos, sociais e culturais da população de cada local e com os problemas, regionais, estaduais e nacionais (doenças prevalentes ou de impacto na saúde pública, como por exemplo, a dengue, tuberculose, hanseníase e malária) (BRASIL, 2004b, p. 12).

Nas produções textuais não oficiais, a integralidade era alçada à condição de eixo norteador não apenas da atenção à saúde, mas também da gestão setorial e da formação dos profissionais de saúde, como um meio de alcançar a transformação do projeto educativo e o surgimento de novas práticas pedagógicas e inovadoras estratégias de ensino-aprendizagem (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b).

Considerava-se que a integralidade poderia estar para as práticas de saúde e de ensino da saúde tal como o conceito de objetividade de Boaventura de Sousa Santos (SANTOS, 2001) estaria para a investigação científica, “impossível de ser plenamente atingida, mas uma busca de aproximação constante” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b).

Nessa empreitada tomava-se como tarefa a reversão das teorias biologicistas da educação na saúde – fruto de um modelo hegemônico médico-centrado – para uma “teoria da integralidade” na educação dos profissionais de saúde. Assim, uma mudança na formação

[8] A compreensão que aqui se faz da integralidade associada à educação permanente em saúde associa-se a determinada compreensão estendida do conceito, desenvolvida sobretudo no bojo das discussões de grupos específicos como é o caso do Laboratório de Pesquisas de Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS) e com o qual a equipe do DEGES nessa primeiro momento da política de EPS tomou contato.

seria construída com enfoque nos fluxos e atravessamentos institucionais entre modos de cuidar/tratar e modos de ensinar em oposição à formação medicalizada e procedimento-centrada, levando em consideração questões de gestão colegiada, de multiprofissionalidade e de alteridade (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b).

Um outro conceito introduzido nos documentos da PNEPS de 2004 é o de "cadeia de cuidados progressivos à saúde".

Este conceito foi tomado de Luiz Cecílio (1997) no qual o autor afirma a necessidade de profissionais e gestores abandonarem a segurança dos modelos para investir em posturas criativas e no desenho de serviços que tenham como referência as necessidades dos usuários. Propõe, dessa forma, alternativas ao modelo de pirâmide da rede de ações e serviços de saúde.

Indício dessa apropriação é possível visualizar no trecho que segue:

> Em lugar da hierarquia da pirâmide assistencial, o autor (Luiz Cecílio) propõe "a cadeia do cuidado progressivo", ordenado pela complexidade singular e pela responsabilização dos profissionais e serviços pelo cuidado e pela cura (CECCIM, 2002, pag. 382).

Os documentos da PNEPS de 2004 sustentam que o conjunto da rede precisaria incorporar as noções de Saúde da Família, entendendo a rede de ações e serviços como "cadeia de cuidado progressivo à saúde" (BRASIL, 2003c, 2003d, 2004b, 2005), onde se considere a organização e o funcionamento horizontal dos recursos, das tecnologias e da disponibilidade dos trabalhadores em saúde para garantir a oportunidade, a integralidade e a resolução dos processos de atenção à saúde, da gestão, do controle social e da produção e disseminação de conhecimento (BRASIL, 2003d, 2004b).

Nesse sentido, eram prioridades para o processo de educação permanente implementado no SUS:

> - as equipes que atuam na atenção básica, num trabalho de qualificação que envolverá a articulação e o diálogo entre atores e saberes da clínica, da saúde coletiva e da gestão em saúde;
> - as equipes de urgência e emergência;
> - as equipes de atenção e internação domiciliar;
> - as equipes de reabilitação psicossocial;
> - o pessoal necessário para prestar atenção humanizada ao parto e ao
> - pré-natal;
> - os Hospitais Universitários e de Ensino em ações que objetivam sua integração à rede do SUS na cadeia de cuidados progressivos à saúde, a revisão de seu papel no ensino e seu apoio docente e tecnológico ao desenvolvimento do sistema de sáude;
> - o desenvolvimento da gestão do sistema, das ações e dos serviços de
> - saúde;
> - ações educativas específicas resultantes de deliberação nacional, estadual intergestores, municipal ou do respectivo Conselho de Saúde (BRASIL, 2004b, p. 13).

Em relação ao financiamento, os recursos seriam originados do Ministério da Saúde, após a aprovação dos projetos submetidos aos Pólos de EPS, os recursos seriam transferidos às instituições executoras definidas na apresentação das propostas, uma vez que os Pólos de EPS diferentemente dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família não exerceriam função executora. Por isso houve a necessidade de se pactuar critérios de alocação dos recursos entre os estados da federação e sua alocação interna aos estados para contemplar seus territórios de abrangência (BRASIL, 2004a).

A portaria nº 198/GM/MS previa a primeira distribuição de recursos federais de acordo com os critérios e a tabela de "Alocação e Efetivação de Repasses dos Recursos Financeiros do Governo Federal para os Projetos dos Pólos de Educação Permanente em Saúde", dispostas em anexo no documento da política (anexo I) e pactuados pela CIT em 23 de outubro de 2003.

Essa tabela previa a distribuição de acordo com os seguintes critérios: população dos municípios em gestão plena no Estado; número de equipes de Saúde da Família; número de conselheiros de Saúde; inverso da capacidade docente universitária e técnica instalada; número de Unidades Básicas de Saúde; população total do Estado e número de cursos universitários na área da Saúde.

No entanto, conforme disposto na portaria, a principal mobilização de recursos seria para a implantação dos Polos de EPS.

Em maio de 2004, seria realizada uma avaliação da implantação dos Pólos e dos critérios de distribuição de recursos, a fim de orientar a próxima distribuição.

A acreditação dos projetos apresentados aos Polos de EPS seria feita mediante observação a algumas orientações e diretrizes para a operacionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, dispostas em anexo no documento da política. Ao adotar a modalidade da Acreditação, nenhum projeto poderá ter seus recursos cancelados por inadequação, mas os recursos ficariam reservados para a efetivação de pagamento até que tais projetos se adequem às diretrizes estabelecidas pela política nacional de formação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS. O Ministério da Saúde ainda previa cooperação técnica com o Pólo de EPS para ajustamento dos projetos às diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2004b).

Para serem acreditados, os projetos necessitariam ser pactuados pelo Colegiado de Gestão do Pólo, Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e serem aprovados no Conselho Estadual de Saúde (CES), assegurando as diretrizes da ação para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Todos os municípios do país deveriam estar

vinculados a um Pólo de Educação Permanente em Saúde, processo coordenado pela Secretaria Estadual de Saúde e pactuado locorregionalmente pela CIB (BRASIL, 2004b).

Visando ao acompanhamento e avaliação dessas novas instâncias/dispositivos do SUS, foi constituída uma Comissão Nacional de Acompanhamento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, com a participação de representantes do Ministério da Saúde (das Secretarias, Agências ou da FUNASA do MS), do Conselho Nacional de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass), do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), do Ministério da Educação (MEC), dos estudantes universitários e das associações de ensino das profissões da saúde (BRASIL, 2004a).

Este arranjo operacional da proposta, que criavam os pólos enquanto rodas, que passavam a incluir novos atores além dos gestores (inspirados no quadrilátero), que instaurava um processo de pactuação nos polos, bem distinto da pactuação entre gestores tão marcante no processo de descentralização do SUS desde suas origens, e a defesa de um processo ascendente, talvez fosse uma das  novidades trazida pela PNEPS de 2004. Parecia ser uma oposição ao modo tradicional de fazer política e a proposição de um novo *modus operandi*. Isso porque atuando no nível central de governo, esses atores/atrizes (caso quisessem) tinham total autonomia para "ordenar a formação" da forma como lhes convinha, inclusive recorrendo a incentivos financeiros e/ou outros recursos de poder para induzir políticas e ações nos demais níveis de governo.

Ora, se a negação a essa lógica corrente  talvez tenha possibilitado a produção de espaços mais democráticos e o surgimento de um maior protagonismo na ponta do sistema, em contrapartida significou também, conforme aponta Rezende (2013) uma maior morosidade na implantação das propostas formuladas, uma vez que as decisões sairiam sempre de debates e busca de consensos, dificultando em consequência a distribuição e aplicação dos recursos.

Até aqui, caracterizamos a gradual construção de uma proposta (ou, fazendo-se uma concessão ao senso comum, de uma política) gestada no primeiro período em exame. Configuramos a trajetória de seu arcabouço conceitual e as estratégias de diferenciação frente a outras propostas anteriores, assim como os desenhos operacionais e sua relação com a concepção teórica da política.

Passamos a examinar um aspecto que diz respeito, não propriamente à fala, mas a um silenciamento: o não uso da expressão tão corrente "recursos humanos". Não há na totalidade dos documentos ditos oficiais, nenhuma menção a esse termo. Isso chama atenção na medida em que consideramos que estava presente todo um debate anterior – de nível nacional e

internacional - em relação às políticas de formação, identificado com a discussão de recursos humanos na área da saúde. Na análise das produções textuais não oficiais encontramos discussão que justifica esse fato.

Para os formuladores da PNEPS de 2004, a categoria "recursos humanos" estava ligada a uma concepção de formação que se constituía como "atividade-meio" (CECCIM, 2005c) na medida em que a assistência era tida como "atividade fim" das políticas de saúde. Nessa lógica as políticas de formação tinham caráter secundário, de dar suporte à prestação de atividades de assistência à saúde.

Essa proposta de política por outro lado, concebia a necessidade de "assegurar à área da formação, então, não mais um lugar secundário ou de retaguarda, mas um lugar central, finalístico, às políticas de saúde" (CECCIM, 2005a, p. 163).

A compreensão que os autores da PNEPS de 2004 fazem da Carta Constitucional é o de que após a formulação do SUS e a atribuição dada à este ao ordenamento da formação dos trabalhadores da saúde, os trabalhadores teriam adquirido um lugar finalístico no setor, sendo retirados da condição de "recursos" para alcançarem a condição de "atores sociais" (CECCIM, 2005c).

