SÉRIE
PACTOS
PELA SAÚDE
2006
VOLUME 9

MINISTÉRIO DA 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

# Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

Série B. Textos Básicos de Saúde
Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9

Brasília – DF
2009

© 2009 Ministério da Saúde.
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.
A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.
A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: http://www.saude.gov.br/bvs

Série B. Textos Básicos de Saúde
Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9

Tiragem: 1ª edição – 2009 – 25.000 exemplares

*Elaboração, distribuição e informações:*
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
Departamento de Gestão da Educação em Saúde
Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede, Bloco G,
7.º andar, sala 725
CEP: 70058-900 – Brasília, DF
Tel.: (61) 3315-2858
Fax: (61) 3226-2862
*E-mail*: deges@saude.gov.br
*Home page*: www.saude.gov.br/sgtes

*Coordenação:*
Francisco Eduardo de Campos
Ana Estela Haddad
Maria Alice Clasen Roschke
Ena de Araújo Galvão

*Elaboração:*
Alexandre André dos Santos
Fábio Pereira Bravin
Laise Rezende de Andrade
Márcia Cristina Marques Pinheiro
Maria Aparecida Timo Brito
Mauro Maciel de Arruda
Mônica Diniz Durães
Patricia Pol Costa
Thaís Campos Valadares

*Colaboração:*
Julio Strubing Muller Neto (Conass)
Gilson Cantarino O'Dwyer (Conass)
Elisabete Vieira Mateus da Silva (Conasems)
Eliana Claudia de Otero Ribeiro

*Equipe Técnica de Validação:*
Alessandra Alves Garcia de Paula
Andréa Fonseca Ventura dos Santos
Carlos Humberto Spezia
Cláudia Maria da Silva Marques
Daniela França de Barros
Deusemar Siqueira D´Ávila de Araújo
Eleusis Peres Leitão
Euzi Adriana Bonifácio Rodrigues
Jorde Francisco de Souza
Maria Bonifácio da Silva
Maria Cecília Ribeiro
Maria de Fátima Marques
Marta Pazos Peralba Coelho
Núbia Brelaz Nunes
Regina Aurea Mello de Souza Cavalcanti
Rita de Cássia Salles Pimenta
Rosimeira Maria Peres Andrade
Sara Regina Souto Lopes
Teresa Christine Pereira Morais
Teresa Maira Passarella

*Revisão:*
Antonio Sergio de Freitas Ferreira
Julieta Andréa Esmeraldo Carneiro

*Diagramação:*
Dino Vinícius Ferreira Araújo
Julieta Andréa Esmeraldo Carneiro

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

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)

ISBN 978-85-334-1490-7

1. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. 2. Educação na saúde. 3. Gestão do trabalho e da educação em saúde. I. Título. II. Série.

NLM WB 890-962
Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2009/0053

*Títulos para indexação:*
Em inglês: National Policy of Permanent Education in Health
Em espanhol: Política Nacional de Educación Permanente en Salud

# Sumário

Apresentação ..... 5

1 Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 ..... 7

2 Diretrizes sobre as Responsabilidades do Pacto de Gestão para a Área da Educação na Saúde ..... 29

2.1 Questões acerca das Responsabilidades Estaduais na Educação na Saúde ..... 29

2.2 Questões acerca das Responsabilidades do Distrito Federal na Educação na Saúde ..... 31

2.3 Questões acerca das Responsabilidades Municipais na Educação na Saúde ..... 35

2.4 A Educação Permanente em Saúde no Plano de Saúde, Programação Anual e Relatório de Gestão ..... 37

3 Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde ..... 39

3.1 Primeiro esboço do problema ..... 39

3.2 Capacitação ou Educação Permanente? ..... 40

3.3 Antigos problemas: a persistência do modelo escolar ..... 41

3.4 As mudanças nos enfoques educativos: revisitando a educação permanente na saúde ..... 43

3.5 A educação permanente e a mudança nas práticas: a aprendizagem no contexto do trabalho na área da Saúde ..... 45

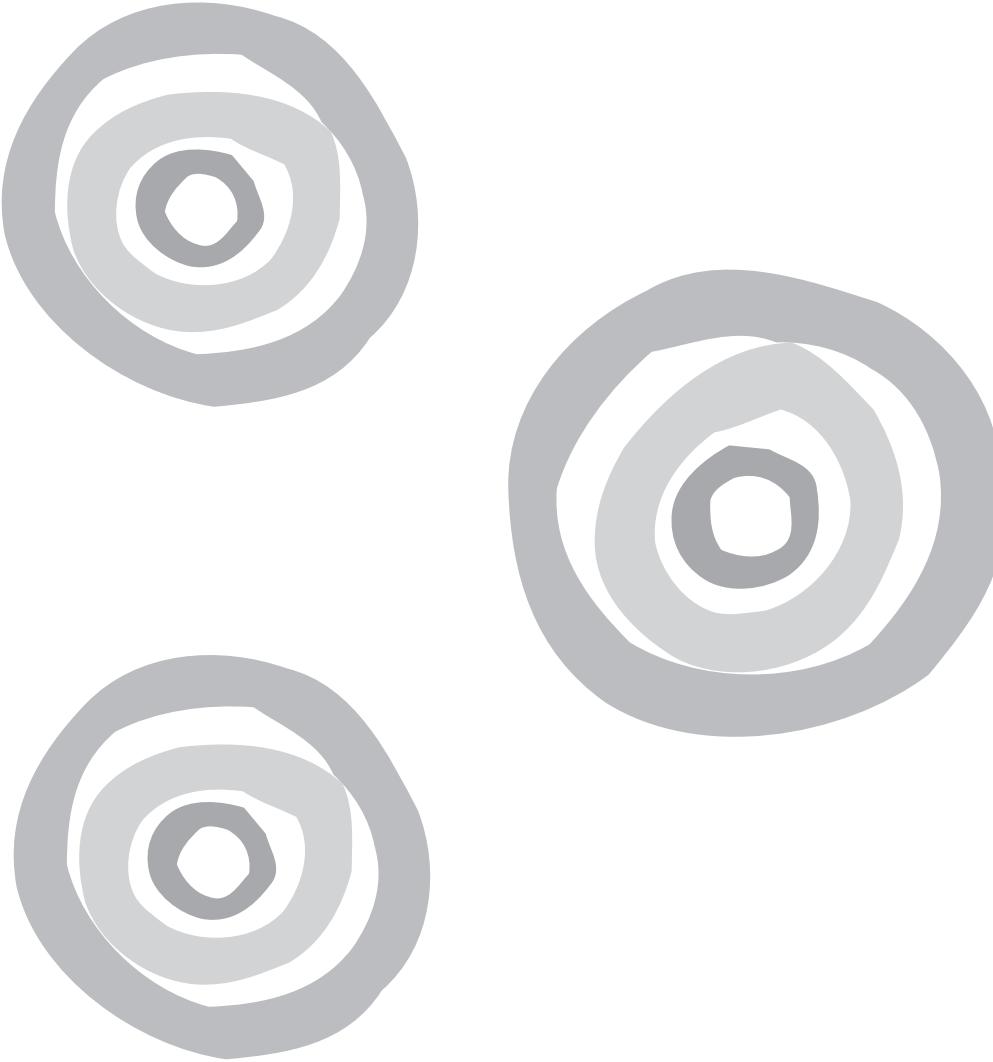
3.6 A educação permanente e a dialética na adaptação e na mudança institucional ..... 49

3.7 A Educação permanente e as tecnologias da informação e aprendizagem ..... 52

3.8 Uma estratégia integrada para a ação educativa ..... 54

3.9 Balanços e Aberturas: repensando a experiência acumulada ..... 56

Referências ..... 59



# Apresentação

Este novo volume, da Série Pacto pela Saúde, preparado pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde, aborda as responsabilidades das três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), relativas à gestão da Educação na Saúde. O seu objetivo é orientar a construção e o acompanhamento dos Termos de Compromisso de Gestão dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal.

O artigo 200, da Constituição Federal de 1988, em seu inciso III, atribui ao SUS a competência de ordenar a formação na área da Saúde (BRASIL, 1988). Portanto, as questões da educação na saúde passam a fazer parte do rol de atribuições finalísticas do sistema. Para observá-lo e efetivá-lo, o Ministério da Saúde tem desenvolvido, ao longo do tempo, várias estratégias e políticas voltadas para a adequação da formação e qualificação dos trabalhadores de saúde às necessidades de saúde da população e ao desenvolvimento do SUS.

Na elaboração deste material foram consideradas as referências sobre a educação na saúde na Lei Orgânica da Saúde (Leis Federais nºs 8.080/90 e 8.142/90), na NOB-RH/SUS (Resolução CNS nº. 330, de 4 de novembro de 2003), nas diretrizes e regulamentação do Pacto de Gestão pela Saúde. Além disso, foi especialmente considerada a Política de Educação Permanente em Saúde.

A proposta desta publicação não é avaliar a ação das esferas de gestão na área da Educação na Saúde, nem impor processos, mecanismos e estratégias para o seu desenvolvimento. Não pretende ser prescritiva, nem oferecer um modelo para a gestão da educação na saúde nas demais esferas de gestão do SUS. Considera, de outra forma, as autonomias dos demais entes federados, as especificidades, capacidades e o trabalho já desenvolvido em cada esfera de governo nesta área. Ao mesmo tempo, parte do entendimento de que os Termos de Compromisso de Gestão (federal, estadual, municipal e do Distrito Federal) foram elaborados a partir do consenso nos colegiados de gestão bipartite do SUS, homologados pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde, compreendendo responsabilidades e atribuições que devem ser assumidas pelas respectivas gestões.

Dessa forma, este texto já faz parte do processo de cooperação técnica que o Ministério da Saúde oferece aos demais gestores do SUS na execução da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Com o objetivo de ser um instrumento orientador do trabalho dos Estados, Distrito Federal e Municípios na construção e acompanhamento dos seus termos de compromisso de gestão

e planos de saúde, no que se refere à educação na saúde, este livro foi organizado da seguinte maneira:

a) o primeiro capítulo apresenta a Portaria MS/GM nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, e o seu objetivo é fornecer a adequada base normativa para a organização dos processos de gestão da educação na saúde, nas diferentes esferas de gestão;

b) o segundo capítulo é uma diretriz, construído pela equipe técnica do DEGES/SGTES, que procura problematizar cada uma das responsabilidades para com a gestão da educação na saúde que compõem os Termos de Compromisso de Gestão do Pacto de Gestão/Pacto pela Saúde. Trata-se de um rol de perguntas apoiadas em diretrizes constitucionais, leis específicas, portarias ministeriais, resoluções do colegiado tripartite e do controle social no SUS. Responder às perguntas, negativamente ou afirmativamente, só tem significado se os atores institucionais ampliarem seus olhares e discutirem a importância, as possibilidades, os desafios e obstáculos à implementação de uma gestão participativa da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que considere como eixo central o trabalho em saúde e os princípios do SUS;

c) o terceiro e último capítulo, traz um artigo técnico, da Profª. Drª. María Cristina Davini, renomada pesquisadora da área de desenvolvimento de recursos humanos, que problematiza os diferentes enfoques que orientam as ações de desenvolvimento profissional de trabalhadores da área de Saúde e apresenta algumas ferramentas para o desenvolvimento de processos educacionais que sejam efetivamente orientados pelos princípios da Educação Permanente em Saúde.

Assim, esperamos que esta publicação possa ser referência e instrumento de trabalho para todas as pessoas que, de alguma forma, se envolvem com a gestão da educação na saúde nos diferentes âmbitos de gestão do SUS, não apenas gestores e técnicos das secretarias de saúde espalhadas pelo Brasil, mas também docentes, discentes, trabalhadores de saúde e usuários e cidadãos que participam dos espaços de gestão participativa e controle social da Política de Saúde brasileira. Por fim, ressaltamos a disponibilidade do Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, para estabelecer processos de cooperação técnica com os Estados e Municípios, com vista à implementação e acompanhamento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO
Ministro de Estado da Saúde

# 1 Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007

Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições legais, conferidas pelo inciso II, do artigo 87, da Constituição Federal de 1988 e

Considerando a responsabilidade do Ministério da Saúde na consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, por meio do fortalecimento da descentralização da gestão setorial, do desenvolvimento de estratégias e processos para alcançar a integralidade da atenção à saúde individual e coletiva e do incremento da participação da sociedade nas decisões políticas do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a responsabilidade constitucional do Sistema Único de Saúde (SUS) de ordenar a formação de recursos humanos para a área de saúde e de incrementar, na sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico;

Considerando o artigo 14 da lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que trata da criação e funções das comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino;

Considerando que para a formação dos trabalhadores de nível médio da área da Saúde é necessário observar as Diretrizes Curriculares Nacionais para a educação profissional de Nível Técnico estabelecidas pelo Ministério da Educação conforme Parecer nº. 16/1999, Resolução nº. 04/1999 e Decreto nº. 5.154/2004.

Considerando que a Educação Permanente é o conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde;

Considerando a pactuação da proposta do Ministério da Saúde "Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde - Pólos de Educação Permanente em Saúde" pela Comissão Intergestores Tripartite, em 18 de setembro de 2003;

Considerando a Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS nº. 330, de 04 de novembro de 2003, que resolve aplicar os Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS - NOB/RH – SUS, como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no âmbito do SUS;

Considerando a Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS nº. 335, de 27 de novembro de 2003 que aprova a "Política de Educação e De-

senvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde" e a estratégia de "Pólos de Educação Permanente em Saúde" como instâncias regionais e interinstitucionais de gestão da Educação Permanente;

Considerando a Portaria nº. 2.474, de 12 de novembro de 2004 que institui o repasse regular e automático de recursos financeiros na modalidade fundo a fundo, para a formação profissional dos Agentes Comunitários de Saúde;

Considerando a Portaria nº. 399/GM de 22 de fevereiro de 2006 que institui as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde;

Considerando a Portaria nº. 598/GM de 23 de março de 2006 que estabelece que os processos administrativos relativos à Gestão do SUS sejam definidos e pactuados no âmbito das Comissões Intergestores Bipartite – CIB;

Considerando a Portaria nº. 699/GM de 30 de março de 2006 que regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão;

Considerando a Portaria nº. 204/GM de 29 de janeiro de 2007 que define que o financiamento das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na lei orgânica do SUS;

Considerando a Portaria nº. 372/GM de 16 de fevereiro de 2007 que altera a portaria 699/GM, de 30/03/2006;

Considerando a Portaria nº. 3.332/GM, de 28 de dezembro de 2006 que aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS;

Considerando as deliberações da 3ª. Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; e

Considerando, as decisões da Reunião da CIT do dia 21 de junho de 2007, resolve:

Art. 1º Definir novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde adequando-a às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde.

Parágrafo Único. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde.

Art. 2º A condução regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde se dará por meio dos Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES).

§ 1º Os Colegiados de Gestão Regional, considerando as especificidades locais e a Política de Educação Permanente em Saúde nas três esferas de gestão

(federal, estadual e municipal), elaborarão um Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde coerente com os Planos de Saúde estadual e municipais, da referida região, no que tange à educação na saúde.

§ 2º As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde previstas no Artigo 14 da lei 8080/90 e na NOB/RH - SUS.

Art. 3º Os Colegiados de Gestão Regional, conforme a portaria 399/GM, de 22/02/2006, são as instâncias de pactuação permanente e co-gestão solidária e cooperativa, formadas pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios de uma determinada região de saúde e por representantes do(s) gestor(es) estadual(ais).

Parágrafo Único. O Colegiado de Gestão Regional deve instituir processo de planejamento regional para a Educação Permanente em Saúde, que defina as prioridades, as responsabilidades de cada ente e o apoio para o processo de planejamento local, conforme as responsabilidades assumidas nos Termos de Compromissos e os Planos de Saúde dos entes federados participantes.