> Se tradicionalmente falávamos em recursos humanos, como se esses recursos não fossem gente e pudessem ser igualizados aos recursos materiais, financeiros, infra-estruturais, etc., falávamos em Política de Recursos Humanos. Após a introdução legal da reforma sanitária no arcabouço constitucional das políticas públicas brasileiras, esta ideia ficou fragilizada, pois os recursos humanos ganharam lugar finalístico, e não mais de atividade-meio do setor. O artigo 200 da Constituição Nacional coloca como atributo do SUS o ordenamento da formação e o desenvolvimento técnico e científico para a força de trabalho atuante setorialmente. O gestor federal, então, neste momento, assume transformar o conceito e imagem da Política de Recursos Humanos em uma Política de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (JAEGER; CECCIM; MACHADO, 2004, p.88).

> Ao serem absorvidos os desafios da prescrição legal e de seu substrato de lutas, a formulação e a execução de uma política para os trabalhadores, a produção de conhecimentos relativos à formação e ao exercício profissional e a produção de práticas de saúde deveriam retirar os trabalhadores da condição de "recursos" para introduzi-los no estatuto de "atores sociais" de produção da saúde (CECCIM, 2005c, pag. 2).

É importante destacar que a 12ª Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília, de 7 a 11 de dezembro de 2003 que teve como tema "Saúde um Direito de Todos e um Dever do Estado - A Saúde que temos, o SUS que queremos" também trazia no eixo referente ao Trabalho na Saúde a discussão referente ao termo "recursos humanos":

> "Saúde se faz com gente. Gente que cuida de gente, respeitando-se as diferenças de gênero, étnico-raciais e de orientação sexual. **Por isso, os**

> **trabalhadores não podem ser vistos como mais um recurso na área da saúde**" (Brasil, 2004c, p.115, grifo nosso).

Com esse entendimento, procurava-se afastar e romper com toda a discussão nacional e internacional já estabelecida referente a uma "política de recursos humanos para o SUS" defendidas pela Organização Panamericana de Saúde e seus "braços" nos países, como é o caso da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil.

A PNEPS de 2004 propunha-se autonomizar um novo campo de discussões, que tomando alguns elementos desses grupos, como é o caso da captura do termo "educação permanente em saúde" da OPAS, fariam uma ressignificação, modificação, invenção, ampliação e antropofagização para a constituição de uma nova política.

Aparentemente essa ruptura não estava dada a priori e parece ter sido explicitada somente a partir da criação e ocupação da SGTES. Em artigo publicado em 2002 pela Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil, Ricardo Ceccim, apesar de defender uma política de "educação em saúde coletiva" com ideias bastante semelhantes à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde de 2004, utiliza largamente o termo "recursos humanos" para designar o conjunto de trabalhadores da saúde, além de expressar a busca da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul em integrar o projeto latino-americano de redes de observatórios dos recursos humanos de saúde nos processos de reforma setorial e do Estado impulsionado pela Organização Panamericana de Saúde (CECCIM, 2002).

Considerando a temática "recursos humanos", ao continuar o exercício de comparação dos documentos entre si, encontramos uma menção ao documento publicado em 2003: "Princípios e Diretrizes para uma Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS" - NOB/RH, feita no primeiro documento institucional publicado da política: "Políticas de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde" encaminhado ao Plenário do CNS em setembro de 2003 (BRASIL, 2003c). Esta menção também se encontra no texto: "O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social" de Ricardo Ceccim e Laura Feuerwerker (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a).

Destacamos que essa referência desaparece nos documentos institucionais subsequentes da política.

Naqueles textos a referência à NOB/RH reconhecia o documento como resultado da ação direta do Conselho Nacional de Saúde na formulação de uma proposta política para a área de recursos humanos. E chamava a atenção para o que o documento trazia, sobre a necessidade de formação de novos perfis profissionais e da imprescindibilidade do

comprometimento das instituições de ensino em todos os níveis com o SUS e com o projeto tecnoassistencial definido nas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90 (BRASIL, 2003c; CECCIM; FEUERWERKER, 2004a).

Apesar da deferência, chamamos atenção para o fato de a visão de educação permanente em saúde apresentada pelo documento não corresponde à visão defendida pela PNEPS de 2004, conforme visualizamos nos trechos abaixo:

> Educação Permanente ou Continuada: constitui-se no processo de permanente aquisição de informações pelo trabalhador, de todo e qualquer conhecimento, por meio de escolarização formal ou não formal, de vivências, de experiências laborais e emocionais, no âmbito institucional ou fora dele. Compreende a formação profissional, a qualificação, a requalificação, a especialização, o aperfeiçoamento e a atualização. Tem o objetivo de melhorar e ampliar a capacidade laboral do trabalhador, em função de suas necessidades individuais, da equipe de trabalho e da instituição em que trabalha (BRASIL, 2003a, p.28-29).

> Recursos Humanos: é a expressão utilizada, normalmente, para designar e especificar os trabalhadores, em relação a outros recursos necessários ao desenvolvimento de uma ação, uma operação, um projeto, um serviço, etc., tais como, os recursos físicos, recursos materiais, recursos financeiros, entre outros (BRASIL, 2003a, p.27).

Essa visão apareceria identificada com uma visão que corresponderia à educação continuada, considerando apenas o trabalhador da saúde como objeto de ação da política. Ademais a visão de recursos humanos que se estabelece pelo documento identifica o trabalhador como um recurso a mais, à semelhança de outros recursos sejam físicos, materiais financeiros, entre outros, noção repudiada pelos formuladores da PNEPS de 2004.

Em novembro de 2003, o Plenário do Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução nº. 330/2003 deliberaria pela aplicação dos Princípios e Diretrizes para a NOB/RH/SUS como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (PNGTES), recomendando a sua publicação e divulgação nacional (BRASIL, 2003b).

Portanto, é possível dizer que o coletivo que se engajou no processo de formulação da política de educação permanente no primeiro período assumiu a estratégia de recusa do uso da expressão recursos humanos, substituindo-a pela ideia de gestão do trabalho, por entender que os trabalhadores, resgatados seu caráter de sujeitos, não poderiam ser mais considerados recursos a serem gerenciados.

Finalmente, um aspecto também central que gostaríamos de destacar refere-se à riqueza conceitual contida nessa proposta de política, presente, sobretudo nas produções textuais não oficiais dos seus formuladores.

Esse ferramental teórico-conceitual como já mostramos anteriormente aqui - através das apropriações de noções importantes, como a de co-gestão, do método da roda, do cuidado

progressivo em saúde, da integralidade - teria sido **construído** simultaneamente à formulação e "operacionalização" (entre aspas porque não acreditamos na ideia de política como um ciclo) da política.

Dispersas em reflexões contidas nos textos não oficiais dos autores/formuladores, encontramos algumas pistas sobre as influências e contribuições de alguns pesquisadores brasileiros sobre a formação desta proposta de política e que pode ter produzido as diferenciações conceituais contidas na PNEPS de 2004, principalmente no que se refere às questões de combate à racionalidade administrativa e gerencial hegemônica e à racionalidade médica e sanitária hegemônica.

> Dentre os esforços de pesquisadores brasileiros, marcadamente estão os da corrente de pesquisa denominada por Binsfeld e Hortale (2004) como gestão estratégica e planejamento em saúde, representada precipuamente pelos pesquisadores originários do Laboratório de Planejamento e Administração (LAPA), da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), dentre os quais devemos citar os de maior acumulação de experiência em consultoria, pesquisa e gestão em todo o país, como Luís Carlos de Oliveira Cecílio, Gastão Wagner de Souza Campos e Emerson Elias Merhy, e aqueles da corrente de pesquisa da integralidade, representada expressivamente pelos pesquisadores ligados ao Laboratório de Pesquisas sobre Práticas da Integralidade em Saúde (LAPPIS), da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), dentre os quais devemos citar seus principais formuladores, dinamizadores e produtores de práticas de pensamento por todo o país, Ruben Araujo de Mattos e Roseni Pinheiro (CECCIM, 2005c, pag. 4).

Sem dúvida, estas apropriações e "invenções" acopladas à riqueza produzida pela ressignificação do conceito de educação permanente em saúde foram constituindo um modo *sui generis*, inédito, de fazer política.

# 4 **O SEGUNDO PERÍODO DA SGTES**

O segundo período da SGTES estende-se de julho de 2005 a 2010. Nesse período a Secretaria é ocupada por um grupo de pessoas em sua maioria identificadas com a discussão de recursos humanos em saúde inscrita junto às discussões da Organização Panamericana de Saúde (OPAS).

Um fato que marca o início desse período é a publicação da Portaria nº 1996/GM/MS de 20 de agosto de 2007, em caráter substitutivo à Portaria nº 198/GM/MS que instituiu a política de educação permanente em saúde de 2004. Além da portaria, a publicação pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) da SGTES do documento intitulado: "Política Nacional de Educação Permanente em Saúde" no ano de 2009 pela Série Pactos pela Saúde.

Sabemos que a legitimação dessa nova versão da política de EPS se deu através da aprovação de minuta de alteração da Portaria nº 198/GM/MS na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) no dia 21 de junho de 2007 e no Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS) na sua 176ª Reunião Ordinária nos dias 08 e 09 de agosto de 2007.

Tivemos acesso à minuta de revisão da Portaria nº 198/GM/MS apresentada ao Plenário do CNS na 176ª Reunião Ordinária. Esta traria na disposição de seu objeto: "revoga a Portaria 198, de 13 de fevereiro de 2004, e dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde instituída pela portaria revogada".

A fim de procurar pistas para compreender como se deu o processo de "revogação" da Portaria nº 198/GM/MS de 13 de fevereiro de 2004 e sua posterior substituição pela Portaria nº 1996/GM/MS, recorremos à ata da 176ª Reunião do Conselho Nacional de Saúde. Nela apresenta-se a proposta de alteração da Portaria nº 198/GM/MS para deliberação do Plenário. É importante destacar que essa proposta de alteração da Portaria já havia sido encaminhada ao Plenário do Conselho Nacional de Saúde em junho de 2007, na sua 174ª Reunião Ordinária e na ocasião decidiu-se pautar na próxima reunião do CNS o debate da minuta de revisão da Portaria.

Na 176ª Reunião do CNS, estavam presentes o então secretário de gestão do trabalho e da educação na saúde Francisco Eduardo de Campos e a diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) Ana Estela Hadadd, que havia assumido o lugar de Célia Pierantoni, ambas provenientes dessa segunda conformação da SGTES.

A partir do que se depreende da leitura da ata de reunião, opera-se uma tentativa de forjar explicações para a alteração da proposta de política de 2004. As motivações

explicitadas por Ana Estela Hadadd para a revisão da Portaria nº. 198/GM/MS seriam: os resultados de uma pesquisa de avaliação dos pólos de educação permanente em saúde e os novos princípios de gestão estabelecidos pelo Pacto pela Saúde e pelo Pacto de Gestão que recomendariam uma rediscussão da mesma (CNS, 2007c).

A pesquisa referida acima foi o "Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde para o SUS" encomendada pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) ao Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), por meio de convênio assinado entre a Fundação Faculdade de Medicina (FFM) e o Ministério da Saúde, através da SGTES.

Coordenada pela professora Ana Luiza d'Ávila Viana, essa pesquisa foi realizada no período de novembro de 2005 a março de 2006, por meio de entrevistas telefônicas aos "responsáveis" pelos Pólos de Educação Permanente em Saúde. Estes sujeitos teriam sido contatados a partir de cadastro fornecido pela SGTES afim de "mapear os avanços e recuos nos objetivos básicos da política de formação de pessoal para o SUS, após a entrada em vigor da PNEPS, instituída pela Portaria nº 198/GM/MS" (VIANA, 2008).

Nas entrevistas foram abordadas as seguintes questões: identificação do Pólo, perfil do entrevistado, estrutura do Pólo, atividades, manutenção e consolidação. No geral, seus resultados apresentavam uma avaliação muito negativa (apesar de Serem considerados alguns aspectos interessantes) da atuação e funcionamento dos Pólos de Educação Permanente em Saúde (VIANA, 2008).

A autora e sua equipe utilizaram como critério de escolha: nove antigos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família e que, após a instituição da Portaria nº198 configuraram-se como Pólos de EPS (Pólos da Macrorregião Nordeste da Bahia, Fortaleza, Maceió, Região Macrocentro de Minas Gerais, Região do Sudeste Mineiro, Regional Metropolitana de Curitiba, Estado de Santa Catarina, Cuiabá, Brasília), objeto de estudo anterior pelo Ministério da Saúde e os Pólos de Educação Permanente em Saúde (PEPS) do Estado do Rio de Janeiro, do Estado de São Paulo e da Grande São Paulo, escolhidos aleatoriamente (VIANA, 2008).

No final do estudo são feitas recomendações para o "aprimoramento" da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (VIANA, 2008).

Sobre essa pesquisa, em caderno de textos sobre a temática de recursos humanos em saúde publicado em março de 2006, em virtude da realização da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, encontramos um artigo redigido pela nova

equipe de trabalho da SGTES que apontava à época os principais pontos de desafios da educação permanente no SUS.

Este artigo trazia uma leitura de avaliação crítica da equipe da SGTES a partir dos resultados do "Programa de Avaliação da Educação Permanente" de modo que os autores deixam clara sua posição em relação à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde instituída pela Portaria nº 198. Segundo os autores, esta pesquisa havia se constituído em setembro de 2005 (passados dois anos de aprovação da política) pela SGTES em parceria com a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo de modo a comparar avanços e recuos nos objetivos básicos da política de formação de pessoal para o SUS (CAMPOS *et al.*, 2006).

Depois de apresentar, num ato de reconhecimento, as bases e concepções pelas quais se firmou a PNEPS de 2004, os autores apresentam os resultados parciais obtidos pela pesquisa que, centravam-se na avaliação à estratégia dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, já referido anteriormente. A partir daí convocam à reflexão sobre alguns aspectos da PNEPS no sentido de "apontar mudanças que visem ao fortalecimento da educação permanente e seus pressupostos em relação com a dinâmica do trabalho na Saúde" (CAMPOS *et al.*, 2006).

De início os autores apontavam haver uma "falha no desenho institucional" em relação ao papel dos pólos referentes a encaminhamento dos projetos, liberação dos recursos, execução das atividades e monitoramento e controle das ações aprovadas. Isso se devia ao fato de os Pólos não serem instâncias executoras, mas sim de decisão política e, portanto, aprovavam projetos mas não tinham controle sobre sua execução e avaliação. Dessa forma, para os autores, isso fazia com que os pólos fossem vistos apenas como "intermediários financeiros de projetos" (CAMPOS *et al.*, 2006).

Havia a crítica ao financiamento dos projetos serem centralizados em contraponto à proposta de descentralização e pactuação local prevista pela política, o que gerava atrasos importantes na execução das atividades programadas. Dessa forma, os autores, em superação a isso, propunham um financiamento descentralizado, com tranferência de recursos fundo a fundo atrelados a um planejamento, monitoramento e avaliação que permitam acompanhar as demandas, a execução, a dinâmica dos serviços de saúde, a integração com instituições de ensino e as adequações necessárias ao processo pedagógico para a educação permanente no trabalho em saúde. (CAMPOS *et al.*, 2006).

Os pólos também estariam ausentes dos mecanismos de monitoramento e avaliação em nível local, o que para os autores, poderia descolar o papel destes da sua real aderência ao sistema de saúde (CAMPOS *et al.*, 2006).

Outra crítica era ao fato de que as ações que eram aprovadas nos pólos nem sempre correspondiam às necessidades de "capacitação" dos serviços ou "poderiam produzir mudanças reais na melhoria de indicadores de saúde ou no alcance de metas propostas para promoção, prevenção e assistência, podendo representar interesses singulares de um grupo de atores envolvidos em um dado momento". Como solução, os autores propunham a necessidade de pactuações locais e regionais para a educação permanente, com projetos e metas atreladas ao sistema de saúde, incorporando os avanços dos pólos como um espaço de articulação horizontalizada (CAMPOS *et al.*, 2006).

Sobre a relação entre ensino e serviço afirmam que "a pactuação nos pólos não conseguiu superar dicotomias antigas, reproduzindo (pré)conceitos consolidados historicamente, tanto nos serviços de saúde como nas instituições de ensino". A isso, os autores devem à falta de consenso sobre a abordagem pedagógica dos processos de educação permanente (CAMPOS *et al.*, 2006).

Finalmente, os pólos seriam vistos pelos autores como espaços burocratizados e segmentados e por esse aspecto não conseguiriam desenvolver políticas nacionais e de caráter universal, que necessitariam de esforço para sua consolidação, especialmente as ações relacionadas com a Atenção Primária à Saúde (CAMPOS *et al.*, 2006).

Essa avaliação crítica dos autores sobre os modos de ação e processos desencadeados pela PNEPS de 2004 revelam muitas das discordâncias das duas propostas que se estabelecem em torno da EPS. Também revelam as bases de entendimento sobre as quais se estabeleceu a Portaria nº 1996 que traria novas diretrizes à implementação da PNEPS.

Ressaltamos que essa avaliação aliada ao que definia o Pacto pela Saúde foi basilar para estabelecer "alterações" à política de educação permanente em saúde.

Sobre o Pacto pela Saúde, foi um pacto firmado entre gestores do SUS nas três esferas de gestão (União, Estados e Municípios), cujo objetivo era o de fortalecer o processo de regionalização por meio da negociação e pactuação intergovernamental (BRASIL, 2006b). Suas diretrizes teriam o papel de redefinir e recolocar as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social (BRASIL, 2006a).

Aprovadas na reunião da Comissão Intergestores Tripartite no dia 26 de janeiro de 2006 e na reunião do Conselho Nacional de Saúde no dia nove de fevereiro de 2006, as diretrizes do Pacto pela Saúde foram ratificadas pela publicação da Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006. Este se apresentava dividido em três componentes: Pacto pela Vida; Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão (BRASIL, 2006a).

O Pacto pela Saúde instituiria novas formas de gestão do SUS, estabelecendo metas e compromissos para cada ente federado, com renovação anual. A implementação desse pacto se dava através da adesão dos três entes federados (Municípios, Estados e União) ao Termo de Compromisso de Gestão, de forma que substituiu todas as outras formas de gestão anteriores. A forma de transferência dos recursos da União para estados e municípios também foi modificada, passando a ser integrada em cinco grandes blocos de financiamento (Atenção, Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS) (BRASIL, 2006a).

Outra novidade criada pelo Pacto pela Saúde foram os Colegiados de Gestão Regional (CGR).

Tais colegiados foram identificados como espaços de decisão para a "identificação de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva" (BRASIL, 2006a).

Distintamente dos Colegiados de Gestão dos Pólos de Educação Permanente em Saúde instituídos pela Portaria nº 198/GM/MS que integrava representantes da gestão, instituições de ensino, serviço e controle social, os Colegiados de Gestão Regionais seriam formados apenas por representantes da gestão, quais sejam, gestores municipais de saúde do conjunto de municípios e representantes do(s) gestor(es) estadual(ais) (BRASIL, 2006a).

As decisões desses espaços seriam definidas por consenso, "pressupondo o envolvimento e comprometimento do conjunto de gestores com os compromissos pactuados" (BRASIL, 2006a).

Conforme a Portaria nº 1996/GM/MS esses Colegiados com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) seriam responsáveis pela condução regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2007).

Essa condução se daria através da elaboração de um Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) coerente com os Planos de Saúde Estadual e Municipais da região. Esses planos deveriam conter: caracterização da região de saúde; identificação dos problemas de saúde; caracterização da necessidade de formação em saúde; atores envolvidos; relação entre os problemas e as necessidades de educação permanente em saúde; produtos e resultados esperados; processo de avaliação do plano; recursos envolvidos para a execução do plano (BRASIL, 2009).

Para além disso, a Portaria nº 1996 estabelece como atribuições do Colegiado de Gestão Regional:

> I – Construir coletivamente e definir o Plano de Ação Regionalvde Educação Permanente em Saúde para a região, a partir das diretrizes nacionais, estaduais e municipais (da sua áreavde abrangência) para a educação na saúde, dos Termosvde Compromisso de Gestão dos entes federados participantes, do pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e das necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde;
> II – Submeter o Plano Regional de Educação Permanente em Saúde à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para homologação;
> III – Pactuar a gestão dos recursos financeiros no âmbito regional, que poderá ser realizada pelo Estado, pelo Distrito Federal e por um ou mais municípios de sua área de abrangência;
> IV – Incentivar e promover a participação nas Comissões de Integração Ensino-Serviço, dos gestores, dos serviços de saúde, das instituições que atuam na área de formação e desenvolvimento de pessoal para o setor saúde, dos trabalhadores da saúde, dos movimentos sociais e dos conselhos de saúde da sua área de abrangência;
> V – Acompanhar, monitorar e avaliar as ações e estratégias de educação em saúde implementadas na região; e
> VI – Avaliar periodicamente a composição, a dimensão e o trabalho das Comissões de Integração Ensino-Serviço e propor alterações caso necessário (BRASIL, 2007, p. 09-10).