Art. 4º São atribuições do Colegiado de Gestão Regional, no âmbito da Educação Permanente em Saúde:

I – Construir coletivamente e definir o Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde para a região, a partir das diretrizes nacionais, estaduais e municipais (da sua área de abrangência) para a educação na saúde, dos Termos de 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.

Art. 5º As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) deverão ser compostas pelos gestores de saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal e ainda, conforme as especificidades de cada região, por:

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; e

IV – Movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS.

Parágrafo Único: A estruturação e a dinâmica de funcionamento das Comissões de Integração Ensino-Serviço, em cada região, devem obedecer às diretrizes do Anexo II desta portaria.

Art. 6º São atribuições das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço:

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.

Art. 7º A abrangência do território de referência para as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço deve seguir os mesmos princípios da regionalização instituída no Pacto pela Saúde.

Parágrafo Único. Nenhum município, assim como nenhum Colegiado de Gestão Regional – CGR, deverá ficar sem sua referência a uma Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço.

Art. 8º As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço deverão contar com uma secretaria executiva para encaminhar as questões administrativas envolvidas na gestão dessa política no âmbito regional, devendo estar prevista no Plano de Ação Regional da Educação Permanente em Saúde.

Art. 9º A Comissão Intergestores Bipartite - CIB deverá contar com o apoio de uma Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço, formada por:

I – Representantes das Comissões de Integração Ensino-Serviço no estado;
II – Gestores e técnicos (municipais, estaduais e do Distrito Federal) indicados pela CIB para compor esse espaço; e
III – Um representante de cada segmento que compõe as Comissões de Integração Ensino-Serviço, conforme artigo 5º desta portaria.

Art. 10. São atribuições dessa Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço, vinculada à Comissão Intergestores Bipartite:

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.

Art. 11. São atribuições da Comissão Intergestores Bipartite - CIB, no âmbito da Educação Permanente em Saúde:

I – Elaborar e pactuar o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde;
II – 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;
III – Pactuar os critérios para a distribuição, a alocação e o fluxo dos recursos financeiros no âmbito estadual;
IV – Homologar os Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde;
V – Acompanhar e avaliar os Termos de Compromisso de Gestão estadual e municipais, no que se refere às responsabilidades de educação na saúde; e
VI – Avaliar periodicamente a composição, a dimensão e o trabalho das Comissões de Integração Ensino-Serviço e propor alterações caso necessário.

Parágrafo Único. Os recursos financeiros serão transferidos aos Fundos Estaduais, do Distrito Federal ou de um ou mais municípios conforme as pactuações estabelecidas nos órgãos de gestão colegiada.

Art. 12. São atribuições do Conselho Estadual de Saúde no âmbito da Educação Permanente em Saúde:

I – Definir as diretrizes da Política Estadual e do Distrito Federal de Educação Permanente em Saúde;
II – 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
III – Acompanhar e avaliar a execução do Plano de Educação Permanente em Saúde Estadual e do Distrito Federal.

Art. 13. A formação dos trabalhadores de nível médio no âmbito do SUS deve seguir as diretrizes e orientações constantes desta portaria.

Parágrafo Único. As diretrizes e orientações para os projetos de formação profissional de nível técnico constam do anexo III.

Art. 14. Anualmente a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, poderá propor indicadores para o acompanhamento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde dentro do Processo da Pactuação Unificada de Indica-

dores, que serão integrados aos Indicadores do Pacto pela Saúde após a necessária pactuação tripartite.

Art. 15. O acompanhamento das responsabilidades de educação na saúde será realizado por meio dos Termos de Compromisso de Gestão das respectivas esferas de gestão.

Art. 16. As Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios manterão à disposição da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES, do Ministério da Saúde e dos órgãos de fiscalização e controle, todas as informações relativas à execução das atividades de implementação da Política de Educação Permanente em Saúde.

Art. 17. O financiamento do componente federal para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde se dará por meio do Bloco de Gestão do SUS, instituído pelo Pacto pela Saúde, e comporá o Limite Financeiro Global do Estado, Distrito Federal e Município para execução dessas ações.

§ 1º. Os critérios para alocação dos recursos financeiros federais encontram-se no anexo I desta portaria.

§ 2º. O valor dos recursos financeiros federais referentes à implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no âmbito estadual e do Distrito Federal, constantes do Limite Financeiro dos Estados e do Distrito Federal, será publicado para viabilizar a pactuação nas CIBs sobre o fluxo do financiamento dentro do estado.

§ 3º. A definição deste repasse no âmbito de cada unidade federada será objeto de pactuação na CIB, encaminhado à Comissão Intergestores Tripartite - CIT para homologação.

Art. 18. Os recursos financeiros de que trata esta portaria, relativos ao Limite Financeiro dos Municípios, dos Estados e do Distrito Federal, serão transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde, de forma regular e automática, aos respectivos Fundos de Saúde.

§ 1º. Eventuais alterações no valor do recurso Limite Financeiro dos Municípios, dos Estados e do Distrito Federal, devem ser aprovadas nas Comissões Intergestores Bipartite (CIBs) e encaminhada ao Ministério da Saúde para publicação.

§ 2º. As transferências Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais,

do Distrito Federal e dos Municípios poderão ser alteradas conforme as situações previstas na portaria 699/GM, de 30/03/2006.

Art. 19. O financiamento do componente federal da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, consignados no orçamento do ano de 2007, prescindirá das assinaturas dos Termos de Compromisso do Pacto pela Saúde.

§ 1º. Para viabilizar o repasse fundo a fundo dos recursos financeiros de 2007, as CIBs deverão enviar o resultado do processo de pactuação sobre a distribuição e alocação dos recursos financeiros da educação Permanente em Saúde para a homologação na CIT.

§ 2º. A partir do ano de 2008 os recursos financeiros seguirão a dinâmica estabelecida no regulamento do Pacto pela Saúde e serão repassados apenas aos estados, Distrito Federal e municípios que tiverem assinado seus Termos de Compromisso de Gestão.

Art. 20. O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde garantirão cooperação e assessoramento técnicos que se fizerem necessários para:

I – A organização de um Sistema Nacional de Informação com atualização permanente, com dados referentes à formação (técnica/graduação/especialização);
II – Elaboração do Plano de Ação Regional para Educação Permanente em Saúde;
III – A orientação das ações propostas à luz da Educação Permanente em Saúde e da normatização vigente;
IV – A qualificação técnica dos Colegiados de Gestão Regional e das Comissões Intergestores Bipartite para a gestão da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; e
V – A instituição de mecanismos de monitoramento e de avaliação institucional participativa nesta área.

Art. 21. O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde serão responsáveis por:

I – 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;
II – Estimular, acompanhar e regular a utilização dos serviços de saúde no seu âmbito de gestão para atividades curricu-

lares e extracurriculares dos cursos técnicos, de graduação e pós-graduação na saúde; e

III – 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.

Art. 22. Reativar a Comissão Nacional de Acompanhamento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde com a atribuição de formular políticas nacionais e definir as prioridades nacionais em educação na saúde. Esta Comissão será composta por gestores das três esferas de governo, além de atores do controle social, das instituições de ensino e de trabalhadores dos serviços e suas respectivas representações.

Art. 23. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

# Anexo I

## Critérios para a alocação orçamentária referente à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

A distribuição e alocação para os estados e Distrito Federal dos recursos federais para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde obedecerá aos critérios conforme o quadro que se segue.

O primeiro grupo de critérios trata da adesão às políticas setoriais de saúde que propõem a alteração do desenho tecno-assistencial em saúde. Quanto maior a adesão a esse grupo de políticas, maior será a necessidade de investimento na qualificação e desenvolvimento de profissionais para atuar numa lógica diferenciada. O peso desse grupo de critérios na distribuição dos recursos federais para a Educação Permanente em Saúde equivale a 30% (trinta por cento) do total. Os dados utilizados são da Secretaria de Atenção à Saúde (DAB/SAS e DAPE/SAS) para o ano anterior. Os seguintes critérios compõem este grupo:

C1: Cobertura das Equipes de Saúde da Família (10%)

C2: Cobertura das Equipes de Saúde Bucal (10%)

C3: Cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial – 1Caps/100.000hab. (10%)

O Segundo grupo de critérios trata da população total do estado e do quantitativo de profissionais de saúde que prestam serviços para o Sistema Único de Saúde. Quanto maior o número de profissionais e maior a população a ser atendida, maior será a necessidade de recursos para financiar as ações de formação e desenvolvimento desses profissionais. O peso desse grupo de critérios na distribuição dos recursos federais para a Educação Permanente em Saúde equivale a 30% (trinta por cento) do total. As bases de dados são do IBGE – população estimada para o ano anterior e pesquisa médico-sanitária de 2005, ou sua versão mais atual. Os seguintes critérios compõem este grupo:

C4: Número de profissionais de saúde que presta serviço para o SUS (20%)

C5: População total do estado (10%)

O terceiro e último conjunto de critérios busca dar conta das iniqüidades regionais. Os critérios utilizados nesse grupo são: o IDH-M e o inverso da concentração de instituições de ensino com cursos de saúde. Quanto menor o IDH-M maiores as barreiras sociais a serem enfrentadas para o atendimento à saúde da população e para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde. Por outro lado, quanto menor a concentração de instituições de ensino na área da Saúde, maior a dificuldade e maior o custo para a formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde. Nesse sentido, maior recurso será destinado aos locais com menor disponibilidade de recursos para o enfrentamento do contexto local. O financiamento maior dessas áreas visa ainda, desenvolver a capacidade pedagógica local. O peso desse grupo de critérios na

distribuição dos recursos federais para a Educação Permanente em Saúde equivale a 40% (quarenta por cento) do total. As bases de dados utilizadas foram o IDH-M 2000 – PNUD e as informações do MEC/INEP e MS/RETSUS em relação à concentração de instituições de ensino. Os seguintes critérios compõem este grupo:

C6: IDH-M 2000 (20%)

C7: Inverso da Concentração de Instituições de Ensino (Instituições de Ensino Superior com Curso de Saúde (MEC/INEP) e Escolas Técnicas do SUS (MS/RETSUS) (20%).

Quadro de Distribuição dos Pesos Relativos dos Critérios para a Alocação de Recursos Financeiros do Governo Federal para os Estados e Distrito Federal para a Política de Educação Permanente em Saúde.

| Impacto | Indicador Mensurável | Critério | Peso Relativo | Parcela do Teto Financeiro |
|---|---|---|---|---|
| Propostas de Gestão do SUS | Cobertura de Equipes de Saúde da Família | C1 | 10 | 30% |
| | Cobertura de Equipes de Saúde Bucal | C2 | 10 | |
| | Cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial | C3 | 10 | |
| Público Alvo e População | Nº de Profissionais de Saúde (atuam no serviço público) | C4 | 20 | 30% |
| | População Total do Estado | C5 | 10 | |
| Iniqüidades Regionais | IDH-M (por faixa) | C6 | 20 | 40% |
| | Inverso da Capacidade Docente Universitária e Técnica Instalada | C7 | 20 | |
| Fórmula para cálculo do Coeficiente Estadual: **CE = [10.(C1 + C2 + C3) + 20.C4 + 10.C5 + 20.(C6 + C7)]/100** | | | 100 | 100% |

O Colegiado de Gestão Regional deve observar e incentivar a criação de mecanismos legais que assegurem a gestão dos recursos financeiros alocados para uma região de saúde, e que permitam remanejamento de recursos financeiros em consonância com a necessidade do respectivo nível de gestão do SUS e com as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde.

## Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - Ministério da Saúde

### Critérios e Valores para a Distribuição do Financiamento Federal da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

| UF | Critérios para Alocação dos Recursos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Cobertura das Equipes de Saúde da Família - ESF (C1) | | | Cobertura das Equipes de Saúde Bucal - ESB (C2) | | | Cobertura dos Centros de Atenção Psico-social - CAPS (C3) | | | Número de Profissionais de Saúde AMS-2005/IBGE (C4) | | População Total - Estimativa 2006 (C5) | | IDH-M 2000 (C6) - Por Faixa | | Concentração Equipamentos de Ensino (C7) | | | Coeficiente Estadual (CE) | Teto Recursos | |
| | Índice de Cobertura | Alcance da Meta | Coef. | Índice de Cobertura | Alcance da Meta | Coef. | Índice de Cobertura | Alcance da Meta | Coef. | Nº | Coef. | Nº | Coef. | Peso | Coef. | Nº | Inverso | Coef. | | Em R$ 1,00 | % Dist. |
| AC | 61,9 | 1,03 | 0,041 | 67,4 | 1,12 | 0,048 | 29,13 | 0,58 | 0,024 | 4.157 | 0,003 | 686.652 | 0,004 | 4 | 0,055 | 5 | 0,200 | 0,093 | 0,042 | 1.456.732,13 | 4,16 |
| AM | 43,8 | 0,73 | 0,029 | 43,1 | 0,72 | 0,031 | 9,06 | 0,18 | 0,007 | 24.918 | 0,015 | 3.311.026 | 0,018 | 3 | 0,041 | 15 | 0,067 | 0,031 | 0,026 | 907.796,20 | 2,59 |
| AP | 55,8 | 0,93 | 0,037 | 39,8 | 0,66 | 0,028 | 32,48 | 0,65 | 0,026 | 4.112 | 0,003 | 615.715 | 0,003 | 3 | 0,041 | 7 | 0,143 | 0,066 | 0,031 | 1.100.604,28 | 3,14 |
| PA | 31,1 | 0,52 | 0,021 | 20,0 | 0,33 | 0,014 | 28,13 | 0,56 | 0,023 | 30.621 | 0,019 | 7.110.465 | 0,038 | 3 | 0,041 | 11 | 0,091 | 0,042 | 0,030 | 1.049.393,32 | 3,00 |
| RO | 38,3 | 0,64 | 0,025 | 36,9 | 0,61 | 0,026 | 48,00 | 0,96 | 0,039 | 9.523 | 0,006 | 1.562.417 | 0,008 | 3 | 0,041 | 12 | 0,083 | 0,039 | 0,027 | 944.592,02 | 2,70 |
| RR | 75,3 | 1,26 | 0,050 | 34,2 | 0,57 | 0,024 | 24,79 | 0,50 | 0,020 | 4.027 | 0,002 | 403.344 | 0,002 | 3 | 0,041 | 4 | 0,250 | 0,116 | 0,042 | 1.453.131,27 | 4,15 |
| TO | 79,4 | 1,32 | 0,052 | 85,4 | 1,42 | 0,061 | 26,27 | 0,53 | 0,021 | 9.865 | 0,006 | 1.332.441 | 0,007 | 3 | 0,041 | 9 | 0,111 | 0,051 | 0,034 | 1.186.217,05 | 3,39 |
| **N** | **42,5** | | | **36,0** | | | | | | **87.223** | **0,054** | **15.022.060** | **0,080** | | | | | | **0,231** | **8.098.466,28** | **23,14** |
| AL | 68,1 | 1,13 | 0,045 | 66,8 | 1,11 | 0,047 | 70,48 | 1,41 | 0,057 | 22.854 | 0,014 | 3.050.652 | 0,016 | 4 | 0,055 | 9 | 0,111 | 0,051 | 0,041 | 1.423.197,96 | 4,07 |
| BA | 50,9 | 0,85 | 0,034 | 52,2 | 0,87 | 0,037 | 48,39 | 0,97 | 0,039 | 91.386 | 0,056 | 13.950.146 | 0,075 | 4 | 0,055 | 35 | 0,029 | 0,013 | 0,043 | 1.516.774,69 | 4,33 |
| CE | 62,1 | 1,04 | 0,041 | 77,0 | 1,28 | 0,055 | 67,54 | 1,35 | 0,055 | 49.326 | 0,030 | 8.217.085 | 0,044 | 4 | 0,055 | 17 | 0,059 | 0,027 | 0,042 | 1.467.782,86 | 4,19 |
| MA | 76,6 | 1,28 | 0,051 | 70,0 | 1,17 | 0,050 | 43,66 | 0,87 | 0,035 | 28.959 | 0,018 | 6.184.538 | 0,033 | 4 | 0,055 | 9 | 0,111 | 0,051 | 0,042 | 1.460.090,75 | 4,17 |
| PB | 92,7 | 1,55 | 0,061 | 92,1 | 1,54 | 0,065 | 81,42 | 1,63 | 0,066 | 27.991 | 0,017 | 3.623.215 | 0,019 | 4 | 0,055 | 16 | 0,063 | 0,029 | 0,041 | 1.449.428,90 | 4,14 |
| PE | 62,1 | 1,03 | 0,041 | 57,0 | 0,95 | 0,041 | 34,70 | 0,69 | 0,028 | 68.459 | 0,042 | 8.502.603 | 0,046 | 3 | 0,041 | 24 | 0,042 | 0,019 | 0,036 | 1.261.259,25 | 3,60 |
| PI | 96,7 | 1,61 | 0,064 | 97,3 | 1,62 | 0,069 | 52,70 | 1,05 | 0,043 | 20.062 | 0,012 | 3.036.290 | 0,016 | 4 | 0,055 | 15 | 0,067 | 0,031 | 0,039 | 1.358.316,03 | 3,88 |
| RN | 79,4 | 1,32 | 0,052 | 93,2 | 1,55 | 0,066 | 57,49 | 1,15 | 0,047 | 28.817 | 0,018 | 3.043.760 | 0,016 | 3 | 0,041 | 7 | 0,143 | 0,066 | 0,043 | 1.510.872,56 | 4,32 |
| SE | 80,9 | 1,35 | 0,053 | 74,1 | 1,24 | 0,053 | 82,47 | 1,65 | 0,067 | 15.696 | 0,010 | 2.000.738 | 0,011 | 4 | 0,055 | 5 | 0,200 | 0,093 | 0,050 | 1.742.827,75 | 4,98 |
| **NE** | **67,1** | | | **68,7** | | | | | | **353.550** | **0,218** | **51.609.027** | **0,276** | | | | | | **0,377** | **13.190.550,74** | **37,69** |
| DF | 3,5 | 0,06 | 0,002 | 0,6 | 0,01 | 0,000 | 10,49 | 0,21 | 0,008 | 34.473 | 0,021 | 2.383.784 | 0,013 | 1 | 0,014 | 17 | 0,059 | 0,027 | 0,015 | 519.357,89 | 1,48 |
| GO | 55,0 | 0,92 | 0,036 | 52,2 | 0,87 | 0,037 | 27,92 | 0,56 | 0,023 | 41.512 | 0,026 | 5.730.753 | 0,031 | 2 | 0,027 | 34 | 0,029 | 0,014 | 0,026 | 910.008,33 | 2,60 |
| MS | 49,6 | 0,83 | 0,033 | 69,9 | 1,16 | 0,050 | 43,52 | 0,87 | 0,035 | 21.550 | 0,013 | 2.297.981 | 0,012 | 2 | 0,027 | 15 | 0,067 | 0,031 | 0,027 | 955.924,32 | 2,73 |
| MT | 54,2 | 0,90 | 0,036 | 49,8 | 0,83 | 0,035 | 66,50 | 1,33 | 0,054 | 21.122 | 0,013 | 2.856.999 | 0,015 | 2 | 0,027 | 15 | 0,067 | 0,031 | 0,028 | 990.439,74 | 2,83 |
| **CO** | **44,6** | | | **45,5** | | | | | | **118.657** | **0,073** | **13.269.517** | **0,071** | | | | | | **0,096** | **3.375.730,29** | **9,64** |
| ES | 45,1 | 0,75 | 0,030 | 44,1 | 0,73 | 0,031 | 36,08 | 0,72 | 0,029 | 32.200 | 0,020 | 3.464.285 | 0,019 | 2 | 0,027 | 21 | 0,048 | 0,022 | 0,025 | 866.411,56 | 2,48 |
| MG | 58,4 | 0,97 | 0,039 | 39,5 | 0,66 | 0,028 | 45,18 | 0,90 | 0,037 | 175.906 | 0,108 | 19.479.356 | 0,104 | 2 | 0,027 | 109 | 0,009 | 0,004 | 0,049 | 1.707.026,91 | 4,88 |
| RJ | 28,5 | 0,48 | 0,019 | 16,3 | 0,27 | 0,012 | 40,81 | 0,82 | 0,033 | 190.796 | 0,118 | 15.561.720 | 0,083 | 1 | 0,014 | 51 | 0,020 | 0,009 | 0,043 | 1.496.702,27 | 4,28 |
| SP | 22,8 | 0,38 | 0,015 | 12,9 | 0,22 | 0,009 | 39,46 | 0,79 | 0,032 | 415.060 | 0,256 | 41.055.734 | 0,220 | 1 | 0,014 | 181 | 0,006 | 0,003 | 0,082 | 2.871.103,37 | 8,20 |
| **SE** | **33,6** | | | **21,5** | | | | | | **813.962** | **0,502** | **79.561.095** | **0,426** | | | | | | **0,198** | **6.941.244,11** | **19,83** |
| PR | 48,0 | 0,80 | 0,032 | 46,6 | 0,78 | 0,033 | 52,95 | 1,06 | 0,043 | 87.513 | 0,054 | 10.387.378 | 0,056 | 2 | 0,027 | 50 | 0,020 | 0,009 | 0,034 | 1.205.900,30 | 3,45 |
| RS | 30,2 | 0,50 | 0,020 | 22,0 | 0,37 | 0,016 | 72,52 | 1,45 | 0,059 | 108.203 | 0,067 | 10.963.219 | 0,059 | 1 | 0,014 | 33 | 0,030 | 0,014 | 0,034 | 1.196.567,82 | 3,42 |
| SC | 63,2 | 1,05 | 0,042 | 46,3 | 0,77 | 0,033 | 62,94 | 1,26 | 0,051 | 52.953 | 0,033 | 5.958.266 | 0,032 | 1 | 0,014 | 28 | 0,036 | 0,017 | 0,028 | 991.540,46 | 2,83 |
| **S** | **44,2** | | | **36,6** | | | | | | **248.669** | **0,153** | **27.308.863** | **0,146** | | | | | | **0,097** | **3.394.008,58** | **9,70** |
| **BR** | **60,0** | **25,23** | **1,000** | **60,0** | **23,44** | **1,000** | **50,00** | **24,70** | **1,000** | **1.622.061** | **1,000** | **186.770.562** | **1,000** | **73** | **1,000** | **754** | **2** | **1,000** | **1,000** | **35.000.000,00** | **100,00** |

**C1, C2 e C3** = Alcance da Meta/Σ(Índice de Corbertura Estadual/Meta Nacional)
**C4 e C5** = População Estadual (nº)/População Total Brasil
**C6** = Peso/Σpeso (IDH-M)
**C7 =** Inverso do nº de equipamentos de ensino no estado/nº total de equipamentos de ensino
**Coeficiente Estadual** = ([10*C1+10*C2+10*C3]+[20*C4+10*C5]+[20*C6+20*C7])/100

**Faixa IDH-M:** 1: IDH-M ≥ 8
2: 0,79 ≥ IDH-M ≥ 0,76
3: 0,75 ≥ IDH-M ≥ 0,71
4: IDH-M ≤ 0,7

## Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - Ministério da Saúde

**ritérios e Valores para a Distribuição do Financiamento Federal da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – Educação Profissional de Nível Técnico**

| UF | Critérios para Alocação dos Recursos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Cobertura das Equipes de Saúde da Família - ESF **(C1)** | | | Cobertura das Equipes de Saúde Bucal - ESB **(C2)** | | | Cobertura dos Centros de Atenção Psico-social - CAPS **(C3)** | | | Número de Profissionais de Saúde AMS-2005/IBGE **(C4)** | | População Total - Estimativa 2006 **(C5)** | | IDH-M 2000 **(C6)** - Por Faixa | | Concentração Equipamentos de Ensino **(C7)** | | | Coeficiente Estadual **(CE)** | Teto Recursos | |
| | Índice de Cobertura | Alcance da Meta | Coef. | Índice de Cobertura | Alcance da Meta | Coef. | Índice de Cobertura | Alcance da Meta | Coef. | Nº | Coef. | Nº | Coef. | Peso | Coef. | Nº | Inverso | Coef. | | Em R$ 1,00 | % Dist. |
| AC | 61,9 | 1,03 | 0,041 | 67,4 | 1,12 | 0,048 | 29,13 | 0,58 | 0,024 | 4.157 | 0,003 | 686.652 | 0,004 | 4 | 0,055 | 5 | 0,200 | 0,093 | 0,042 | 2.081.045,90 | 4,16 |
| AM | 43,8 | 0,73 | 0,029 | 43,1 | 0,72 | 0,031 | 9,06 | 0,18 | 0,007 | 24.918 | 0,015 | 3.311.026 | 0,018 | 3 | 0,041 | 15 | 0,067 | 0,031 | 0,026 | 1.296.851,71 | 2,59 |
| AP | 55,8 | 0,93 | 0,037 | 39,8 | 0,66 | 0,028 | 32,48 | 0,65 | 0,026 | 4.112 | 0,003 | 615.715 | 0,003 | 3 | 0,041 | 7 | 0,143 | 0,066 | 0,031 | 1.572.291,82 | 3,14 |
| PA | 31,1 | 0,52 | 0,021 | 20,0 | 0,33 | 0,014 | 28,13 | 0,56 | 0,023 | 30.621 | 0,019 | 7.110.465 | 0,038 | 3 | 0,041 | 11 | 0,091 | 0,042 | 0,030 | 1.499.133,32 | 3,00 |
| RO | 38,3 | 0,64 | 0,025 | 36,9 | 0,61 | 0,026 | 48,00 | 0,96 | 0,039 | 9.523 | 0,006 | 1.562.417 | 0,008 | 3 | 0,041 | 12 | 0,083 | 0,039 | 0,027 | 1.349.417,18 | 2,70 |
| RR | 75,3 | 1,26 | 0,050 | 34,2 | 0,57 | 0,024 | 24,79 | 0,50 | 0,020 | 4.027 | 0,002 | 403.344 | 0,002 | 3 | 0,041 | 4 | 0,250 | 0,116 | 0,042 | 2.075.901,82 | 4,15 |
| TO | 79,4 | 1,32 | 0,052 | 85,4 | 1,42 | 0,061 | 26,27 | 0,53 | 0,021 | 9.865 | 0,006 | 1.332.441 | 0,007 | 3 | 0,041 | 9 | 0,111 | 0,051 | 0,034 | 1.694.595,79 | 3,39 |
| **N** | **42,5** | | | **36,0** | | | | | | **87.223** | **0,054** | **15.022.060** | **0,080** | | | | | | **0,231** | **11.569.237,54** | **23,14** |
| AL | 68,1 | 1,13 | 0,045 | 66,8 | 1,11 | 0,047 | 70,48 | 1,41 | 0,057 | 22.854 | 0,014 | 3.050.652 | 0,016 | 4 | 0,055 | 9 | 0,111 | 0,051 | 0,041 | 2.033.139,94 | 4,07 |
| BA | 50,9 | 0,85 | 0,034 | 52,2 | 0,87 | 0,037 | 48,39 | 0,97 | 0,039 | 91.386 | 0,056 | 13.950.146 | 0,075 | 4 | 0,055 | 35 | 0,029 | 0,013 | 0,043 | 2.166.820,98 | 4,33 |
| CE | 62,1 | 1,04 | 0,041 | 77,0 | 1,28 | 0,055 | 67,54 | 1,35 | 0,055 | 49.326 | 0,030 | 8.217.085 | 0,044 | 4 | 0,055 | 17 | 0,059 | 0,027 | 0,042 | 2.096.832,65 | 4,19 |
| MA | 76,6 | 1,28 | 0,051 | 70,0 | 1,17 | 0,050 | 43,66 | 0,87 | 0,035 | 28.959 | 0,018 | 6.184.538 | 0,033 | 4 | 0,055 | 9 | 0,111 | 0,051 | 0,042 | 2.085.843,93 | 4,17 |
| PB | 92,7 | 1,55 | 0,061 | 92,1 | 1,54 | 0,065 | 81,42 | 1,63 | 0,066 | 27.991 | 0,017 | 3.623.215 | 0,019 | 4 | 0,055 | 16 | 0,063 | 0,029 | 0,041 | 2.070.612,72 | 4,14 |
| PE | 62,1 | 1,03 | 0,041 | 57,0 | 0,95 | 0,041 | 34,70 | 0,69 | 0,028 | 68.459 | 0,042 | 8.502.603 | 0,046 | 3 | 0,041 | 24 | 0,042 | 0,019 | 0,036 | 1.801.798,92 | 3,60 |
| PI | 96,7 | 1,61 | 0,064 | 97,3 | 1,62 | 0,069 | 52,70 | 1,05 | 0,043 | 20.062 | 0,012 | 3.036.290 | 0,016 | 4 | 0,055 | 15 | 0,067 | 0,031 | 0,039 | 1.940.451,47 | 3,88 |
| RN | 79,4 | 1,32 | 0,052 | 93,2 | 1,55 | 0,066 | 57,49 | 1,15 | 0,047 | 28.817 | 0,018 | 3.043.760 | 0,016 | 3 | 0,041 | 7 | 0,143 | 0,066 | 0,043 | 2.158.389,38 | 4,32 |
| SE | 80,9 | 1,35 | 0,053 | 74,1 | 1,24 | 0,053 | 82,47 | 1,65 | 0,067 | 15.696 | 0,010 | 2.000.738 | 0,011 | 4 | 0,055 | 5 | 0,200 | 0,093 | 0,050 | 2.489.753,92 | 4,98 |
| **NE** | **67,1** | | | **68,7** | | | | | | **353.550** | **0,218** | **51.609.027** | **0,276** | | | | | | **0,377** | **18.843.643,92** | **37,69** |
| DF | 3,5 | 0,06 | 0,002 | 0,6 | 0,01 | 0,000 | 10,49 | 0,21 | 0,008 | 34.473 | 0,021 | 2.383.784 | 0,013 | 1 | 0,014 | 17 | 0,059 | 0,027 | 0,015 | 741.939,85 | 1,48 |
| GO | 55,0 | 0,92 | 0,036 | 52,2 | 0,87 | 0,037 | 27,92 | 0,56 | 0,023 | 41.512 | 0,026 | 5.730.753 | 0,031 | 2 | 0,027 | 34 | 0,029 | 0,014 | 0,026 | 1.300.011,90 | 2,60 |
| MS | 49,6 | 0,83 | 0,033 | 69,9 | 1,16 | 0,050 | 43,52 | 0,87 | 0,035 | 21.550 | 0,013 | 2.297.981 | 0,012 | 2 | 0,027 | 15 | 0,067 | 0,031 | 0,027 | 1.365.606,18 | 2,73 |
| MT | 54,2 | 0,90 | 0,036 | 49,8 | 0,83 | 0,035 | 66,50 | 1,33 | 0,054 | 21.122 | 0,013 | 2.856.999 | 0,015 | 2 | 0,027 | 15 | 0,067 | 0,031 | 0,028 | 1.414.913,91 | 2,83 |
| **CO** | **44,6** | | | **45,5** | | | | | | **118.657** | **0,073** | **13.269.517** | **0,071** | | | | | | **0,096** | **4.822.471,84** | **9,64** |
| ES | 45,1 | 0,75 | 0,030 | 44,1 | 0,73 | 0,031 | 36,08 | 0,72 | 0,029 | 32.200 | 0,020 | 3.464.285 | 0,019 | 2 | 0,027 | 21 | 0,048 | 0,022 | 0,025 | 1.237.730,79 | 2,48 |
| MG | 58,4 | 0,97 | 0,039 | 39,5 | 0,66 | 0,028 | 45,18 | 0,90 | 0,037 | 175.906 | 0,108 | 19.479.356 | 0,104 | 2 | 0,027 | 109 | 0,009 | 0,004 | 0,049 | 2.438.609,88 | 4,88 |
| RJ | 28,5 | 0,48 | 0,019 | 16,3 | 0,27 | 0,012 | 40,81 | 0,82 | 0,033 | 190.796 | 0,118 | 15.561.720 | 0,083 | 1 | 0,014 | 51 | 0,020 | 0,009 | 0,043 | 2.138.146,10 | 4,28 |
| SP | 22,8 | 0,38 | 0,015 | 12,9 | 0,22 | 0,009 | 39,46 | 0,79 | 0,032 | 415.060 | 0,256 | 41.055.734 | 0,220 | 1 | 0,014 | 181 | 0,006 | 0,003 | 0,082 | 4.101.576,24 | 8,20 |
| **SE** | **33,6** | | | **21,5** | | | | | | **813.962** | **0,502** | **79.561.095** | **0,426** | | | | | | **0,198** | **9.916.063,01** | **19,83** |
| PR | 48,0 | 0,80 | 0,032 | 46,6 | 0,78 | 0,033 | 52,95 | 1,06 | 0,043 | 87.513 | 0,054 | 10.387.378 | 0,056 | 2 | 0,027 | 50 | 0,020 | 0,009 | 0,034 | 1.722.714,71 | 3,45 |
| RS | 30,2 | 0,50 | 0,020 | 22,0 | 0,37 | 0,016 | 72,52 | 1,45 | 0,059 | 108.203 | 0,067 | 10.963.219 | 0,059 | 1 | 0,014 | 33 | 0,030 | 0,014 | 0,034 | 1.709.382,61 | 3,42 |
| SC | 63,2 | 1,05 | 0,042 | 46,3 | 0,77 | 0,033 | 62,94 | 1,26 | 0,051 | 52.953 | 0,033 | 5.958.266 | 0,032 | 1 | 0,014 | 28 | 0,036 | 0,017 | 0,028 | 1.416.486,37 | 2,83 |
| **S** | **44,2** | | | **36,6** | | | | | | **248.669** | **0,153** | **27.308.863** | **0,146** | | | | | | **0,097** | **4.848.583,69** | **9,70** |
| **BR** | 60,0 | **25,23** | **1,000** | 60,0 | **23,44** | **1,000** | 50,00 | **24,70** | **1,000** | **1.622.061** | **1,000** | **186.770.562** | **1,000** | **73** | **1,000** | **754** | **2** | **1,000** | **1,000** | **50.000.000,00** | **100,00** |