Apesar de o documento da política manter a proposição da PNEPS anterior de 2004 de "ruptura com o sistema verticalizado para trabalhar com a idéia de rede" (BRASIL, 2004b, 2009, p.20-21) e com a ideia de "co-gestão" da política (BRASIL, 2004b, 2009, p.21), observamos no modo de estruturação dessa nova proposta a supremacia das decisões centradas na figura do Colegiado de Gestão Regional, instância na qual participavam apenas gestores.

Aos Colegiados de Gestão Regional (CGR) caberia a "elaboração do Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde" (BRASIL, 2007, pag.9). Às Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) caberia apenas o "apoio e cooperação técnica na construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde da sua área de abrangência" (BRASIL, 2007, p.10).

Se antes, a PNEPS instituída pela Portaria nº 198 limitava o papel de decisão política dos gestores, ampliando a democratização dos processos decisórios e colocando-os em condição de igualdade em relação aos outros atores dos movimentos sociais, entidades estudantis, serviços de saúde, nas definições de políticas para a formação e o desenvolvimento do SUS, agora a partir da definição legal do Pacto pela Saúde, o protagonismo dos gestores voltava à cena.

Hadadd (2008, p. 106) em contrapartida caracterizaria essa proposta de política como "uma política ascendente, que vem somar ao papel indutor do gestor federal".

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) junto ao Ministério da Saúde colocavam-se

como importantes atores nesse processo, em condições de estabelecer responsabilidades entre os três gestores do SUS, no campo da gestão do Sistema e da atenção à saúde (BRASIL, 2006a).

Sobre isso, aplica-se a compreensão da pesquisa de Viana (2008) que trazia a insatisfação dos gestores com a proposta de funcionamento dos Pólos de EPS, sendo um fator de dificuldade apresentado, a ausência de representatividade dos gestores nas reuniões dos Pólos:

> Um aspecto destacado pelos entrevistados refere-se à baixa participação dos gestores municipais de Saúde, embora haja representação prevista deste segmento no Colegiado de Gestão de todos os Pólos avaliados (VIANA, 2008, p.73)

É preciso destacar que o coletivo de trabalho que se constituiu nessa segunda conformação da SGTES procurou estabelecer diálogo e aproximação com as representações dos gestores, chamando-os para discutir os processos avaliativos e de revisão da Portaria nº 198/GM/MS de 2004.

Nesse sentido, no período de 23 e 24 de novembro de 2006, foi realizada uma Oficina Tripartite em Brasília, com a participação do CONASS, CONASEMS, MS/SGTES/DEGES, para avaliação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde instituída pela Portaria nº 198/GM/MS de 2004. Nessa ocasião foi apresentado o Relatório da Pesquisa de Avaliação dessa Política desenvolvido pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) (CNS, 2007b).

Em fevereiro, março e abril de 2007 foram realizadas mais três reuniões da Câmara Técnica de Recursos Humanos da CIT com representantes do CONASS e CONASEMS para trabalhar os encaminhamentos da oficina realizada em novembro e apontar os pontos de consenso e os que necessitariam de maior discussão em relação à revisão da Portaria (CNS, 2007c).

Em paralelo ao diálogo com o CONASS e CONASEMS estabeleceu-se discussão junto à Câmara Técnica de Recursos Humanos da CIT e no Grupo de Trabalho na Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH) do Conselho Nacional de Saúde para discussão da revisão da Portaria (CNS, 2007b, 2007c).

Das discussões na CIRH do Conselho Nacional de Saúde vieram contribuições importantes. Sabemos através da fala de Ana Estela Haddad na 176ª Reunião Ordinária do CNS que foi produzido um relatório pelo Grupo de Trabalho da CIRH referente à discussão da revisão da Portaria nº 198 (CNS, 2007c).

Tivemos acesso através de informantes-chave ao Relatório de reunião da CIRH do dia 11 de junho de 2007 que traz em sua disposição um histórico de revisão da Portaria nº 198. Esse relatório consideraria a PNEPS como uma estratégia do SUS para o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor, orientada pelos princípios da educação permanente em saúde. A EPS estaria voltada nessa concepção para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde, e para a organização dos serviços.

Para tanto, seria necessária a articulação entre o sistema de saúde em suas esferas de gestão e as instituições formadoras.

Note-se a centralidade que esses dois atores (gestores e instituições formadoras) adquiriram nessa nova proposta de implementação da PNEPS.

O presente relatório traria a menção à pesquisa de avaliação e acompanhamento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, já referida anteriormente nesse estudo. Traria ainda a enumeração de alguns pontos considerados positivos para a proposta de EPS que surgiram a partir da Oficina Tripartite (mencionada acima) em Brasília. São eles:

> - Ênfase na descentralização do processo de aprovação da política, assim como na execução e principalmente no seu financiamento;
> - Institucionalização da política, uma vez que fortalece as instâncias gestoras e de controle social;
> - Empoderamento dos atores locais de forma a garantir a gestão participativa das decisões e ações da educação na saúde;
> - Maior foco nas reais questões locais e regionais, guardando suas especificidades e necessidades regionais;
> - Fortalecimento do papel da instância estadual de gestão e acompanhamento da política (CNS, 2007a).

Segundo consta no relatório, foi a representação dos gestores que apresentou a proposta da mudança dos Pólos de Educação Permanente em Saúde pelas Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), conforme estava disposto no artigo 14 da lei 8.080/90, o que garantiria a implementação dessa instância prevista em lei e sua consolidação:

> Deverão ser criadas Comissões Permanentes de Integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior (BRASIL, 1990, p.4)

As CIES também estavam previstas no documento "Princípios e Diretrizes para uma Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS" - NOB/RH SUS:

> estabelecer mecanismos de negociação intersetorial – saúde/educação – com os respectivos gestores da educação ou dirigentes de escola, para um progressivo entendimento, com vistas a uma ação integrada e cooperativa que busque ajustar, qualitativa e quantitativamente, a instituição formadora às demandas e necessidades do SUS em âmbito dos sistemas municipais, estaduais e federal de saúde com o estabelecimento e a definição de responsabilidades conjuntas (BRASIL, 2003a, p. 55).

Essas Comissões foram definidas como instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participariam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2007).

Voltava à cena a integração ensino-serviço das formulações originadas da OPAS que a política de EPS anterior buscava superar.

Os gestores, mais uma vez, marcariam presença na composição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) que previa a participação de gestores de saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal (BRASIL, 2007).

A Portaria nº 1996 abria brechas à participação de outros atores/atrizes, "de acordo com as especificidades de cada região":

> I – Gestores estaduais e municipais de educação e/ou seus representantes;
> II – Trabalhadores do SUS e/ou suas entidades representativas;
> III – Instituições de ensino com cursos na área da Saúde, por meio de seus distintos segmentos;
> IV – Movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS (BRASIL, 2007, pag. 10).

Se observarmos, essa estrutura corresponde à mesma estrutura do quadrilátero de formação proposta na PNEPS de 2004: gestão - atenção - ensino - controle social.

Fazendo um exercício de comparação com a estrutura dos Pólos de EPS (que corresponderiam em equivalência às CIES), visualizamos que a partir da Portaria nº 1996 houve a redução de participantes para uma composição mais enxuta.

Abaixo grifamos as representações que desapareceram nessa nova configuração da política.

> I. gestores estaduais e municipais de saúde e de educação;
> II. instituições de ensino com cursos na área da saúde;
> **III. escolas técnicas, escolas de saúde pública e demais centros formadores das secretarias estaduais ou municipais de saúde;**
> **IV. núcleos de saúde coletiva;**
> **V. hospitais de ensino e serviços de saúde;**

> **VI. estudantes da área de saúde;**
> VII. trabalhadores de saúde;
> **VIII. conselhos municipais e estaduais de saúde;**
> IX. movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde. (BRASIL, 2004b, p.46)

Apesar de as CIES configurarem um arcabouço de formulação participativo e descentralizado, a impressão que temos é a de que ao passo que a PNEPS de 2004 buscava ampliar o diálogo e participação para o conjunto dos atores que se entendiam construtores do SUS em uma ampliação do conceito de educação permanente em saúde, a PNEPS de 2007 procurava estabelecer diálogo referente à educação permanente em saúde apenas com os atores que estariam diretamente responsáveis pela sua execução, revelando uma concepção estreita do conceito. É exatamente o caráter executor que anteriormente pretendia-se evitar que é visto como o desejável.

Assim, os "Estudantes da área da saúde" foram identificados como um dos segmentos das Instituições de ensino e reunidos na categoria: "Instituições de ensino com cursos na área da Saúde, por meio de seus distintos segmentos" e os Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde foram identificados na categoria: "Movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS". As escolas técnicas, escolas de saúde pública e demais centros formadores das secretarias estaduais ou municipais de saúde; núcleos de saúde coletiva; hospitais de ensino e serviços de saúde desapareceram dessa nova composição.

Foram definidas como atribuições das CIES, constantes na Portaria nº 1996:

> I – Apoiar e cooperar tecnicamente com os Colegiados de Gestão Regional para a construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde da sua área de abrangência;
> II – Articular instituições para propor, de forma coordenada, estratégias de intervenção no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores, à luz dos conceitos e princípios da Educação Permanente em Saúde, da legislação vigente, e do Plano Regional para a Educação Permanente em Saúde, além do estabelecido nos Anexos desta Portaria;
> III – Incentivar a adesão cooperativa e solidária de instituições de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde aos princípios, à condução e ao desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde, ampliando a capacidade pedagógica em toda a rede de saúde e educação;
> IV – Contribuir com o acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e estratégias de Educação Permanente em Saúde implementadas; e
> V – Apoiar e cooperar com os gestores na discussão sobre Edu cação Permanente em Saúde, na proposição de intervenções nesse campo e no planejamento e desenvolvimento de ações que contribuam para o cumprimento das responsabilidades assumidas nos respectivos Termos de Compromisso de Gestão (BRASIL, 2007, p. 10-11).