**C1, C2 e C3**= Alcance da Meta/S(Índice de Corbertura Estadual/Meta Nacional)
**C4 e C5**= População Estadual (nº)/População Total Brasil
**C6** = Peso/Speso (IDH-M)
**C7** = Inverso do nº de equipamentos de ensino no estado/nº total de equipamentos de ensino
**Coeficiente Estadual**= ([10*C1+10*C2+10*C3]+[20*C4+10*C5]+[20*C6+20*C7])/100

**Faixa IDH-M:** 1: IDH-M = 8
2: 0,79 = IDH-M = 0,76
3: 0,75 = IDH-M = 0,71
4: IDH-M = 0,7

# Anexo II

## Diretrizes operacionais para a constituição e funcionamento das Comissões de Integração Ensino-Serviço.

O Ministério da Saúde (MS), por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), elaborou estas orientações e diretrizes para assegurar Educação Permanente dos trabalhadores para o Sistema Único de Saúde.

### 1. DO CONCEITO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM O TRABALHO E COM AS PRÁTICAS DE FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL.

A definição de uma política de formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde, seja no âmbito nacional, estadual, regional, e mesmo municipal, deve considerar o conceito de Educação Permanente em Saúde e articular as necessidades dos serviços de saúde, as possibilidades de desenvolvimento dos profissionais, a capacidade resolutiva dos serviços de saúde e a gestão social sobre as políticas públicas de saúde.

*A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.* A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. 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. 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. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.

A proposta é de ruptura com a lógica da compra e pagamento de produtos e procedimentos educacionais orientados pela oferta desses serviços; e ressalta as demandas por mudanças e melhoria institucional baseadas na análise dos processos de trabalho, nos seus problemas e desafios.

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.

As Comissões de Integração Ensino-Serviço devem funcionar como instâncias interinstitucionais e regionais para a co-gestão dessa política, orientadas pelo plano de ação regional para a área da educação na saúde, com a elaboração de projetos de mudança na formação (educação técnica, graduação, pós-graduação) e no desenvolvimento dos trabalhadores para a (e na) reorganização dos serviços de saúde.

## 2. RELAÇÃO DO COLEGIADO DE GESTÃO REGIONAL COM AS COMISSÕES DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO PARA O SUS

O Colegiado de Gestão Regional deverá coordenar a estruturação/reestruturação das Comissões de Integração Ensino-Serviço. O Plano de Ação Regional para a Educação Permanente em Saúde (PAREPS) servirá de norteador para as atividades das Comissões de Integração Ensino-Serviço na construção e implementação de ações e intervenções na área de educação na saúde em resposta às necessidades do serviço.

As Comissões de Integração Ensino-Serviço apoiarão os gestores do Colegiado de Gestão Regional na discussão sobre Educação Permanente em Saúde, contribuindo para o desenvolvimento da educação em serviço como um recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação na saúde. Nessa perspectiva, essas comissões assumirão o papel de indutoras de mudanças, promoverão o trabalho articulado entre as várias esferas de gestão e as instituições formadoras, a fim de superar a tradição de se organizar um menu de capacitações/treinamentos pontuais.

O Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde será construído coletivamente pelo Colegiado de Gestão Regional com apoio das Comissões de Integração Ensino-Serviço a partir de um processo de planejamento das ações de educação na saúde.

O Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde, elaborado de acordo com o Plano Regional de Saúde e coerente com a Portaria GM/MS nº. 3.332, de 28 de dezembro de 2006, que aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS, deverá conter:

- Caracterização da região de saúde – definição dos municípios constituintes, dos fluxos e equipamentos de atenção à saúde na região; os principais indicadores e metas estratégicas de investimento e implementação de serviços de saúde.
- Identificação do(s) problema(s) de saúde – identificar os principais problemas enfrentados pela gestão e pelos serviços daquela região, assim como seus descritores.
- Caracterização da necessidade de formação em saúde – iden-

tificar a necessidade de determinadas categorias profissionais e de desenvolvimento dos profissionais dos serviços a partir do perfil epidemiológico da população e dos processos de organização do cuidado em saúde de uma dada região.

- Atores envolvidos – identificar os atores envolvidos no processo a partir da discussão política, da elaboração até a execução da proposta apresentada.
- Relação entre os problemas e as necessidades de educação permanente em saúde – identificar as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde; definir e justificar a priorização de um, ou um conjunto de problemas, em relação aos demais, na busca de soluções originais e criativas guardando as especificidades regionais; descrever ações a curto, médio e longo prazo, para o enfrentamento das necessidades identificadas; formular propostas indicando metodologias de execução e correlacioná-las entre si.
- Produtos e resultados esperados – estabelecer metas e indicadores de processos e resultados para o acompanhamento e avaliação a curto, médio e longo prazo.
- Processo de avaliação do plano – identificar a metodologia da avaliação a ser utilizada, bem como os atores, os recursos e um cronograma para a sua execução.
- Recursos envolvidos para a execução do plano – analisar a viabilidade do plano a partir dos recursos disponíveis. Considerar os recursos financeiros alocados pelas três esferas de governo e os recursos materiais, de infra-estrutura, de tempo, entre outros.

O Colegiado de Gestão Regional encaminhará o Plano de Ação Regional para a Educação Permanente em Saúde às Comissões de Integração Ensino-Serviço, que trabalharão na construção de projetos e estratégias de intervenção no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores a serem apresentadas ao Colegiado de Gestão Regional.

O Colegiado de Gestão Regional, então, deverá validar e acompanhar a execução dos projetos apresentados pelas Comissões de Integração Ensino-Serviço. Essa validação deverá considerar:

- A coerência entre as ações e estratégias propostas e o PAREPS;
- O consenso em relação à análise de contexto da região e dos problemas dos processos de trabalho e dos serviços de saúde daquela região;
- Um dimensionamento adequado entre objetivos e metas e as ações propostas;
- A pactuação do Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde no colegiado, devidamente vinculado a um Plano Regional de Saúde contemplando a solução dos diversos problemas de saúde e a melhoria do sistema de saúde regional;

- Os princípios do SUS;
- A legislação vigente.

Em caso de não aprovação pelo Colegiado os projetos e estratégias de intervenção deverão ser devolvidos às Comissões de Integração Ensino-Serviço para adequação.

A constituição de cada Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço deverá se dar num movimento inclusivo de todas as representações institucionais acima elencadas, articulado e coordenado pelo Colegiado de Gestão Regional, observando as diretrizes operacionais aqui descritas e o Plano de Ação Regional para a Educação Permanente em Saúde.

O Colegiado de Gestão Regional poderá pactuar e definir pela integração de outras instituições à Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço.

As instituições deverão garantir aos seus representantes a participação efetiva e comprometida com a produção coletiva, com a gestão colegiada e democrática da Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço e com a construção de arranjos interinstitucionais para a execução das ações propostas. O que se pretende é desenvolver e aumentar a capacidade pedagógica regional para a intervenção na área da Saúde, através da disseminação e utilização do conceito de Educação Permanente em Saúde como orientador das práticas de educação na saúde, visando à melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

A Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço deverá ter condução e coordenação colegiada, deverá reunir-se regularmente e trabalhar para a execução e acompanhamento do PAREPS.

A Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço deverá acompanhar, monitorar e avaliar os projetos implementados e fornecer informações aos gestores do Colegiado de Gestão Regional para que os mesmos possam orientar suas decisões em relação ao PAREPS.

A Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço para o SUS deverá apresentar os projetos elaborados, a partir do Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde, para que os mesmos sejam avaliados e aprovados no CGR.

A Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço para o SUS deverá constituir um projeto de atividades, designando a sua necessidade de alocação orçamentária e sua relação com o Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde.

Os projetos apresentados pelas Comissões de Integração Ensino-Serviço devem conter:

- Nome de ação educativa;
- Justificativa da Ação. Análise de contexto da situação atual e dos problemas enfrentados pelos serviços e a proposição de estratégias para o enfrentamento dessa situação;
- Objetivo da Ação;
- Público-alvo. (Identificação das instituições, das áreas de atenção

e da vinculação ao SUS dos atores envolvidos);

- Metodologia utilizada;
- Duração e cronograma de execução;
- Plano de Metas/Indicadores;
- Resultados esperados;
- Titulação a ser conferida (se for o caso);
- Planilha de custos e cronograma de execução financeira;
- Dados da instituição executora (as CIB deverão listar dados mínimos);
- Dados da instituição beneficiária (as CIB deverão listar dados mínimos);
- Responsável pela coordenação do projeto com os respectivos contatos.

## Anexo III

# Diretrizes e Orientação para a Formação dos Trabalhadores de Nível Técnico no Âmbito do SUS

A formação dos trabalhadores de nível técnico é um componente decisivo para a efetivação da política nacional de saúde, capaz de fortalecer e aumentar a qualidade de resposta do setor da saúde às demandas da população, tendo em vista o papel dos trabalhadores de nível técnico no desenvolvimento das ações e serviços de saúde.

As ações para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores de nível técnico da área da Saúde devem ser produto de cooperação técnica, articulação e diálogo entre as três esferas de governo, as instituições de ensino, os serviços de saúde e o controle social.

As instituições executoras dos processos de formação dos profissionais de nível técnico no âmbito do SUS deverão ser preferencialmente as Escolas Técnicas do SUS/Centros Formadores, Escolas de Saúde Pública (vinculadas à gestão estadual ou municipal) e Escolas de Formação Técnicas Públicas. Outras instituições formadoras poderão ser contempladas, desde que legalmente reconhecidas e habilitadas para a formação de nível técnico. A execução da formação técnica também poderá ser desenvolvida por equipes do Estado/Município em parceria com as Escolas Técnicas. Em todos esses casos as Escolas Técnicas do SUS deverão acompanhar e avaliar a execução da formação pelas instituições executoras.

Os projetos de formação profissional de nível técnico deverão atender a todas as condições estipuladas nesta portaria e o plano de curso (elaborado com base nas Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Técnico na área de Saúde) deve contemplar:

Justificativa;

Objetivo;

Requisito de acesso;

Perfil profissional de conclusão;

Organização curricular ou Matriz curricular para a formação, informando a carga horária total do Curso, discriminação da distribuição da carga horária entre os módulos, unidades temáticas e/ou disciplinas e identificação das modalidades (dispersão ou concentração);

Metodologia pedagógica para formação em serviço e estratégias para acompanhamento das turmas descentralizadas;

Avaliação da Aprendizagem: critérios, detalhamento metodológico e instrumentos;

Critérios de aproveitamento de conhecimentos e experiências anteriores, com descrição do processo;

Instalações e equipamentos (descrição dos recursos físicos, materiais e equipamentos necessários à execução do curso, tanto para os momentos de trabalho teórico-prático/concentração quanto para os momentos de prática supervisionada/dispersão);

Pessoal docente e técnico, com descrição da qualificação profissional necessária e forma de seleção;

Aprovação do curso no Conselho Estadual de Educação;

Certificação: informação de que será expedido pela escola responsável Atestado de Conclusão do curso.

Relação nominal e caracterização da equipe técnica responsável pela coordenação do projeto, constituída, no mínimo, por um coordenador geral e um coordenador pedagógico.

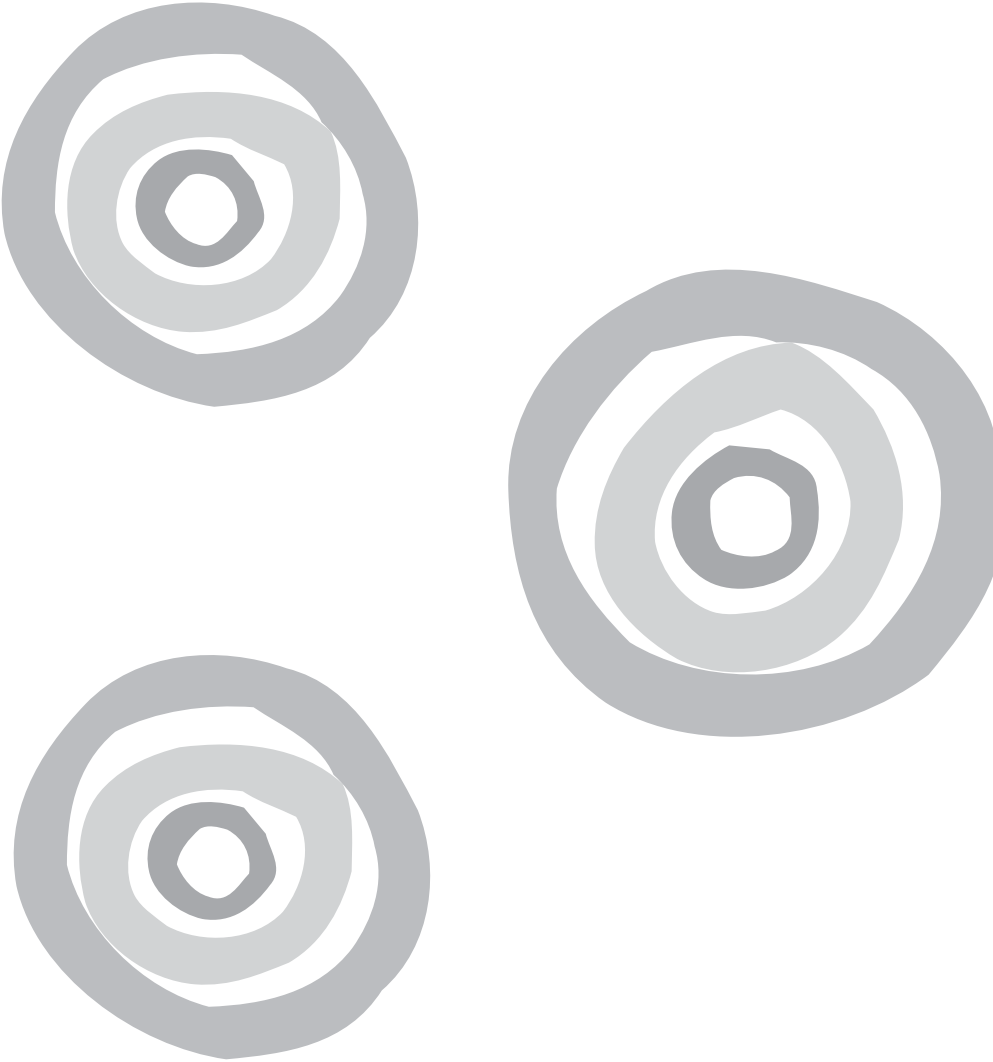
Os projetos ainda deverão abranger um Plano de Execução do Curso, um Plano de Formação e uma Planilha de Custos. O Plano de Execução explicita a forma de organização e operacionalização das atividades educativas previstas, apresentando as seguintes informações:

- Municípios abrangidos pelo Projeto;
- Número de trabalhadores contemplados pelo Projeto, por município;
- Número total de turmas previstas e número de alunos por turma (informar os critérios utilizados para a definição dos números e distribuição de vagas);
- Relação nominal dos trabalhadores abrangidos pelo Projeto, organizada em turmas, por município após a matrícula;
- Localização das atividades educativas, por turma, nos momentos de concentração e dispersão (informar critérios utilizados);
- Definição e descrição detalhada do material didático pedagógico que será fornecido ao aluno trabalhador;
- Planejamento das atividades de acompanhamento das turmas e cronograma de supervisão, com detalhamento das estratégias e metodologias de acompanhamento bem como modalidade de registro;
- Prazo e Cronograma de execução detalhado do curso, por turma.

O Plano de Formação Pedagógica para Docentes, por sua vez, deverá apresentar carga horária mínima de 88h, sendo o módulo inicial de no mínimo 40h, realizado antes do início do curso e deverá apresentar:

- Temas abordados;
- Estratégias e metodologias utilizadas;
- Estratégias de avaliação.

Por fim, a planilha de custos deverá apresentar o valor financeiro total do Projeto, detalhando os itens das despesas necessárias à execução do Curso, com memória de cálculo e proposta de cronograma de desembolso.



# 2 Diretrizes sobre as Responsabilidades do Pacto de Gestão para a Área da Educação na Saúde

## 2.1 Questões acerca das Responsabilidades Estaduais na Educação na Saúde

*a) Formular, promover e apoiar a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma no âmbito estadual*

QUESTÃO CENTRAL: Existe uma Política Estadual de Educação Permanente em Saúde?

- Que estrutura organizacional é responsável pela condução dessa política no âmbito estadual?
- Qual a dotação orçamentária estadual destinada à Política Estadual de Educação Permanente em Saúde?
- Qual a participação dos gestores municipais e das instâncias de controle social na formulação e implementação dessa política?
- O Plano Estadual de Saúde contempla as questões da formação e desenvolvimento dos trabalhadores para o SUS?
- Que linhas de ação estão contempladas na Política Estadual de Educação Permanente em Saúde?
- O que foi realizado nos últimos dois anos nesta área?

*b) Promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente, no âmbito da gestão estadual do SUS*

QUESTÃO CENTRAL: Como o estado lida com as demandas de educação na saúde?

- Que atores demandam a estrutura estadual por ações de formação e desenvolvimento dos trabalhadores na saúde?
- Os trabalhadores de saúde participam da construção e encaminhamento dessas demandas?
- Como o estado constrói a resposta a essas demandas?
- Quais as necessidades de qualificação profissional (nível superior e técnico) e de elevação de escolaridade dos profissionais de saúde no estado?
- Como são acompanhadas e avaliadas as ações das instituições executoras de processos educativos na saúde e suas repercussões sobre os serviços de saúde em âmbito municipal e estadual.

- Os serviços estaduais e municipais de saúde avaliam a efetividade dos processos educativos realizados, tendo como referência mudanças no processo de trabalho que repercutem positivamente sobre a resolutividade e integralidade dos serviços?

*c) Apoiar e fortalecer a articulação com os municípios e entre os mesmos para processos de educação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS*

QUESTÃO CENTRAL: Como o estado apóia a articulação entre os municípios no desenvolvimento de ações de EPS?

- Que ações articuladas de formação e desenvolvimento profissional para os trabalhadores do SUS foram ou estão sendo desenvolvidas no âmbito estadual?
- Essas ações respondem à expectativa e necessidades locais? Que repercussões têm tido sobre os processos de trabalho?
- Existe algum espaço no âmbito estadual de articulação interinstitucional (instituições de ensino, gestores, trabalhadores e controle social) para discussão e formulação de uma política para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores?
- Como está sendo realizada a discussão da regionalização e da construção dos CGR à luz do pacto? Qual a perspectiva para esses processos?

*d) Articular o processo de vinculação dos municípios às referências para o seu processo de formação e desenvolvimento*

QUESTÃO CENTRAL: Como o estado acompanha e monitora a vinculação dos municípios às instâncias regionais de articulação da EPS?

- De que forma essa instância está vinculada aos Colegiados de Gestão Regional (ou CIB-Regionais)?
- Essas instâncias têm composição interinstitucional (universidades, serviços, controle social e gestão)?
- Como funcionam essas referências em EPS para os municípios?

*e) Articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e das especializações das profissões de saúde*

QUESTÃO CENTRAL: Como o estado tem promovido, apoiado e regulado processos formativos nos serviços de saúde (estágios profissionais – nível técnico e superior) e especializações em serviços?

- Existe algum incentivo para profissionais de saúde que participam dos processos educativos no serviço?
- Que ações (fóruns/espaços) o estado tem promovido para discutir

a adequação entre a graduação na área de saúde e as necessidades do sistema?

- O estado tem oferecido apoio técnico e financeiro para programas de especialização em serviço (residências)? Que perspectivas têm nesse sentido?

*f) Articular e pactuar com o Sistema Estadual de Educação processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, cooperando com os demais gestores para processos na mesma direção*

QUESTÃO CENTRAL: Como a saúde se articula e pactua com o sistema educacional processos formativos de acordo com as necessidades de desenvolvimento dos serviços de saúde?

- Existe alguma participação formal, ou canal institucional, junto ao sistema estadual de educação para discutir e considerar a necessidade e as especificidades de formação e desenvolvimento para os serviços de saúde?
- Como essa relação é avaliada, ou qual a expectativa para ela?

*g) Desenvolver ações e estruturas formais de educação técnica em saúde com capacidade de execução descentralizada no âmbito estadual*

QUESTÃO CENTRAL: Existe alguma estrutura organizacional do estado responsável pela formação e desenvolvimento profissional de nível técnico para a saúde? Existe Escola Técnica do SUS (ETSUS) no estado?

- Que ações descentralizadas têm sido realizadas por essas organizações no sentido de identificar e atender as necessidades municipais e estadual de formação profissional de nível técnico?
- Como o estado se articula com o Conselho Estadual de Educação para a autorização de funcionamento desses órgãos e dos seus cursos?
- Como essas instituições têm firmado parcerias para a execução descentralizada de suas atividades?
- Como elas têm se articulado com as áreas técnicas e os municípios para a formulação dos processos educacionais e a identificação das demandas?

### 2.2 Questões acerca das Responsabilidades do Distrito Federal na Educação na Saúde

*a) Formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando, quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando no seu financiamento*

QUESTÃO CENTRAL: Existe uma Política de Educação Permanente em Saúde no âmbito do Distrito Federal?

- Que estrutura organizacional é responsável pela condução dessa política no âmbito do Distrito Federal?
- Qual a dotação orçamentária destinada à Política Distrital de Educação Permanente em Saúde?
- Qual a participação das regiões administrativas e das instâncias de controle social na formulação e implementação dessa política?
- O Plano Distrital de Saúde contempla as questões da formação e desenvolvimento dos trabalhadores para o SUS?
- Que linhas de ação estão contempladas na Política Distrital de Educação Permanente em Saúde?
- O que foi realizado nos últimos dois anos nesta área?

*b) Promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente*

QUESTÃO CENTRAL: Como o Distrito Federal lida com as demandas de educação na saúde?

- Que atores demandam a estrutura distrital por ações de formação e desenvolvimento dos trabalhadores na saúde?
- Os trabalhadores de saúde participam da construção e encaminhamento dessas demandas?
- Como o Estado constrói a resposta a essas demandas?
- Quais as necessidades de qualificação profissional (nível superior e técnico) e de elevação de escolaridade dos profissionais de saúde no Distrito Federal?
- Como são acompanhadas e avaliadas as ações das instituições executoras de processos educativos na saúde e suas repercussões sobre os serviços de saúde em âmbito municipal e estadual.
- Os serviços de saúde avaliam a efetividade dos processos educativos realizados, tendo como referência mudanças no processo de trabalho que repercutem positivamente sobre a resolutividade e integralidade dos serviços?

*c) Articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e das especializações das profissões de saúde*

QUESTÃO CENTRAL: Como o Distrito Federal tem promovido, apoiado e regulado processos formativos nos serviços de saúde (estágios profissionais – nível técnico e superior) e especializações em serviços?

- Existe algum incentivo para profissionais de saúde que participam dos processos educativos no serviço?
- Que ações (fóruns/espaços) o Distrito Federal tem promovido para

discutir a adequação entre a graduação na área de saúde e as necessidades do sistema?

- O Distrito Federal tem oferecido apoio técnico e financeiro para programas de especialização em serviço (residências)? Que perspectivas têm nesse sentido?

*d) Articular e cooperar com a construção e implementação de iniciativas políticas e práticas para a mudança na graduação das profissões de saúde de acordo com as diretrizes do SUS*

QUESTÃO CENTRAL: Qual a articulação política do Governo do Distrito Federal (GDF) com as várias instituições formadoras da área da Saúde?

- O que norteia a definição dos equipamentos de saúde que serão utilizados como cenários de práticas na formação dos profissionais da saúde?
- Quais estratégias políticas vêm sendo desenvolvidas no GDF que visam reorientar a formação dos profissionais da saúde de acordo com os princípios e diretrizes do SUS?
- Qual o investimento financeiro do GDF para implementação destas políticas?

*e) Articular e pactuar com o Sistema Distrital de Educação processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, cooperando com os demais gestores para processos na mesma direção*

QUESTÃO CENTRAL: Como a saúde se articula e pactua com o sistema educacional processos formativos de acordo com as necessidades de desenvolvimento dos serviços de saúde?

- Existe alguma participação formal, ou canal institucional, junto ao sistema distrital de educação para discutir e considerar a necessidade e as especificidades de formação e desenvolvimento para os serviços de saúde?
- Como essa relação é avaliada, ou qual a expectativa para ela?

*f) Desenvolver ações e estruturas formais de educação técnica em saúde com capacidade de execução descentralizada no âmbito do Distrito Federal*

QUESTÃO CENTRAL: Existe alguma estrutura organizacional no Distrito Federal responsável pela formação e desenvolvimento profissional de nível técnico para a saúde?

- Como se dá a articulação entre Escola Técnica do SUS (ETSUS) e a Secretaria de Saúde do Distrito Federal?
- Que ações descentralizadas têm sido realizadas por essas organizações no sentido de identificar e atender as necessidades de formação profissional de nível técnico no Distrito Federal?

- Como a Secretaria de Saúde se articula com o Conselho de Educação do Distrito Federal para a autorização de funcionamento desses órgãos e dos seus cursos?
- Como essas instituições têm firmado parcerias para a execução descentralizada de suas atividades?
- Como essas instituições têm se articulado com as áreas técnicas para a formulação dos processos educacionais e a identificação das demandas?

*g) Promover e articular junto às escolas técnicas de saúde uma nova orientação para a formação de profissionais técnicos para o SUS, diversificando os campos de aprendizagem*

QUESTÃO CENTRAL: Qual a articulação política do Governo do Distrito Federal com as várias escolas técnicas da área da Saúde?

- O que norteia a definição dos equipamentos de saúde que serão utilizados como cenários de práticas na formação técnica dos profissionais da saúde?
- Quais estratégias políticas vêm sendo desenvolvidas no Distrito Federal que visam reorientar a formação técnica dos profissionais da saúde de acordo com os princípios e diretrizes do SUS?
- Qual o investimento financeiro do GDF para implementação destas políticas?

*h) Apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação popular em saúde da formação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde*

QUESTÃO CENTRAL: O Governo do Distrito Federal promove espaços de participação e articulação dos movimentos de educação popular em saúde na discussão da formação dos profissionais de saúde?

- Há uma identificação/mapeamento (senso) dos movimentos sociais de educação popular em saúde no Distrito Federal?
- Como os serviços de saúde se relacionam e trabalham com esses movimentos? Ou esses movimentos participam de espaços de discussão sobre os serviços de saúde, planejamento em saúde e controle social?
- Qual a contribuição destes movimentos para o SUS no Distrito Federal?

*i) Incentivar, junto à rede de ensino, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS*

QUESTÃO CENTRAL: Quais as ações educativas em saúde, sobre o direito à saúde, e o SUS são desenvolvidas a partir dessas articulações?

- Como se dá a articulação entre as Secretarias de Saúde e Educação com a sua rede de ensino?

## 2.3 Questões acerca das Responsabilidades Municipais na Educação na Saúde

*a) Todo município deve formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando, quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando do seu financiamento*

QUESTÃO CENTRAL: Existe uma Política de Educação Permanente em Saúde no âmbito municipal?

- Que estrutura organizacional é responsável pela condução dessa política no âmbito municipal?
- Qual a dotação orçamentária destinada à Política Municipal de Educação Permanente em Saúde?
- Qual a participação das instâncias de controle social na formulação e implementação dessa política?
- O Plano Municipal de Saúde contempla as questões da formação e desenvolvimento dos trabalhadores para o SUS?
- Que linhas de ação estão contempladas na Política Municipal de Educação Permanente em Saúde?
- O que foi realizado nos últimos dois anos nessa área?

*b) Todo município deve promover diretamente ou em cooperação com o estado, com os municípios da sua região e com a União, processos conjuntos de educação permanente em saúde*

QUESTÃO CENTRAL: Quais os processos de educação permanente que o município desenvolve isoladamente ou em conjunto com outros municípios e/ou estado?

- Como é a participação do município na referência regional para a educação permanente em saúde?
- Em que medida as demandas por formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde do município são atendidas pelas atividades promovidas por essa referência regional?
- Como são construídas as parcerias para o desenvolvimento das ações de educação na saúde?

*c) Todo município deve apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação popular em saúde na formação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde*

QUESTÃO CENTRAL: O município promove espaços de participação e articulação dos movimentos de educação popular em saúde na discussão da formação dos profissionais de saúde?

- Há uma identificação/mapeamento (censo) dos movimentos sociais de educação popular em saúde no município?
- Como os serviços de saúde se relacionam e trabalham com esses movimentos? Esses movimentos participam de espaços de discussão sobre os serviços de saúde, planejamento em saúde e controle social?
- Qual a contribuição destes movimentos para o SUS no município?

*d) Todo município deve incentivar, junto à rede de ensino, no âmbito municipal, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS*

QUESTÃO CENTRAL: Quais as ações educativas em saúde, sobre o direito à saúde e sobre o SUS são desenvolvidas a partir dessas articulações?

- Como se dá a articulação entre as Secretarias de Saúde e Educação com a sua rede de ensino?