A Portaria também estabeleceria a formação de uma “secretaria executiva” das CIES para encaminhar as questões administrativas envolvidas na gestão da política de educação permanente em saúde, devendo estar prevista no PAREPS.

Como a política de educação permanente em saúde passaria a ser uma responsabilidade tripartite, os compromissos deveriam ser feitas por todas as esferas de gestão. Assim, a portaria estabelecia que a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) deveria contar com o apoio de uma Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES) formada por: representantes das Comissões de Integração Ensino-Serviço no estado;gestores e técnicos (municipais, estaduais e do Distrito Federal) indicados pela CIB para compor esse espaço; e um representante de cada segmento que compõe as Comissões de Integração ensino-serviço (BRASIL, 2007).

As atribuições dessa CIES vinculada à CIB seriam:

> I – Assessorar a CIB nas discussões sobre Educação Permanente em Saúde, na elaboração de uma Política Estadual de Educação Permanente em Saúde;
> II – Estimular a cooperação e a conjugação de esforços e a compatibilização das iniciativas estaduais no campo da educação na saúde, visando a integração das propostas; e
> III – Contribuir com o acompanhamento, monitoramento e avaliação da implementação da Política de Formação e Desenvolvimento no âmbito do SUS e das ações e estratégias relativas à educação na saúde, constante do Plano Estadual de Saúde (BRASIL, 2007, p. 11).

Também são dispostas as atribuições da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e do Conselho Estadual de Saúde no âmbito da Educação Permanente em Saúde.

À CIB caberia: elaborar e pactuar o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde; definir o número e a abrangência das Comissões de Integração Ensino-Serviço, sendo no mínimo uma e no máximo o limite das regiões de saúde estabelecidas para o estado; pactuar os critérios para a distribuição, a alocação e o fluxo dos recursos financeiros no âmbito estadual; homologar os Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde; acompanhar e avaliar os Termos de Compromisso de Gestão estadual e municipais, no que se refere às responsabilidades de educação na saúde; e avaliar periodicamente a composição, a dimensão e o trabalho das Comissões de Integração Ensino-Serviço e propor alterações caso necessário (BRASIL, 2007, p. 12).

Ao CES da mesma forma caberia: definir as diretrizes da Política Estadual e do Distrito Federal de Educação Permanente em Saúde; aprovar a Política e o Plano de Educação Permanente em Saúde Estadual e do Distrito Federal, que deverão fazer parte do Plano de

Saúde Estadual e do Distrito Federal; e acompanhar e avaliar a execução do Plano de Educação Permanente em Saúde Estadual e do Distrito Federal (BRASIL, 2007, p. 12).

O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde seriam responsáveis por: planejar a formação e a educação permanente de trabalhadores em saúde necessários ao SUS no seu âmbito de gestão, contando com a colaboração das Comissões de Integração Ensino-Serviço; estimular, acompanhar e regular a utilização dos serviços de saúde no seu âmbito de gestão para atividades curriculares e extracurriculares dos cursos técnicos, de graduação e pós-graduação na saúde; e articular, junto às Instituições de Ensino Técnico e Universitário, mudanças em seus cursos técnicos, de graduação e pós-graduação de acordo com as necessidades do SUS, estimulando uma postura de co-responsabilidade sanitária. Também seriam responsáveis pela garantia de cooperação e assessoramento técnicos que se fizessem necessários (BRASIL, 2007, p. 14).

Com a adesão ao Pacto, também eram previstos a proposição de indicadores para o acompanhamento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde dentro do Processo da Pactuação Unificada de Indicadores, que seriam dessa forma integrados aos indicadores do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2007).

Em relação ao financiamento, seria feito através de blocos de financiamento com transferências do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos estaduais, do Distrito Federal e dos municípios mediante assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, conforme preconizava o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a, 2007).

O documento da política trazia critérios para a forma de alocação orçamentária referente à PNEPS (BRASIL, 2009).

O primeiro grupo de critérios tratava da adesão às políticas setoriais de saúde que propunham a alteração do desenho tecnoassistencial em saúde, com peso referente à 30% do total. Faziam parte desse grupo: a cobertura das equipes de saúde da família; a cobertura das equipes de saúde bucal e a cobertura dos centros de atenção psicossocial, com cada um destes critérios com peso de 10%.

O segundo grupo de critérios referia-se à população total do estado e ao quantitativo de profissionais de saúde que prestam serviços ao SUS, com peso referente à 30% do total. Faziam parte desse grupo: o número de profissionais de saúde que prestam serviços para o SUS, com peso referente a 20% e a população total do estado, com peso de 10%.

O terceiro grupo de critérios preocupava-se com a questão referente às desigualdades regionais. Faziam parte desse grupo: o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-

M) e o inverso da concentração de instituições de ensino (IES superior e Escolas Técnicas do SUS - RETSUS) com cursos de saúde, cada um destes com peso de 20% do total.

Caberia ao CGR à observação e incentivo de criação de mecanismos legais que assegurassem a gestão desses recursos financeiros alocados para as regiões de saúde (BRASIL, 2009).

Também estava prevista na Portaria nº 1996 a reativação da Comissão Nacional de Acompanhamento da PNEPS composta por gestores das três esferas, atores do controle social, das instituições de ensino e trabalhadores dos serviços e suas representações. Essa comissão teria a atribuição de formular políticas nacionais e definir as prioridades nacionais em educação na saúde (BRASIL, 2007).

Quanto ao conceito de educação permanente em saúde proposto pela PNEPS de 2007, a única menção feita a este na Portaria nº 1996 é a cópia fiel da concepção expressa pela Portaria nº 198. Vejamos:

> a Educação Permanente é o conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde (BRASIL, 2007, p. 07).

> a Educação Permanente é o conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde (BRASIL, 2004b, p. 44).

No documento de 2009, no segundo capítulo onde são apresentadas as "Diretrizes Operacionais para a constituição e funcionamento das Comissões de Integração Ensino-Serviço" (anexo II) encontramos trechos inteiros copiados da PNEPS de 2004 da seção "Orientações e Diretrizes para a Operacionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor" (anexo II). Vejamos:

> **A *Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.***
> Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde; tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho; e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho.
> A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde explicita a relação da proposta com os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde na rede do SUS (onde se considere a organização e o funcionamento horizontal dos recursos, das tecnologias e da disponibilidade dos trabalhadores em saúde para garantir

> a oportunidade, a integralidade e a resolução dos processos de atenção à saúde, da gestão, do controle social e da produção social de conhecimento. Uma cadeia de cuidados progressivos à saúde supõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com a idéia de rede, de um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatórios de especialidades e hospitais gerais e especializados em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados, reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações) (BRASIL, 2004b, p. 49).

> *A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. (...)* Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações.
> A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde explicita a relação da proposta com os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde. Uma cadeia de cuidados progressivos à saúde supõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com a idéia de rede, de um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatórios de especialidades e hospitais gerais e especializados em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados, reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações (BRASIL, 2009, p.20-21).

Tais fatos poderiam sinalizar um acordo com as concepções trazidas pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde instituída pela Portaria nº 198. Ou seja, pela leitura da portaria nº 1996, esta não sugeriria uma ruptura com as bases da política instituída anteriormente.

Além disso, a idéia de "aprimoramento" à PNEPS de 2004 trazida como sugestão da pesquisa de avaliação empreendida pela SGTES e a Faculdade de Medicina da USP e a intenção manifesta dos integrantes da SGTES pela "revisão" da Portaria nº 198, sugerem um esforço dos autores em passar uma imagem de continuidade da Política de Educação Permanente, embora fossem necessárias algumas "alterações".

Entretanto, se formos mais criteriosos em nossa análise, veremos que para além dos aspectos já sinalizados de diferença no *modus operandi* da política, pela substituição do modelo dos Pólos de Educação Permanente em Saúde pelo estabelecimento de Comissões de Integração Ensino-Serviço - o que alteraria substantivamente as formas de operar e os objetivos almejados em ambas as propostas, as concepções sob as quais se assenta a "Política Nacional de Educação Permanente em Saúde" publicadas no documento de 2009 diferem daquelas encontradas nas produções textuais oficiais e não oficiais da PNEPS de 2004, configurando duas propostas diferentes.

Pistas para o estabelecimento dessa diferença foram encontradas no terceiro capítulo desse material, um artigo publicado da professora Maria Cristina Davini, pesquisadora da área de desenvolvimento de recursos humanos.

No texto, a autora propõe novos sentidos à capacitação, propondo-se revisar os seus vários enfoques e à educação permanente do pessoal da saúde bem como seus desafios e potencialidades para a contribuição no desenvolvimento de uma estratégia educativa integral que tivesse o objetivo de transformação dos serviços de saúde e o desenvolvimento permanente de seus recursos humanos.

É importante salientar desde já, como marca de diferença que a autora não problematiza a categoria "recursos humanos", tomando-a como algo dado.

A capacitação concebida por Davini (2009) configura uma estratégia para a mudança das práticas. No entanto, a autora partia do reconhecimento da existência de desvios que seriam fruto da influência de "uma grande variedade de condições institucionais, políticas, ideológicas e culturais". Entre os exemplos desses desvios estariam: a simplificação, a visão instrumental da educação, o imediatismo, a baixa discriminação de problemas a superar e a tendência em atuar por meio de programas e projetos com lógica de começo e fim.

Nessa perspectiva, Davini reconhecia que a maioria dos programas de capacitação mantinha-se vinculado ao paradigma de "transmissão escolar", baseado em uma lógica de transmissão de conhecimentos, para uma vez incorporados serem aplicados, ocultando quase sempre as orientações dos processos.

Contudo, nem sempre as iniciativas de capacitação tinham esse aspecto, mas também conservariam o objetivo de promover mudanças na organização dos serviços. A "capacitação" concebida nesses termos seria parte essencial da estratégia de mudança institucional, tendo seus programas significado um importante avanço.

No campo da capacitação na área da saúde, entretanto, as mudanças de concepção não teriam conseguido fazer a passagem desse enfoque centrado na transmissão de conhecimentos por meio de aulas.