*e) Articular e cooperar com a construção e implementação de iniciativas políticas e práticas para a mudança na graduação das profissões de saúde de acordo com as diretrizes do SUS*

QUESTÃO CENTRAL: Qual a articulação política do município com as várias instituições formadoras da área da Saúde?

- O que norteia a definição dos equipamentos de saúde que serão utilizados como cenários de práticas na formação dos profissionais da saúde?
- Quais estratégias políticas vêm sendo desenvolvidas no município que visam reorientar a formação dos profissionais da saúde de acordo com os princípios e diretrizes do SUS?
- Qual o investimento financeiro do município para implementação dessas políticas?

*f) Promover e articular junto às escolas técnicas de saúde uma nova orientação para a formação de profissionais técnicos para o SUS, diversificando os campos de aprendizagem*

QUESTÃO CENTRAL: Qual a articulação política do município com as escolas técnicas da área da Saúde?

- O que norteia a definição dos equipamentos de saúde que serão utilizados como cenários de práticas na formação técnica dos profissionais da saúde?

- Quais estratégias políticas vêm sendo desenvolvidas no município que visam reorientar a formação técnica dos profissionais da saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS?
- Qual o investimento financeiro do município para implementação dessas políticas?

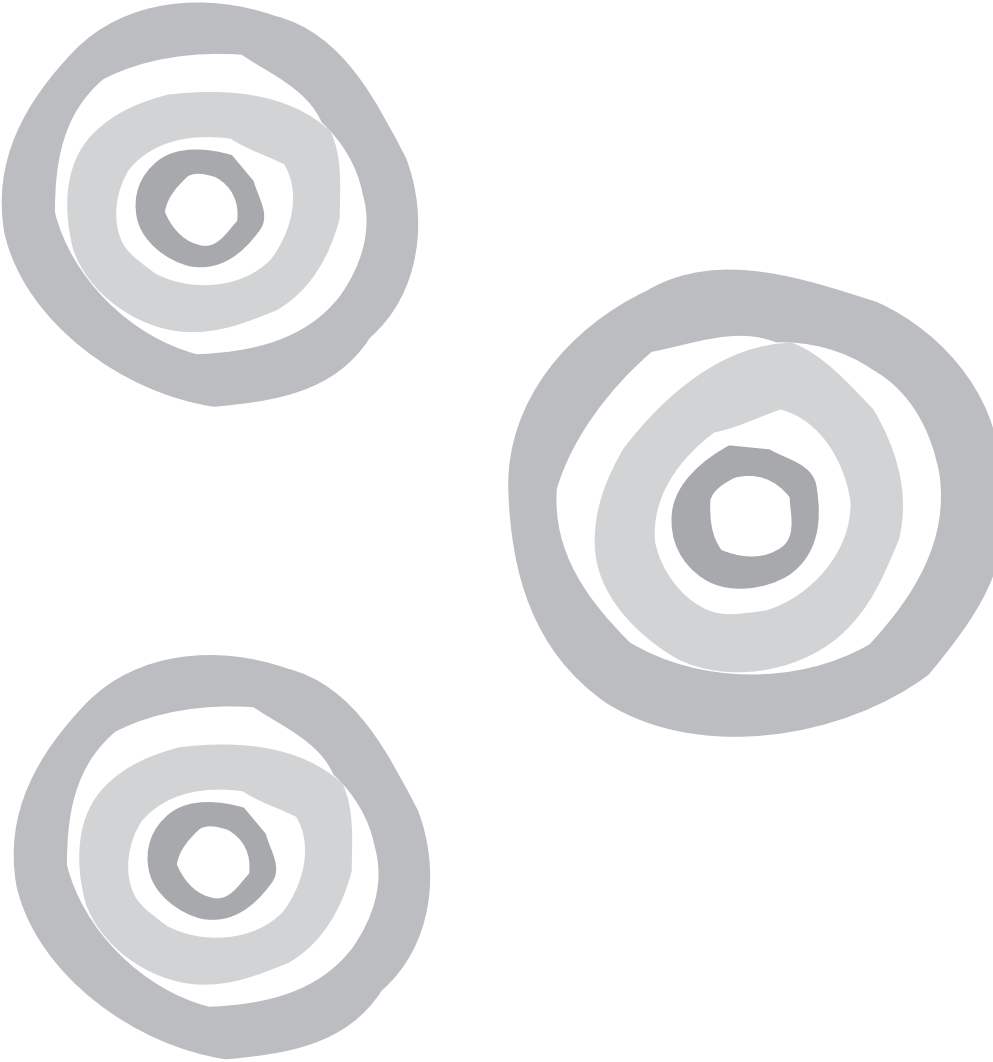
## 2.4 A Educação Permanente em Saúde no Plano de Saúde, Programação Anual e Relatório de Gestão

Até aqui foi apresentada uma proposta de problematização, que pretende contribuir com a construção da análise situacional e a formulação de objetivos para a Educação na Saúde, nas três esferas de gestão do SUS, conforme as atribuições e responsabilidades presentes no Pacto pela Saúde. Desta forma, o esforço aqui proposto pretende ser disparador de um planejamento, que só tem sentido se inserido dentro de um ciclo de gestão específico, em um processo que integre e qualifique as ações do SUS e subsidie a tomada de decisão por parte do gestor da saúde.

Portanto, é importante ressaltar a necessidade de integração desse processo específico ao Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS), conforme as diretrizes e instrumentos definidos pelas Portarias MS/GM nº 3.085, de 1º de dezembro de 2006, e nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006. Essas portarias definem três instrumentos básicos para o processo de planejamento no SUS: o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão. Dessa forma, a imagem-objetivo é que o processo de planejamento do SUS e os seus instrumentos abranjam as questões e atribuições da Educação na Saúde, presentes nos respectivos Termos de Compromisso de Gestão do Distrito Federal. Caso o Plano de Saúde vigente não contemple as medidas necessárias à execução das responsabilidades dessa área, deverá ser produzido um plano específico para a Educação na Saúde. Esse plano deverá ser submetido à apreciação e aprovação, como adendo ao Plano de Saúde, no respectivo Conselho de Saúde, até que o próximo processo de Planejamento do SUS possa incorporá-las.

Esses instrumentos, também, devem ser compatíveis com o Plano Plurianual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual nas respectivas esferas de gestão e seus prazos próprios para formulação. Além disso, cada um deles tem objetivos e funções específicas e o conjunto deve ser capaz de apresentar as intenções e os resultados perseguidos, apresentar a maneira de operacionalizá-las, estabelecer metas anuais, recursos orçamentários e indicadores de monitoramento, além de analisar a execução da programação, do cumprimento das metas fixadas e os eventuais ajustes necessários no Plano de Saúde.

Por fim, mais uma vez, reforçamos a disponibilidade do Ministério da Saúde para oferecer cooperação técnica e apoio à construção desses processos.



# 3 Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde

María Cristina Davini

## 3.1 Primeiro esboço do problema

A capacitação é uma das estratégias mais usadas para enfrentar os problemas de desenvolvimento dos serviços de saúde. Grande parte do esforço para alcançar a aprendizagem ocorre por meio da capacitação, isto é, de ações intencionais e planejadas que têm como missão fortalecer conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas que a dinâmica das organizações não oferece por outros meios, pelo menos em escala suficiente.

Mas a capacitação desenvolve-se, também, sob a influência de uma grande variedade de condições institucionais, políticas, ideológicas e culturais, que antecipam e determinam o espaço dentro do qual a capacitação pode operar seus limites e possibilidades. Um estudo recente mostra como se operacionalizam estas condições. Reconhecê-las é a primeira condição para evitar desvios freqüentes, tais como:

- a simplificação, que reduz o problema da educação de pessoal a uma questão de aplicação de métodos e técnicas pedagógicas, sem a compreensão substancial de seus enfoques e sem a compreensão estratégica do contexto político institucional de realização;
- a visão instrumental da educação, que pensa os processos educativos apenas enquanto meio de alcançar um objetivo pontual e não como parte substancial de uma estratégia de mudança institucional;
- o imediatismo, que acredita na possibilidade de grandes efeitos de um programa educativo de aplicação rápida, quase como em passe de mágica;
- a baixa discriminação de problemas a superar, cuja solução não depende de capacitação e sim de outros fatores;
- a tendência em atuar por meio de programas e projetos, cuja lógica é de começo e fim, além de sua dependência de fontes específicas de financiamento, ao invés de fortalecer a sustentabilidade e a permanência das estratégias educativas ao longo do tempo.

Reconhecendo estes problemas, outro trabalho recentemente publicado, agrega novas questões, tais como:

- a formação de grupos ou estruturas *ad hoc* para a gestão dos

projetos, que entram freqüentemente em colisão com as linhas de estrutura do setor, desafiando o poder ou as lógicas distributivas;
- programas de capacitação acordados com instituições intermediárias alheias às necessidades reais dos serviços locais, particularmente sob a forma de "produtos enlatados";
- a inexistência de avaliações e memórias institucionais que permitam absorver a experiência, analisar os obstáculos e os resultados, servindo de base para futuras experiências.

### 3.2 Capacitação ou Educação Permanente?

O que se espera dos processos de capacitação? O trabalho de Roschke, Brito e Palacios (2002) indica que, geralmente, se deseja:

- melhorar o desempenho do pessoal em todos os níveis de atenção e funções do respectivo processo de produção;
- contribuir para o desenvolvimento de novas competências, como a liderança, a gerência descentralizada, a auto-gestão, a gestão de qualidade etc.;
- servir de substrato para transformações culturais de acordo com as novas tendências, como a geração de práticas desejáveis de gestão, a atenção e as relações com a população etc.

Além da ação educacional propriamente dita, portanto, espera-se que os componentes da capacitação sejam parte essencial da estratégia de mudança institucional. Entretanto, poucas vezes se instala uma estratégia global e sustentável que dê lugar à conquista progressiva e sistemática desses propósitos.

A partir desses estudos e análises, é possível levantar três questões principais, associadas à capacitação e à educação permanente do pessoal de saúde, neste primeiro esboço do problema:

- nem toda ação de capacitação implica um processo de educação permanente. Embora toda capacitação vise à melhoria do desempenho do pessoal, nem todas estas ações representam parte substantiva de uma estratégia de mudança institucional, orientação essencial nos processos de educação permanente;
- a educação permanente, como estratégia sistemática e global, pode abranger em seu processo diversas ações específicas de capacitação e não o inverso. No âmbito de uma estratégia sustentável maior, podem ter um começo e um fim e serem dirigidas a grupos específicos de trabalhadores, desde que estejam articuladas à estratégia geral de mudança institucional;
- finalmente, todo processo de educação permanente requer elaboração, desenho e execução a partir de uma análise estratégica e da cultura institucional dos serviços de saúde em que se insere.

Vários novos programas de capacitação significaram um importante

avanço em seus enfoques e experiências, considerando estas questões. A maioria, entretanto, mantém um atraso significativo nos estilos e práticas de capacitação, repetindo sempre a mesma fórmula.

O objetivo deste trabalho é revisar os vários enfoques de capacitação e educação permanente do pessoal da saúde, analisar os aportes teóricos para seu desenvolvimento e recuperar lições de experiências recentes, expondo-lhe as fortalezas e obstáculos nos processos de transformação do setor da Saúde. Além disso, pretende-se contribuir para o desenvolvimento de uma estratégia educativa integral orientada para a transformação dos serviços de saúde e comprometida com o desenvolvimento permanente de seus recursos humanos.

## 3.3 Antigos problemas: a persistência do modelo escolar

Apesar da importância e difusão da capacitação, nem sempre se alcançam os resultados esperados, ou seja, nem sempre esses projetos se convertem em ação. Não são suficientes para reconsiderar as próprias práticas da capacitação, nem levam à análise dos múltiplos sentidos que a capacitação assume nos distintos projetos. Muitas vezes, o olhar se reduz à definição de métodos ou técnicas de trabalho, ocultando a orientação dos processos. Em outros termos: refletir sobre a direção que tomam as iniciativas de capacitação, se à atualização de conhecimentos ou competências técnicas específicas, ou à promoção de mudanças na organização dos serviços, parece ser um pré-requisito para a definição de seu desenho.

Na maioria dos casos, a capacitação consiste na transmissão de conhecimentos dentro da lógica do "modelo escolar", com o intuito de atualizar novos enfoques, novas informações ou tecnologias na implantação de uma nova política, como nos casos de descentralização ou priorização da Atenção Primária.

Em qualquer dos casos, o desenho básico da capacitação de pessoal, dentro dessa lógica, pressupõe a reunião das pessoas em uma sala de aula, isolando-as do contexto real de trabalho, colocando-as ante um ou vários especialistas experientes, que transmitirão conhecimentos para, uma vez incorporados, serem aplicados. A primeira intenção é "sensibilizar" o grupo acerca do valor do novo enfoque ou conhecimento e "transmitir" a melhor forma de entendê-lo. É praxe, posteriormente, organizar uma "cascata" de encontros, das equipes centrais até os grupos de nível operativo, por intermédio de multiplicadores. A expectativa (e o pressuposto) é que as informações e conhecimentos adquiridos serão incorporados às práticas de trabalho.

Paralelamente a este paradigma de transmissão escolar, realizam-se ações de educação para a saúde dirigidas à comunidade: reuniões para informar o comportamento ideal, para oferecer instrução diversa da realidade existente ou dos problemas e condições em que se realizam, e ainda dos códigos semânticos por meio dos quais se comunicam. Presume-se, com isso, contribuir com a transformação dos modos de atuação ou interação das pessoas.

A experiência acumulada e as avaliações ao longo de décadas mostra-

ram que a hora de passar da aplicação à prática nunca chega e que o acúmulo de esforços e recursos não alcançam os resultados esperados. Apesar das evidências, insiste-se neste estilo de capacitação que demonstra ser a lógica escolar incorporada habitualmente e sutilmente nos modelos mentais.

Em muitos casos, a ligação entre o que se faz e o que se diz no processo de capacitação parece relacionar-se com os temas em questão, mas não necessariamente com os problemas práticos ou os comportamentos que deverão ser mobilizados. Em outros, quando ainda se incluem as estratégias adequadas, parece que não considera os tempos necessários para instalar ou extinguir um comportamento. Espera-se que, como resultado de algumas reuniões, as modificações de comportamento se transformem, rapidamente, em realidade. Assim, as ações de capacitação incrementam os encontros e aulas no período em que se pretende introduzir as mudanças, diluindo-se posteriormente. Às vezes os tempos de capacitação se parecem mais aos tempos produtivos das máquinas que aos tempos humanos.

Ainda que em alguns casos se alcance aprendizagens individuais por meio da capacitação, elas nem sempre se traduzem em aprendizagem organizacional. Isto é, não se transferem para a ação coletiva.

Por aprendizagem, entende-se o desenvolvimento de novos critérios ou capacidades para resolver problemas ou a revisão de critérios e capacidades existentes que lhes inibem a resolução. Embora a aprendizagem devesse ser, necessariamente, individual, já que somente os indivíduos são capazes de aprender, muitos autores usaram, metaforicamente, a expressão "aprendizagem organizacional"[1] para descrever situações em que as individualidades são integradas, compartilhadas e postas em ação por meio da coordenação da conduta de indivíduos distintos, o que inclui, necessariamente, os que ocupam posições diferenciadas na organização em termos de hierarquia e poder.

Como é de se esperar, essa dificuldade é muito maior quando as aprendizagens têm menos relação com habilidades técnicas individuais e mais a ver com mudanças em dinâmicas complexas, tais como o estilo de liderança ou a tomada de decisões, ou com mudanças culturais. A questão é particularmente crucial quando o que se procura são mudanças nos modelos de atenção e participação, o que representa uma transformação nas regras do jogo das instituições.