O enfoque dado à capacitação nessa perspectiva, na maioria das vezes limitava-se à adoção de rotinas de trabalho ou aquisição de algumas habilidades específicas presumindo a existência de um contexto neutro e raramente tinham o objetivo de revisão das práticas.

Segundo a autora para a modificação de uma prática organizativa nos serviços de saúde, seria necessário trabalhar não apenas o aspecto de aquisição de habilidades, mas considerar os contextos que mantem e alimentam as práticas que se deseja transformar.

Nesse sentido a educação permanente em saúde era identificada como uma “estratégia de mudança institucional” e poderia abranger em seu processo diversas ações específicas de capacitação.

O conceito de educação permanente em saúde abordado pela autora é reconduzido ao plano educacional, abordagem da qual a PNEPS de 2004 em seu esforço de ressignificação da proposta, buscava se afastar.

> A Educação Permanente no Serviço é o enfoque educacional reconhecido como sendo o mais apropriado para produzir as transformações nas práticas e nos contextos de trabalho, fortalecendo a reflexão na ação, o trabalho em equipes e a capacidade de gestão sobre os próprios processos locais (DAVINI, 2009, p. 56)

Note-se que a expressão utilizada adjetiva a educação permanente, pois fala Educação Permanente no Serviço. O contraste com a produção do primeiro período se faz quando recordamos que paulatinamente há um afastamento daquele conceito de educação permanente da ideia de educação no serviço. Por sua vez, para Davini a educação permanente é vista como um enfoque educacional, o que contrasta com um encontro entre os mundos do trabalho e da educação presente no primeiro período.

Para a autora, a educação permanente é parte de um movimento internacional, mais particularmente na América Latina, de renovação e mudança da concepção e nas práticas de capacitação tradicionais dos trabalhadores dos serviços, iniciada nos anos 80 e incentivada pela OPAS e outros organismos internacionais (DAVINI, 2009).

A autora também partia do reconhecimento à concepção de reorientação do conceito de educação permanente em saúde proposta pela OPAS, que incorporava elementos da sociologia das organizações, da análise institucional e da educação de adultos e que no caso da saúde teria levado à contraposição dos paradigmas da educação continuada e educação permanente.

Reconhecia-se, portanto, aspectos relacionados a esse novo conceito de EPS: a incorporação entre ensino e aprendizagem à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais e laborais (a integração ensino-serviço); a modificação das estratégias educativas, a partir da problematização da prática; a condição das pessoas como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação em vez de receptores; o cárater de equipe e grupo como estrutura de interação, evidenciando a fragmentação disciplinar e a ampliação dos espaços educativos para além das salas de aula (DAVINI, 2009).

Ao se apropriar das contribuições da perspectiva histórica do neoinstitucionalismo, a autora considerava que o objetivo dos esforços de ação, tendo em vista o desenvolvimento da educação permanente nos níveis mais altos de aprendizagem, deveria ser o de alcançar uma mediação institucional para a criação-extinção dos contextos organizativos que favoreciam ou inibiam certas práticas.

Ou seja, mudar as práticas implicaria a necessidade de mudança institucional, já que as instituições detêm a legitimidade histórica e social e o poder de ditar e internalizar, por mecanismos formais e informais as regras sociais.

Conforme afirma a própria autora:

> Refletir sobre as práticas e transformá-las implica um complexo processo de institucionalização e desinstitucionalização, que requer formas de ação coletivas. Em conseqüência, a instalação ou modificação de uma prática institucional implicará influir não apenas no desenvolvimento de novas habilidades específicas, mas necessariamente colocar os pressupostos e os contextos em discussão (DAVINI, 2009, p52)

Nessa perspectiva, as instituições adquiriam centralidade, considerando-se sua influência nos modos de ação dos atores, nos rumos, trajetórias e conteúdo das políticas.

Para os adeptos do neoinstitucionalismo, são as instituições, na sua posição de mediar a relação entre Estado e sociedade, entre estruturas econômicas e comportamentos de indivíduos e grupos, que modelam processos políticos e sociais nos diferentes países (LIMA; MACHADO; GERASSI, 2011).

Nascido da tentativa de superar o “velho institucionalismo” de cunho excessivamente normativo e o “behaviorismo” ou “comportamentalismo” que também se mostrava insuficiente em suas análises diante da diversidade das situações históricas, o neoinstitucionalismo se estabelecia sem a pretensão de explicar todos os fenômenos políticos e considerando que não se podia estabelecer posturas definitivas ou teorias gerais associadas a longos períodos históricos, em vez disso, apenas afirmações provisórias relativas a determinadas conjunturas político-econômicas, que seriam formuladas, testadas e alteradas a partir da análise de casos concretos (LIMA; MACHADO; GERASSI, 2011).

Por instituições entenda-se qualquer regra ou forma de constrangimento que molda as interações humanas, ou conforme Davini (2009) que relacionaria o conceito às “regras do jogo”. Estas poderiam ser formais e facilmente reconhecíveis como os regulamentos ou informais a exemplo dos códigos de comportamento, acordos subentendidos que se

transformam em comportamento habitual. As organizações, por outro lado, seriam os jogadores, identificados como grupos de indivíduos reunidos em torno de um objetivo.

Dessa forma, há a proposição da conversão da educação permanente em uma ferramenta de intervenção institucional que desse conta da mudança e do aprendizado nas organizações de trabalho superando o papel atribuído à educação do pessoal na saúde.

Para além da reflexão-ação a partir da interação com o mundo do trabalho, a educação teria que analisar as possibilidades de acordo com os contextos, colocando em discussão os bloqueios institucionais, regulatórios, normativos ou cognitivos para a efetivação do conhecimento em ação.

Apesar da valorização do enfoque educacional da proposta de EPS, a autora afirmaria que o processo educativo não poderia se restringir à aula e que a mudança institucional requeria muito mais atores, inclusive do jogo político, que apenas os representantes do ensino e do serviço.

A meta seria a "institucionalização da educação permanente" (DAVINI, 2009, p. 58).

As Universidades "por seu peso no conhecimento" eram reconhecidas como importantes atores nesse processo, capaz de fazer avançar os acordos políticos ao mesmo tempo em que se beneficiariam por sua participação no desenvolvimento da educação permanente e dos serviços e por sua aprendizagem organizacional para o aperfeiçoamento das experiências nos processos de formação de nível superior.

Para Davini (2009) qualquer instância de trabalho acadêmico ou de administração de um conhecimento específico deveria estar engajada no processo de trabalho de reflexão na ação.

A avaliação finalmente era compreendida como indispensável para a busca de aperfeiçoamento e a melhoria das ações, apoiando as decisões durante o processo e reorientando as iniciativas.

Diante do exposto, é preciso que marquemos aqui uma diferença.

A proposta de educação permanente em saúde que aqui analisamos surgida no segundo período da SGTES assentou-se na perspectiva teórica do neoinstitucionalismo, conforme visualizamos no texto de Davini tomado como referência à "Política Nacional de Educação Permanente em Saúde". Aqui a educação permanente em saúde, como já mencionamos, é vista como estratégia de mudança institucional. Ademais, há uma aposta reiterada (diversas vezes) na capacidade das instituições produzirem a transformação das práticas de saúde.

Diferentemente da proposta anterior nascida e formalizada pela publicação da Portaria nº 198, que tomava outras referências conceituais. Em artigo publicado por Merhy, Feuerwerker e Ceccim (2006) os autores apontam a centralidade que as contribuições da análise institucional adquiriram na proposição da proposta de política em torno da educação permanente em saúde.

> Sin embargo, considerando la importancia para la consolidación del SUS del cambio de prácticas y conceptos de salud (en un contexto de contra-hegemonía) y de la radicalización de la democratización del sistema, nos pareció extremamente apropiado agregar a la perspectiva de la educación permanente la contribución del análisis institucional y de las pedagogías institucionales (MERHY; FEUERWERKER, CECCIM, 2006, p. 153).

Conceitos como o de autogestão, implicação, analisador, análise coletiva das demandas sociais, intervenção são todos tomados das discussões da análise institucional (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006).

Ademais ao passo que o neoinstitucionalismo considera as instituições como atores centrais, aqueles que detém as "regras do jogo", a análise institucional parece apostar muito mais na capacidade dos sujeitos em produzir transformações. Considera-se o espaço de autonomia do trabalhador e sua capacidade de fazer coisas, agenciar, ter poder.

Se a meta colocada em relação à segunda versão da PNEPS era a "institucionalização da educação permanente" como aponta a própria Davini, a primeira proposta de política almejava definitivamente a "institucionalização de uma prática instituinte", já que as mudanças se fariam em ato e em cada caso a partir da reflexão dos sujeitos.

Cabe a indagação: o ato de tomar bases conceituais distintas se refletiu nos modos de condução da política distintos? Ou ainda: as diferenças entre as duas propostas se deu em virtude dessas diferentes perspectivas teóricas tomadas?

Tomando o mote da comparação entre as duas propostas da SGTES, é preciso dizer que não notamos um mesmo esforço de apropriação e produção de novos conceitos nessa segunda proposta de EPS, sendo o ferramental teórico-conceitual utilizado tomado de suas concepções originais e restrito ao plano educacional.

Notamos ainda uma mudança de direção em relação à EPS: o que era visto como estratégia de consolidação do SUS torna-se mudança do modelo de atenção. O protagonismo do trabalhador na educação permanente parece bem menos reconhecido neste segundo enfoque.

## EXISTIRAM DUAS POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE?

No início desse estudo tomávamos como ponto de partida a existência de duas políticas de educação permanente em saúde. Ideia que se configurou como uma primeira hipótese de trabalho, pronta para ser posta em questão. Para efeito de análise e comparação, isso foi particularmente importante, porque não partíamos de um universo conhecido onde tínhamos respostas ou verdades prontas sobre as questões, mas de uma suspeita materializada pela existência de publicações diferentes que versavam sobre o mesmo tema: a Educação Permanente em Saúde.

Essas cristalizações (mesmo que temporárias) chamadas "hipóteses de trabalho", conceito plástico tomado de Bachelard nos permitiram por outro lado "exercitar a honestidade" pela explicitação de onde partíamos, um lugar reconhecidamente implicado, influenciado por uma visão de mundo próxima àquela tomada por alguns autores, e que consideramos o primeiro "coletivo de trabalho" da SGTES.

O percurso a partir daquelas primeiras hipóteses deu lugar a um movimento (subjetivo) de auto-interrogação constante e "vigilância de si mesmo", tão preocupados estávamos com a busca incessante da objetividade e a tentativa de desconstrução dos nossos (pré)conceitos, inquilinos de nós mesmos.

A análise das produções textuais nos dois períodos diferentes da SGTES nos governos Lula nos permitiu sair da superficialidade daquelas "ideias toscas" e navegar em um campo mais complexo, onde se misturam convicções, vontades pessoais e coletivas, grupos, identidades, pluralidade de referências conceituais, incomensurabilidades e disputas de poder(es).

No contato com os documentos institucionais e nos achados curiosos de outras publicações não formais, tivemos possibilidade de visualizar a existência de duas propostas que se configuram distintas, tanto nas suas concepções quanto no seu *modus operandi*: uma primeira proposta que se desenhou a partir de Pólos de Educação Permanente em Saúde e uma segunda proposta que se desenhou a partir de Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço.

Mas não só. Vimos também que as concepções que orientaram os modos de ação dessas duas propostas eram distintas.

Assim, em um primeiro momento da SGTES vimos a gênese de um movimento que se pretendeu "um permanente instituinte", almejando a mudança não propriamente da "formação" em si (mas também), mas de algo maior, talvez uma mudança na própria

condução do Sistema Único de Saúde. Uma proposta "finalística às políticas de saúde" não uma "proposta-meio", diriam seus autores.

Mas essa proposta não parecia estar dada, pronta desde o início. Foi se construindo, não ao acaso, mas pelas convicções de seus formuladores e pela incorporação de algumas contribuições teóricas.

Convicção de que era preciso aprofundar a democracia através de arranjos de discussão e decisão mais horizontais, afirmar a autonomia e poder de mudança dos trabalhadores (tomados mais como sujeitos do que como recursos), estimular o protagonismo dos movimentos sociais e estudantis, tudo isso vimos expressos nas produções textuais percorridas nessa análise.

Acresce-se a isso as contribuições tomadas da análise institucional através da incorporação de um vocabulário *sui generis*, que traria as noções de transversalidade, produção de diferença, territorialização e desterritorialização, produção de subjetividade. E ainda as contribuições de autores brasileiros como Gastão Wagner com o método da roda como modelo de co-gestão e a ideia de coletivos organizados de produção da saúde; Ruben Mattos e Roseni Pinheiro com as contribuições sobre a integralidade; Luiz Cecílio com a noção de cadeia de cuidados progressivos em saúde.

Todos esses aspectos conformaram a proposta de política de educação permanente em saúde que marcou o primeiro período da SGTES.

Se a nós parece que a formação foi um caminho, uma aposta inicial para provocar mudanças, as ambições de seus protagonistas conformaram outra coisa, uma aposta talvez na indução através da (micro)política para disparar movimentos de mudança e na convicção de que era preciso "formar" novos sujeitos. E que viram na educação permanente um meio para isso.

Mas não aquela educação permanente tomada dos organismos internacionais *à la OPAS e OMS*. Acreditando na potência dos movimentos nacionais e num gesto pela afirmação da nossa brasilidade, inventou-se outra educação permanente. Educação permanente em saúde *à brasileira*, dizem alguns. Confundiram-se os conceitos, borrou-se a diferença. O que conferiu ao conceito e à proposta, talvez a possibilidade de transitar tranquilamente entre "gregos e troianos". Mas não importa o termo, o que ele significou principalmente foi a inflexão/substituição de um modo corrente e tradicional e a "instituição" (instituinte?) de outra forma de fazer política que trazia à cena um modo de operação bem distante dos modos predominantes no SUS desde sua criação, onde os pactos sobre as

transferências de recursos entre os níveis de governo eram negociados pelas comissões intergestoras, e onde com frequência os incentivos serviam como formas de indução de ações.

Inventam-se Pólos de Educação Permanente em Saúde, arranjos que almejavam uma pratica participativa, pensada no contexto de um quadrilátero de atores, onde todos tinham o mesmo poder de decisão (gestores, trabalhadores, movimentos sociais, estudantes, instituições de ensino), onde se pretendia estimular a participação e o protagonismo dos atores. A curta duração dessa proposta, 16 meses apenas, teria a ver com isso? Com uma rejeição à novidade nos modos de fazer política?

Em um segundo momento da SGTES, vimos um movimento que se entendeu "continuador" e parte de uma longa trajetória de discussão na área de recursos humanos em saúde, alinhada à proposta da OPAS na América Latina.

Apesar de tomar a ideia de levar adiante uma "Política de educação permanente em saúde" e além disso adotar a conceituação de educação permanente em saúde da proposta anterior – atenuando as diferenças, o coletivo de trabalho dessa segunda conformação recusa a maneira de operacionalização posta em ato até então. A política é trazida para dentro do SUS, acomodada às práticas vigentes, ao modo tradicional de fazer política. A educação permanente em saúde é acondicionada às práticas de condução mais racionais da gestão da rede e de seus recursos. Essa proposta colocada em prática permitiu o desenvolvimento de ferramentas operacionais mais próximas das aspirações dos gestores, tão acostumados com os dispositivos de uma pactuação intergestores, de mais fácil operacionalização.

Mais do que isso, os autores/formuladores dessa proposta de EPS reconhecem e privilegiam as instâncias de gestão na proposição de outro modo de "implementar" a política. Gestores e instituições formadoras foram atores considerados estratégicos e centrais nesse segundo período da SGTES.

São propostas Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço para a operacionalização da política, que apesar de contarem em igual medida com um arranjo descentralizado e participativo, referendado por instâncias do controle social (o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos do CNS), estavam diretamente subordinadas e reguladas por uma instância de gestão, o Colegiado de Gestão Regional.

Todo o arranjo da política estrutura-se com um objetivo claro: qualificar as práticas dos trabalhadores nos serviços para desenvolver novos modelos (muito mais que práticas) ou em outros termos, alcançar uma efetiva integração entre o ensino (campo das instituições formadoras) e o serviço (campo das organizações de saúde).

Para isso seriam elaborados planos de ação regional da educação permanente em saúde, orientadores das ações de formação a serem feitas. Também se previa a pactuação nos três entes federados de indicadores de educação permanente em saúde.

Reconhecia-se a importância dos trabalhadores enquanto parte dessa proposta, mas numa dimensão em que eles eram tomados mais como colaboradores do que como atores ou protagonistas no desenvolvimento de outras práticas (ou modelos). Recorria-se ao enfoque educacional da educação permanente para isso. Nessa perspectiva restrita ao campo educacional, a educação permanente em saúde mostrava-se uma ferramenta eficiente para o propósito operacional ao qual pretendia dar conta: a gestão de recursos humanos.

Essa proposta nascia acoplada ao reconhecimento de que a mudança das práticas precisaria ser acompanhada de mudança institucional. Ou melhor, que a mudança institucional era uma necessidade para a efetiva mudança de práticas. Por isso talvez, a centralidade colocada nas instituições de ensino e nas representações de gestão do sistema.

As contribuições trazidas pelo neoinstitucionalismo cabiam bem à proposta desenhada, de modo que esta perspectiva teórica é tomada como base de sustentação conceitual dessa segunda proposta de educação permanente em saúde.

Feitas essas considerações sintéticas daquilo que vimos, da configuração de duas propostas distintas, de suas semelhanças em alguns aspectos e diferenças e também das continuidades e rupturas que marcaram esses dois período da SGTES, falta-nos pôr em questão aquela primeira "hipótese" que originou esse estudo: existiram duas políticas de educação permanente em saúde nos governos Lula? Acreditamos como Foucault que devemos explicitar estas reflexões publicamente, como uma forma de prestação de contas.

A análise dos documentos mostrou que, para efeito legal, a política é uma só: a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria nº 198/GM/MS. A publicação da portaria nº 1996/GM/MS, entretanto substituiria o modo de operacionalização dessa política. Na apresentação de seu objeto, esta portaria trazia: "dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências" (BRASIL, 2007). A política referida é aquela instituída pela Portaria nº 198 de fevereiro de 2004. Então, em tese, não houve instituição de uma "nova" política, mas a substituição de diretrizes para a implementação da política que já existia.

Oficialmente, portanto, não há o reconhecimento da configuração de duas políticas (stricto sensu), mas possivelmente o de "duas versões" de uma mesma política.

Mas cabe perguntar: o que é a política e como ela se define?

A visão de política que sustentamos tende a considerar a ideia de política não como aquela que se restringe à publicação de atos formais. A política, de outro modo, se faz no cotidiano, pelos atores/atrizes, pelas contingências, no processo e independe de leis, normas, portarias e até mesmo da vontade dos governos. O processo político tem mais a dizer da formação de políticas do que os processos formais propriamente ditos.

Temos em vista as rupturas, muito mais que as continuidades que se fizeram em torno da condução e também das concepções da política de educação permanente em saúde originalmente proposta em 2004, processo iniciado pela substituição do coletivo de trabalho da SGTES em julho de 2005 e pela publicação da Portaria nº 1996.

Acreditamos que estas rupturas foram tão significativas que configuraram uma nova política. Fato que por si só nos permite visualizar a existência já referida de duas propostas que se configuram claramente distintas em vários aspectos explicitados neste trabalho, em dois períodos da SGTES.

Talvez fosse o caso de admitir a existência de fato, de duas políticas de educação permanente em saúde. E, ousaríamos dizer, incomensuráveis.

Incomensuráveis porque não se tocam, talvez façam parte de dois projetos paralelos ou de sujeitos ou grupos que possivelmente, teriam distintos “modos de ver o mundo”, que não conseguem se reconhecer um ao outro justamente pelas suas trajetórias de atuação distintas e que produzem desse modo duas políticas. Ambas surgidas surpreendentemente de um mesmo objeto: a educação permanente em saúde.