É necessário considerar, neste sentido, a coerência e a relação entre as propostas de capacitação e as políticas de transformação de serviços de saúde, particularmente nos contextos de mudanças ou reformas. A experiência parece mostrar que se diluem esforços de transformação multiplicando projetos, todos orientados a produzir mudança ou reforma organizacional, sem que estejam coordenados entre si. Quando se instalam nos diversos estados, municípios ou localidades, cada um deles chega ao terreno com lógicas diferenciadas de trabalho, o que dá a impressão de uma *bricolagem* e não de um programa de ação compartilhado. Outras vezes, as intenções embutidas na capacitação não

[1] Ver por exemplo, a obra SENGER, Peter. *A quinta disciplina*. Barcelona: Granica, 1992.

são acompanhadas pelas ações de gestão dos recursos humanos, o que implica impulsionar mudanças por meio de ações educativas, mas manter o mesmo enfoque e procedimentos de administração burocrática de pessoal.

Como última questão, faz-se mister acrescentar que o crescimento da capacitação, nos últimos vinte anos, parece ser mais um crescimento em extensão. Somente em alguns casos se alcança uma mudança qualitativa, embora tenham sido operadas transformações conceituais e práticas: as ações convivem com uma diversidade de programas que conservam os traços mais clássicos.

Por algum motivo, a capacitação segue empregando os mesmos conceitos e tecnologias de há vinte anos, muito mais do que qualquer outro procedimento organizacional. A escassa discussão sobre a efetividade da capacitação e suas possíveis estratégias de melhora é um elemento que, embora de difícil explicação, não deveria estar ausente nesta apresentação sobre os antigos (e ainda atuais) problemas.

### 3.4 As mudanças nos enfoques educativos: revisitando a educação permanente na saúde

Os enfoques educativos transformaram-se profundamente nos últimos anos acompanhados, por um lado, da reflexão crítica das tendências clássicas e, por outro, incorporando os aportes da sociologia das organizações, a análise institucional e a perspectiva da educação de adultos, particularmente em situações de trabalho.

Uma corrente de pensamento tem origem nas concepções de Educação Permanente - desenvolvidas tanto em experiências concretas como em formulações teóricas desde o começo da década de 70, particularmente difundidas pela Unesco. Elas facilitaram o reconhecimento do adulto como sujeito de educação (tradicionalmente centrada na criança) e a ampliação dos âmbitos de aprendizagem para além do ambiente escolar, ao longo de toda uma vida e em contextos comunitários e laborais.

A partir de então, outras vertentes de origens diversas, geraram novos desenvolvimentos no campo da capacitação laboral, tais como o Desenvolvimento Organizacional, os Círculos de Qualidade, a Qualidade Total ou a Reengenharia Organizativa, particularmente difundida no âmbito das empresas.

No campo dos sistemas de saúde, os debates acerca da educação e desenvolvimento dos recursos humanos levaram a contrastar os paradigmas das denominadas "Educação Continuada" e "Educação Permanente".

A Educação Continuada, tradicional recurso no setor de Saúde, se caracteriza por:

- representar uma *continuidade* do modelo escolar ou acadêmico, centralizado na atualização de conhecimentos, geralmente com enfoque disciplinar, em ambiente didático e baseado em técnicas de transmissão, com fins de atualização;

- conceituar tecnicamente a prática enquanto campo de aplicação de conhecimentos especializados, como continuidade da lógica dos currículos universitários, que se situa no final ou após o processo de aquisição de conhecimentos. Por este fato se produz uma distância entre a prática e o saber (compreendido como o saber acadêmico) e uma desconexão do saber como solução dos problemas da prática;
- ser uma estratégia descontínua de capacitação com rupturas no tempo: são cursos periódicos sem seqüência constante;
- ter sido, em seu desenvolvimento concreto, dirigida predominantemente ao pessoal médico e alcançado, com menos ênfase, o grupo de enfermagem. Centrada em cada categoria profissional, praticamente desconsiderou a perspectiva das equipes e diversos grupos de trabalhadores.

O enfoque da Educação Permanente, ao contrário, representa uma importante mudança na concepção e nas práticas de capacitação dos trabalhadores dos serviços. Supõe inverter a lógica do processo:

- incorporando o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais e laborais, no contexto real em que ocorrem;
- modificando substancialmente as estratégias educativas, a partir da prática como fonte de conhecimento e de problemas, problematizando o próprio fazer;
- colocando as pessoas como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação, ao invés de receptores;
- abordando a equipe e o grupo como estrutura de interação, evitando a fragmentação disciplinar;
- ampliando os espaços educativos fora da aula e dentro das organizações, na comunidade, em clubes e associações, em ações comunitárias.

A nova vertente deu lugar à construção teórica e metodológica da Educação Permanente em Saúde, amplamente desenvolvida na bibliografia e nos programas de desenvolvimento de recursos humanos em distintos países da América Latina[2]. A aproximação com o mundo das práticas, nos mesmos contextos da ação, foi redundante.

---

[2] A revista Educação Médica e Saúde (OPS/OMS), em seu vol.27 nº 4 se dedica integralmente a recopilação de contribuições em distintos países sob o título de "Trabalho Educação nos Serviços de Saúde. A experiência norte americana. Na mesma linha ver HADAD, J.; DAVINI, M. C. *Educação permanente do pessoal de saúde*. Washington: OPS/OMS, 1994. (Série Desenvolvimento de Recursos Humanos, n. 100).

Aproximar a educação da vida cotidiana é fruto do reconhecimento do potencial educativo da situação de trabalho. Em outros termos, que no trabalho também se aprende. A situação prevê transformar as situações diárias em aprendizagem, analisando reflexivamente os problemas da prática e valorizando o próprio processo de trabalho no seu contexto intrínseco. Esta perspectiva, centrada no processo de trabalho, não se limita a determinadas categorias profissionais, mas a toda a equipe, incluindo médicos, enfermeiros, pessoal administrativo, professores, trabalhadores sociais e todas as variantes de atores que formam o grupo.

O mesmo enfoque, centrado na situação de trabalho, apesar das diferenças contextuais e de propósitos, orientou a capacitação no âmbito das empresas. O enfoque "qualidade total" dá ênfase ao desenvolvimento das equipes e à revisão crítica de práticas e seus resultados. Ainda que com menos freqüência, existem produções concretas, desse tipo, no campo das organizações da saúde[3].

É importante destacar que as novas tendências podem incluir, em uma ou mais etapas de seu desenvolvimento, atividades deliberadamente desenhadas para produzir aprendizado em sala de aula como parte do processo, integradas à educação ampla e permanente, em que os momentos de trabalho em sala de aula são apenas momentos de retroalimentação para análise da prática e o desenvolvimento de novas ações.

Entretanto, no campo da capacitação do pessoal da Saúde, as mudanças de concepção não conseguiram superar o enfoque centrado na transmissão de conhecimento por meio de aulas. Pelo contrário, este enfoque se mantém no desenvolvimento de diversas propostas, de forma paralela ou simultânea, com as propostas alternativas. Sua manutenção ao longo do tempo, pode ser explicada, entre outras razões, pela persistência do modelo escolar nas formas de pensar a educação e por uma visão simplificada das pessoas e da prática, no campo das organizações. A persistência dos modelos escolares obedece não somente ao fator cultural ou aos "modelos mentais", mas a uma visão muito restrita dos conceitos de aprendizagem e da aprendizagem do adulto nas organizações, de acordo com a mesma teoria educacional. O próximo item tratará esta dimensão do aprendizado e seus desenvolvimentos atuais.

## 3.5 A educação permanente e a mudança nas práticas: a aprendizagem no contexto do trabalho na área da Saúde

As teorias clássicas de aprendizagem se caracterizaram pela tendência em explicar os processos de aprendizagem, isolando-os do contexto[4].

---

[3] Ver, por exemplo, MARQUET, I.; PALOMER, R. *Garantia de qualidade em atenção primária*. Barcelona: Doyma, 1993.; MORENO, Elsa et al. *Qualidade de atenção em saúde*: aspectos conceituais. [S.l.]: Universidade Nacional de Tucumán, 1996. Mimeografado., entre outros.

[4] Do ponto de vista teórico, este enfoque pareceria representar uma continuidade das polêmicas sobre o que é inato (carga hereditária) e o que é o apreendido (influência do ambiente). Neste debate, próprio dos anos 40, o importante era definir qual dos dois fatores determinava o comportamento. O desenvolvimento posterior das teorias genéticas aprofundou este destaque. Do ponto de vista metodológico, os protocolos de investigação anteriores implicavam em importantes esforços na observação dos comportamentos individuais com mínima influência do ambiente.

Na mesma linha, a maior parte dos estudos de aprendizagem concentrou seu interesse no processo de desenvolvimento (amadurecimento e aprendizado) e, portanto, focalizou sua atenção no período da infância[5], com escassa preocupação pelo aprendizado dos adultos.

A importância da aula, no colégio e também na universidade, constrói um lugar isolado e protegido das influências do ambiente. A visão excessivamente escolarizada do aprendizado penetrou em boa parte das produções, apesar do esforço de pedagogos notáveis, como Dewey e McLuhan que propiciaram a abertura das fronteiras das aulas. Entretanto, diversos estudos destacam os limites e carências observadas durante o processo de formação, particularmente na educação universitária, e o momento de inserção na prática profissional.

Este traço teórico e metodológico é, ao mesmo tempo, uma fortaleza e uma debilidade dessas teorias clássicas: não ajudam muito a entender como é que certos contextos facilitam enquanto outros dificultam determinados aprendizados, conceito particularmente importante quando se trabalha na educação de adultos em situações de trabalho.

Os estudos sobre as organizações ajudam substancialmente a compreender a aprendizagem no trabalho e os intercâmbios que facilitam ou impedem a mudança nas organizações. O interesse desta relação entre a aprendizagem e a organização-contexto da prática nos serviços de saúde justifica-se nas seguintes situações:

a. as organizações constituem um sistema de vínculos sustentados por meio de rotinas, rituais, normas, interações, intercâmbios lingüísticos (semânticos) e regulações. Se os processos educativos em pauta não incluem a análise destes vínculos, dificilmente conseguirão transformá-los;
b. os hospitais, centros de saúde e, em geral, as agências do setor constituem organizações, mas também instituições, com tradições e trajetórias históricas, hierarquias. Os atores internalizam as "regras do jogo";
c. o trabalho nos serviços de saúde é delimitado por regulamentos públicos, que incluem um sistema de credenciais, normas e incentivos explícitos e implícitos de funcionamento. É comum perceber que as ações educativas tentam remover práticas que, por outro lado, são mantidas nos sistemas de incentivos e normas de regulamentação;
d. o trabalho nos serviços de saúde representa um contexto de aprendizagem, explícito e implícito, para manter ou mudar as regras;
e. mediante a análise das suposições aceitas ou questionadas, os temas postos em discussão e os excluídos deste processo, os atores envolvidos e os que se separam, é possível descobrir a trama que perpetuará ou modificará as rotinas da organização;

[5] Ainda a corrente vigotskiana, que outorga um papel especial ao ambiente, tende a centrar-se nesse período de desenvolvimento. Esta tendência foi reforçada por pedagogos e educadores, concebendo o ambiente dentro da relação adulto-criança.

f. enquanto a educação permanente continuar orientada ou desenhada por atores que compartilham os mesmos comportamentos que se tenta eliminar, é normal que não se discutam as rotinas que inibem as mudanças, o que reforça, em muitos casos, os padrões de controle (*status quo*).

Para compreender os processos de aprendizagem e mudança nas organizações, há teorias[6] particularmente úteis. Elas contribuem para considerar o papel do contexto, da reflexão e da prática no processo de aprendizagem, particularmente no âmbito do trabalho.

De acordo com Bateson (1991), cabe distinguir distintos níveis de aprendizagem nas organizações:

- Adquirir ou extinguir um hábito representa um processo de Aprendizagem de Nível I, já que supõe a adoção de um determinado comportamento para ajustar as relações entre o indivíduo e a organização, acoplando suas práticas às práticas de grupo. Este nível de aprendizagem é de relativa importância, pois implica a adoção de rotinas de trabalho de grande estabilidade no tempo, sem que seja necessário refletir sobre essas práticas. Elas as tornam naturais.
- Por outro lado, se uma situação crítica ou a comparação entre suas práticas e a de um colega conscientiza o indivíduo da necessidade de reformular alguns de seus comportamentos, estar-se-ia frente a um processo de Aprendizagem de Nível II, quando se adquire outra maneira de relacionar-se ou atuar.
- A Aprendizagem de Nível III é "difícil e rara". Se a Aprendizagem II é fruto de reflexão sobre situações e comportamentos em determinados contextos, o Aprendizado III é a análise do próprio contexto. Já não se trata de caracterizar formas de atuação, aparentemente diversas sob um denominador comum, mas de entender as características do contexto que produz essas formas de ação. Em outros termos, o Aprendizado III interpreta o contexto organizativo que permite o surgimento e a sobrevivência de determinados comportamentos que se desejaria modificar.

A perspectiva de Bateson ajuda a repensar o problema da educação permanente do pessoal de saúde. O esforço da capacitação, na maioria das vezes, limita-se à adoção de determinadas rotinas de trabalho, raramente na revisão das práticas. Freqüentemente as propostas de formação ou capacitação iniciam com ações de reformulação dos comportamentos, mas rapidamente evoluem para o desenvolvimento de novas habilidades seguindo as teorias de aprendizagem que presumem a existência de um contexto neutro para a prática das novas habilidades e não um novo significado para as aprendizagens adquiridas.

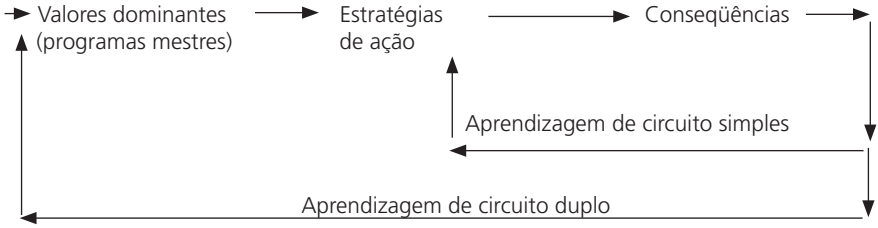
[6] Entre os distintos autores há fortes conexões. Chris Argyris y Donald Schön devem muito de sua compreensão sobre aprendizagem a Gregory Bateson. Por sua vez, os dois têm produção conjunta, ainda que cada um tenha também uma obra independente onde se aprofundam em aspectos específicos. Este dado é relevante porque talvez não se trate de três teorias senão de três desenvolvimentos de uma mesma teoria. Por outro lado, a análise da sociologia das organizações e do trabalho, particularmente o novo institucionalismo, colaboram na compreensão dos processos de mudança e de conservação nas instituições.

A introdução ou a modificação de uma prática organizativa nos serviços de saúde implica em trabalhar não apenas no desenvolvimento de novas habilidades específicas, mas, sobretudo os contextos que mantêm e alimentam as práticas anteriores. Em síntese, o modelo de Bateson nos obriga a pensar na organização e seu entorno como contexto de aprendizagem.

Na mesma linha de pensamento, Argyris (1991, 1993, 1999) preocupou-se, em especial, com dois aspectos do conhecimento para a ação. Por um lado, a necessidade de gerar conhecimento útil, mas sempre vinculado ao contexto em que a ação se desenvolve, o que não significa que qualquer prática serve em qualquer situação ou contexto. Quando se ensina uma ação eficaz, respeitam-se as contingências. Por outro lado, a proposta é gerar intervenções capazes de modificar o *status quo* das organizações.

Muito similar ao enfoque de Bateson, Argyris faz distinção entre as aprendizagens de circuito simples e de circuito duplo. Quando a exigência se limita a modificar estratégias para alcançar um objetivo, a aprendizagem é de circuito simples. Ela sempre faz uma pergunta unidimensional e obtém uma resposta de mesmo padrão.