Um conceito que se tornou política(s). Graças àquela primeira apropriação, no qual por contingencias da política um grupo de uma minoria do movimento sanitário, comprometida com a afirmação (ou a defesa) da vida buscou forjar um conceito de educação permanente. Mas teria a educação permanente em saúde imaginada existido mesmo, de se pegar? “Existiu sim, existe e continuará existindo, enquanto a chama da solidariedade, a coragem inovadora e o fermento do compromisso social puderem morar no coração dos homens”.

# REFERÊNCIAS


BACHELARD, G. **A epistemologia**. Lisboa: Edições 70, 2000. p. 130.

BALL, SJ. **O que é política? Textos, trajetórias e caixas de ferramentas**. [Título original: What is policy? Texts, trajectories and toolboxes]. In: BALL, S. J. (Ed.). Education Reform: a critical and post-structural approach. Traduzido por: Joice Elias Costa, 2006. cap. 2, p.14-27.

BAPTISTA, T. W.F. **Caminhos e Percalços da Política de Saúde no Brasil: vinte anos da reforma sanitária**. Consultoria Ministério da Saúde, Projeto Nordeste II, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), anos 1996/1997.

BAPTISTA, T. W. F.; MATTOS, R. A. **Sobre Política (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas)**. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. Caminhos para análise das políticas de saúde, 2011. p.52-91. Online: Disponível em www.ims.uerj.br/ccaps.

BOURDIEU, P. **Sobre o estado: Cursos no Collège de France (1989-92)**. Tradução Rosa Freire d'Aguiar. São Paulo: Companhia das Letras, 2012, 543 p.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Tradução Fernando Tomaz. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990. Seção 1. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>. Acesso em: 11 de janeiro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e Diretrizes para NOB/RH-SUS** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 2. ed., rev. e atual., 2ª reimpressão – Brasília: Ministério da Saúde, 2003a. 112 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 330, de 4 de novembro de 2003**. Aplica 'os princípios e diretrizes para a norma operacional básica de recursos humanos para o SUS (NOB/RH-SUS)' como política nacional de gestão do trabalho e da educação em saúde, no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 dez. 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Políticas de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a educação permanente em saúde. 25 ago. 2003c.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde**. Documento aprovado na tripartite. 2003d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS no 198/2004, 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, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 fev 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **12.ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004c. 230 p. – (Série D. Reuniões e Conferências).

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 2003 a janeiro de 2004** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. 1.ed., 1.ª reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004d.

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** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005a. 36 p.

BRASIL. **Decreto no 4.726, de 9 de junho de 2003. In: O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399/GM, de 22 fevereiro de 2006**. Divulga o pacto pela saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS.** Brasília: MS; 2006b. (Série Pactos pela Saúde, v. 3)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1996, de 20 de agosto de 2007.** Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação permanente em saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 ago. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9).

CAMPOS, F.E.; PIERANTONI, C.R.; HADDAD, A.E.; VIANA, A.L.D.; FARIA, R.M.B. **Os desafios atuais para a educação permanente no SUS**. In: Ministério da Saúde.

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Cadernos RH Saúde / Vol. 3, n. 1 (mar. 2006). Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p.39-51.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda.** São Paulo: Ed. Hucitec, 1ª ed., 2000. 236p.

CAVALCANTI, F. O. L. **Democracia no SUS e na reforma sanitária é possível? Um debate a partir da experiência da política nacional de educação permanente em saúde (janeiro de 2003 a julho de 2005)**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2010. 168p.

CAVALCANTI, F. O. L. **Educação permanente em saúde: entre o passado e o futuro.** Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2015. 198p.

CECCIM, R. B. **Formação e desenvolvimento na área da saúde: observação para a política de recursos humanos.** In: BRASIL. Ministério da Saúde. Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, p. 373-414.

CECCIM, R. B. **Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário**. Interface. Comunicação, Saúde e Educação, Botucatu, v. 9, n. 16, 2005a, p. 161-177.

CECCIM, R. B. **Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde**. Ciência & saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.10, n.4, outubro/dezembro, 2005b, p. 975-986.

CECCIM, R. B. **Onde se Lê "Recursos Humanos da saúde", Leia-se "Coletivos Organizados de Produção da Saúde".** Desafios Para a Educação. In: Pinheiro, Roseni; Mattos, R.A.(orgs). A Construção Social da Demanda, Rio de Janeiro, CEPESC/UERJ: ABRASCO, p. 161-180, 2005c.

CECCIM, R. B. ; FEUERWERKER, L.C.M. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social.** Physis, Rio de Janeiro, v.14, n.1, 2004a.

CECCIM, R. B. ; FEUERWERKER, L.C.M. **Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(5):1400-1410, set-out, 2004b. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/36.pdf. Acesso em: 11 de janeiro de 2016.

CECÍLIO, L. C. O**. Modelos tecnoassistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada.** Cadernos de Saúde Pública, v. 13, n. 3, p. 469- 478, jul./set. 1997.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Relatório da Reunião da CIRH realizada no dia 11 de junho de 2007a**.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Ata da 174ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde realizada nos dias 12, 13 e 14 de junho de 2007b**. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_07.htm. Acesso em: 11 de janeiro de 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Ata da 176ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde realizada nos dias 8 e 9 de agosto de 2007c**. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_07.htm. Acesso em: 11 de janeiro de 2016.

DAVINI, M. C. **Practicas Laborales em los Servicios de Salud: las condiciones del aprendizaje.** In: HADDAD Q., J. Educación permanente de personal de salud / Jorge Haddad Q., María Alice Clasen Roschke, María Cristina Davini, editores. -- Washington, D.C.: OPS, 01994. 247p. (Serie desarrollo de recursos humanos en salud; 100).

DAVINI, M. C. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 39-58.

FELIPE, J. S. **MPAS - o vilão da reforma sanitária?** Rio de Janeiro, cad. saúde pública vol.3 no.4 Oct. Dec. 1987. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1987000400012. Acesso em 20 de janeiro de 2016.

FOUCAULT, M. **A verdade e as formas jurídicas**. Conferências de Michel Foucault na PUC-Rio de 21 a 25 de maio de 1973. Pontifícia Universidade Católica – Departamento de Letras, n°16, 1974.

GARCIA, A. C. P. **Gestão do trabalho e da educação na saúde: uma reconstrução histórica e política.** Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2010. 169p.

GINZBURG, C. **Mitos, emblemas e sinais: morfologia e história.** 1° Ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1989, pp. 143-179.

JAEGER,M. L. **Projeto Qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde: dinâmica e determinantes**. Márcia Valéria Morosini; Márcia Lopes. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 22 julho 2008. Observatório dos Técnicos em Saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em:<http://www.observatorio.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Entrevista&Num=4&Destaques=1> . Acesso em: 02 julho 2015.

JAEGER, M. L.; CECCIM, R. B.; MACHADO, M. H. **Gestão do trabalho e da educação na saúde**. Revista Brasileira de Saúde da Família/Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1999 – Ano V, n. 7, edição especial, jan. 2003 a abr. 2004, p. 86-103.

LATOUR, B. **Reagregando o Social**. Bauru, SP: EDUSC/ Salvador, BA: EDUFBA, 2012.
LEMOS, Z. **Francisco Eduardo de Campos permanece no Ministério da Saúde**. Comunicação Nescon, Minas Gerais, 9 maio 2007. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/noticias/?p=9> . Acesso em: 02 julho 2015.

LIMA, L.D.; MACHADO, C.V.; GERASSI, C.D. **O neo-institucionalismo e a análise de políticas de saúde: contribuições para uma reflexão crítica**. In MATTOS, R.

A.;BAPTISTA, T. W. F. Caminhos para análise das políticas de saúde, 2011. p.111-137. Disponível em www.ims.uerj.br/ccaps. Acesso em: 11 de janeiro de 2016.

LOURAU, R. **Análise Institucional e Práticas de Pesquisa**. Rio de Janeiro: NAPE/UERJ, 1993.

LULA, L. I. S. **Discurso de posse do presidente Luís Inácio Lula da Silva no parlatório**. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/brasil/ult96u44292.shtml>. Acesso em: 02 julho 2015.

MATTOS, R. A. **Ciência, Metodologia e Trabalho Científico (ou Tentando escapar dos horrores metodológicos)**. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. (Orgs.) Caminhos para análise das políticas de saúde, 2011. p.20-51. Online: disponível em www.ims.uerj.br/ccaps.

MERHY, E. E. **O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido**. In: FRANCO, T. B.; PERES, M.A.A. (Org.). Acolher Chapecó. Uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. São Paulo: Editora Hucitec; 2004. p. 21-45.

MERHY, E. E. **O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação.** Interface – Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu, v. 9, n. 16, p.161-177, fev. 2005.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L. C. M.; CECCIM, R. B**. Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud**. Salud Colectiva, Buenos Aires, v. 2, n. 2, p. 147-160, maio/ago. 2006.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Gestión de proyectos de educación permanente en los servicios de salud.** Manual del educador. Washington, D.C; Organización Panamericana de la Salud; 2002a. 168 p. (OPS. Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud, 44).

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **La capacitación del personal de los servicios de salud em proyectos relacionados com los procesos de reforma sectorial.** Washington, D.C; Organización Panamericana de la Salud; 2002b. 91 p. (OPS. Seri Observatorio de Recursos Humanos de Salud, nº 3).

REZENDE, M. **A articulação educação-saúde (AES) no processo de formulação das políticas nacionais voltadas para a formação de nível superior dos profissionais de saúde**. /Mônica de Rezende. -- 2013. 214 f.

ROSCHKE, M. A. C.; DAVINI, M. C.; HADDAD, J. Educación permanente y trabajo en salud: un proceso constructivo. **Educación Médica y Salud** (OPS);27(4):466-88, oct.-dic. 1993.

SANTOS, B. S. **Para um Novo Senso Comum: a ciência, o direito e a política na transição paradigmática**. São Paulo: Cortez, 2001. v. 1. A Crítica da Razão Indolente: contra o desperdício da experiência.

VASCONCELOS, E. **Perplexidade na universidade: vivências nos cursos de saúde**/Eymard Mourão Vasconcelos, Lia Haikal Frota, Eduardo Simon. – São Paulo: Editora Hucitec; Edições Mandacaru, 2006. (Saúde em Debate, 169).

VIANA, A. L. D'Ávila (Coord**). Programa de Avaliação e Acompanhamento da política de Educação Permanente em Saúde – Relatório Final**. São Paulo; 2008; 255p.