A aprendizagem de circuito duplo sempre comporta uma revisão dos valores que governam nossa própria conduta, porque ao mesmo tempo em que modifica pautas de relação, altera o *status quo*. Quando a aprendizagem requer a modificação do Programa Mestre, isto é, dos valores e concepções que informam a ação, estamos frente a um aprendizado de circuito duplo.




Nos contextos organizativos, a aprendizagem de circuito duplo é indispensável para a remoção de modelos mentais e estruturas de relação, mas ameaça igualmente as pautas institucionais estabelecidas. O paradoxal é que as organizações crescem e aprendem por meio de aprendizado de circuito duplo, inibindo-o ao mesmo tempo.

Este paradoxo tem conseqüências significativas em qualquer projeto de educação permanente do pessoal da Saúde. Argyris descreve, mais de uma vez, o fracasso de processos de aprendizado em diferentes tipos de organizações. Eles não são de responsabilidade exclusiva dos erros de desenho educativo. Trata-se de problemas mais profundos relativos aos modelos de aprendizagem

limitados, que os indivíduos desenvolvem para se adaptarem às organizações e às limitações que elas criam quando desenvolvem outras formas de ações alternativas. As rotinas defensivas não são erros em si, mas ações "hábeis", uma vez que não exigem a atenção consciente do autor e são executadas por "programas mestres" que produzem, automaticamente, a conduta na vida cotidiana.

## 3.6 A educação permanente e a dialética na adaptação e na mudança institucional

Numa perspectiva de desenvolvimento da educação permanente nos níveis mais altos de aprendizagem, planeja-se também uma tarefa de mediação institucional para a criação-extinção dos contextos organizativos que favorecem ou inibem certas práticas. Apesar disso, é freqüente que programas de reforma organizacional dos serviços de saúde não adjudiquem, articulem ou acompanhem os projetos educativos nessa mediação, comprometendo seriamente seus efeitos e resultados.

Nas novas vertentes de pensamento institucionalista, North (1993) estabelece uma diferença importante entre instituições e organizações. Embora ambos os termos possam ser usados como sinônimos, as instituições representam as "regras do jogo", como restrições geradas historicamente e socialmente compartilhadas, que dão forma à interação humana, criando vínculos previsíveis nas transações e economizando esforços, gerando expectativas e reduzindo a incerteza[7].

Os mecanismos de *enforcement* mantêm as regras do jogo (instituições) e a internalização delas, o que desfavorece a mudança. Elas podem ser formais e facilmente reconhecíveis, como os regulamentos, ou informais como os códigos de comportamento, acordos subentendidos que se transformam em comportamento habitual.

Por outro lado, as organizações são grupos de indivíduos reunidos em torno de um objetivo. Se as instituições são as regras do jogo, as organizações são os jogadores. As organizações constituem o modo peculiar em que os jogadores se organizam para "jogar o jogo". Embora, organizações e instituições sejam conceitualmente diferentes, têm vínculos estreitos. As instituições comprometem fortemente as oportunidades disponíveis das quais as organizações tiram partido. Os jogadores que se beneficiam das regras do jogo buscarão estabilizá-las, enquanto aqueles que poderiam ganhar alterando o sistema institucional buscarão modificá-las (institucionalização/desinstitucionalização).

Para se produzir mudança nas práticas e, sobretudo, para modificar práticas institucionalizadas nos serviços de saúde, é necessário privilegiar o conhecimento prático em suas ações educativas e favorecer a reflexão compartilhada e sistemática.

---

[7] Desde os aportes da sociologia, Berger y Luckman outorgam um extraordinário poder às instituições como construções cognitivas, especificando que "controlam" a conduta dos indivíduos, previamente e com independência de qualquer mecanismo de sanção especificamente estabelecido. Estas linhas de pensamento estão integradas em um marco multidimensional na obra de Guiddens. Na diferenciação entre consciência prática e discursiva ou entre reflexividade tática e consciente, Guiddens enfatiza o rol das rotinas no embasamento das estruturas sociais e situa as bases do conceito de "segurança básica" como um componente fundamental do self.

Schön (1994) assinala que o conhecimento que tem origem na ação pode ser considerado de "segunda categoria". Há outro pensamento valorizado, o conhecimento acadêmico. Os processos de formação privilegiam-no.

O conhecimento "empacotado" em disciplinas tem algumas vantagens nítidas: pode ser controlado, medido e administrado, por meio da aplicação metódica e normativa de seus "preceitos" às ações (características que são valorizadas por qualquer organização). Por fim, as organizações necessitam de pessoas previsíveis, razão pela qual valorizam a administração do conhecimento no espaço controlado da sala de aula.

A grande consideração pelo conhecimento acadêmico e o pouco valor atribuído ao conhecimento adquirido pela ação prática, é mais uma questão social do que científica. Entretanto, é possível aprender muito com os indivíduos familiarizados com os contextos reais da prática.

Com as limitações que lhe são inerentes, o conhecimento na ação é uma forma de fazer e dar ênfase ao que não se sabe. Para Schön (1994), a partir da ação é possível construir conhecimentos verificáveis e acumuláveis com níveis crescentes de consciência. A ferramenta para fazê-lo é a observação consciente, verbalizada, do processo de reflexão cuja prática é fundamental. Ela permite questionar nosso conhecimento prático e refazer a própria ação que conduz a essa situação não esperada; a reflexão abre caminho para a experimentação de outras ações para encarar o fenômeno observado; imaginam-se alternativas e inventam-se provas que conduzem à solução do problema e testam a própria percepção. Às vezes a distinção entre os procedimentos é tênue. As variações costumam ser tão sutis que tornam difícil diferenciar o conhecimento da reflexão na ação.

É um processo importante quando se pretende mais que o desenvolvimento de uma habilidade, mas a mudança nas práticas e na organização. Será necessário um trabalho de equipe em busca das práticas a reformular e dos contextos reais a considerar. Qualquer instância de trabalho acadêmico ou de administração de um conhecimento específico deverá estar solidariamente engajada no processo de trabalho de reflexão na ação.

Os resultados que se constroem nesse processo, por sua vez, deveriam estar acompanhados ou articulados com dispositivos de mudança nas organizações, de modo que os avanços não sejam desconsiderados, nem reduzidos às mesmas rotinas. Daí a importância de se engajar e articular a educação permanente do pessoal com novos estilos de gestão dos recursos humanos.

O procedimento é particularmente importante quando o objetivo da capacitação não pretende reforçar as práticas vigentes nas instituições de saúde ou educação, mas ao contrário procura facilitar a mudança nas "regras do jogo" das práticas. É o que se denomina, habitualmente, "mudança do modelo de atenção". As teorias sobre a aprendizagem em contextos organizativos parecem ser particularmente úteis para considerar este problema. Elas destacam que, enquanto certos tipos de aprendizado permitem uma adaptação aos objetivos e práticas vigentes nas organizações, outros, mais complexos, implicam a modifi-

cação dos critérios e valores sobre os quais se assentam as práticas institucionais, o que pressupõe uma modificação no *status quo*.

A questão não se limita a incorporar conhecimento, mas saber que conhecimento é necessário incorporar, o que aprender, o que desaprender e como fazer para que os outros (o grupo como um todo) o façam. O problema vai muito além dos conhecimentos específicos que se ensinam em um curso ou oficina, e aponta para a mudança nas próprias organizações e seus respectivos contextos.

Além disso, embora um processo de aprendizagem possa se constituir em mera aquisição de habilidade ou hábito individual (como operar um computador), raramente o aprendizado para o trabalho mantém esse limite. Qualquer aprendizado individual significativo implica a padronização de comportamentos.

Esta coordenação de condutas requer, necessariamente, uma interferência nas normas e regulamentos da organização, ou seja, uma mudança institucional. A educação permanente em serviço não modifica "partes", como poderia modificar os componentes de uma máquina, mas refere-se às instituições que, como tais, estão vinculadas a papéis e representações internalizadas de cada um dos envolvidos. Trata-se de uma mudança conceitual e prática, em comportamentos coordenados com outros.

De acordo com este enfoque, o problema da mudança e do aprendizado nas organizações de trabalho supera amplamente o papel tradicional atribuído à educação do pessoal, convertendo-a em uma ferramenta de *intervenção institucional*. Isto significa que, para entender como o aprendizado se converte em ação, no âmbito de uma organização, é necessário conhecer os elementos que apóiam a persistência e a mudança institucional, razão pela qual se faz necessário revisar:

- o próprio conceito de trabalho enquanto espaço não neutro, com regras de jogo instaladas historicamente, exercendo influência sobre as condutas de maneira implícita e explícita;
- os próprios sujeitos, considerando que as regras a modificar estão incorporadas em seus modos de pensar, sustentando hábitos de trabalho de grande estabilidade no tempo.

Cada atividade educativa que se pretenda levar à prática vai exigir, *necessariamente*, que se parta da revisão crítica das práticas atuais, de novos acordos entre os grupos de trabalho e das regras da organização.

O que se aprendeu não é um novo hábito, e sim outra maneira de relacionar-se ou de atuar. É um tipo de aprendizado que raramente se instala de maneira espontânea ou ocasional, mas requer uma intervenção educativa deliberada cujo eixo seja a discussão crítica das práticas concretas. Para alcançar seus objetivos, os processos educativos deverão envolver todo o grupo e não somente alguns dos indivíduos.

Cabe destacar, igualmente, que nem sempre as organizações criam

condições objetivas que permitam transferir o aprendizado para a ação. Muitas vezes esta dificuldade se relaciona com fatores materiais e simples, como o equipamento ou o espaço físico necessário para trabalhar de outra forma. Em outros casos, são responsáveis por isto, condições mais subjetivas e complexas, como os incentivos que a organização oferece para instalar novos comportamentos ou para a alteração dos papéis na divisão de trabalho.

A dinâmica das organizações, sejam serviços de saúde, escolas, ou serviços de ação social, tende a mostrar fortes resistências à incorporação das mudanças criando obstáculos às novas práticas, tais como a participação comunitária ou a gestão descentralizada dos serviços.

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.

Em outros termos, uma educação *operável*, além de desenvolver habilidades e reflexão-ação, analisa os contextos em que elas podem ser postas em prática e coloca em discussão os bloqueios institucionais, regulatórios, normativos ou cognitivos, necessários para abordar e colocar o conhecimento em ação.

Se a Educação Permanente em Saúde for considerada nesta perspectiva, o que se descobre é que o trabalho em sala de aula é apenas uma parte do processo. Uma mudança institucional sempre requer muito mais atores (aqueles que decidem as políticas ou regras), que apenas o pessoal do serviço ou o instrutor de um curso. Limitar a tarefa educativa à aula parece resquícios dos processos cognitivos da instituição escolar transportados para o campo da organização.

Trata-se de promover a autonomia e responsabilização das equipes de trabalho, a partir do diagnóstico e da busca de soluções compartilhadas, incluindo, como seria esperado, o acesso a novos conhecimentos e competências culturais, indissoluvelmente ligados às mudanças na ação e no contexto real das práticas.

### 3.7 A Educação permanente e as tecnologias da informação e aprendizagem

A década de 80 deixou um profundo debate e uma séria renovação nos enfoques e estratégias da capacitação do pessoal da saúde. A Educação Continuada foi objeto de análise crítica por estar centrada na transmissão de conhecimentos atualizados, mas distanciada dos problemas concretos dos serviços e por dedicar-se, quase que exclusivamente, à capacitação de médicos, sem enfoque multidisciplinar.

Estes questionamentos levaram à construção coletiva do enfoque e metodologias de Educação Permanente, contribuindo com a preparação de adultos para o aprendizado no contexto da prática. Este novo paradigma é fruto da visão

de que o conhecimento não se "transmite", mas se constrói a partir das dúvidas e do questionamento das práticas vigentes à luz dos problemas contextuais. Ela inclui a busca de formação no trabalho de equipe (em lugar de unidisciplinar), a integração das dimensões cognitivas, de atitudes e competências práticas, priorizando os processos de longo prazo em detrimento das ações isoladas através de cursos.

Muitas experiências foram desenvolvidas com o enfoque de Educação Permanente e uma forte produção teórico-metodológica garantiu-lhe o fortalecimento. Entretanto, outros problemas emergiram neste contexto, particularmente nos anos 90, em pleno processo de reforma dos sistemas de saúde. A instabilidade das gerências debilitou o enfoque de processos em alguns países e o financiamento externo comprometeu a autonomia na definição dos programas de educação permanente. Por outro lado, as universidades e escolas superiores se mantiveram, geralmente, muito distantes dos projetos de Educação Permanente, enquanto a revolução na marcha do conhecimento expandiu-se graças às tecnologias da informação e comunicação. O trabalho educativo nos contextos locais dificultava, muitas vezes, o acesso ao conhecimento atualizado, contexto em que a evolução das tecnologias e da educação a distância (EAD) se expandiu, sobretudo, no âmbito universitário.

Assim, a revolução tecnológica operada no último quarto do século XX privilegiou os processos e a inovação contínua dos produtos, sua matéria-prima fundamental é a informação e o conhecimento, operando sobre a produção de articulações, redes e fluxos entre as atividades e as organizações. Neste cenário, as organizações requerem o desenvolvimento da capacidade de flexibilidade e adaptabilidade das transformações, assim como da formação de constelações de alianças em áreas específicas de ação.

As tecnologias da informação aplicadas à educação adquirem um caráter estratégico na medida em que potencializam a disseminação global do conhecimento, provocando o intercâmbio com o resto do mundo, conduzindo a individualização de seu acesso e aprendizado, através dos fluxos que determinam onde, quando, quem e como utilizá-los.

O aprendizado através de recursos tecnológicos, em particular na atualização profissional, é de grande importância, razão pela qual atingiu grande desenvolvimento nas últimas décadas. Ele permite a flexibilidade e abertura no acesso ao conhecimento e à informação, facilita a formação de comunidades virtuais em áreas de interesse, supera problemas de distância e de acesso a bibliografias, potencializa a circulação de dados e o desenvolvimento de debates e, em geral, oferece uma adesão dos usuários mais dinâmica, oportuna e personalizada do que as atividades de ensino presencial.

É conveniente evitar, entretanto, a "volta" à capacitação basicamente centrada em cursos acadêmicos, de enfoque cognitivo, distante dos problemas contextuais com o paradigma da Educação Continuada. A experiência acumulada, principalmente em nível de países, sustenta a vigência e a vitalidade do enfoque da Educação Permanente comprometida com a transformação das práticas e das equipes de saúde.

Hoje em dia já é possível potencializar a Educação Permanente e em Serviço com os aportes das tecnologias de Educação a Distância. Em lugar de opor uma modalidade à outra, trata-se de enriquecer os projetos integrando ambas as contribuições, ou seja, faz-se necessário fortalecer os processos de Educação Permanente com a inclusão de aportes da Educação a distância, aproximando o conhecimento elaborado às práticas das equipes, alimentando suas contribuições no caminho de um progresso construtivo e inclusivo. Para isso, faz-se necessário o fortalecimento dos modelos educativos a distância privilegiando a problematização e integrando-os ao desenvolvimento de projetos de Educação Permanente em serviço.

Nesta linha de pensamento, a OPS e o consórcio de instituições educativas projetaram a organização do Campus Virtual em Saúde Pública, um espaço educativo de acesso restrito ao público alvo, no qual se desenvolvem cursos programados e sistemáticos de formação permanente de profissionais, técnicos, pessoal administrativo e auxiliares da saúde pública. O Campus é complementado com seu Portal (web de acesso) de consulta livre, para a divulgação de conhecimentos e informações ao público em geral, através de distintas funcionalidades: biblioteca virtual, difusão de publicações e eventos, foros e debates, informações da atualidade, etc. de modo a enriquecer os programas de educação permanente.

### 3.8 Uma estratégia integrada para a ação educativa

As novas perspectivas rompem com a tendência consensual que reduz o problema metodológico em educação a um mero inventário de técnicas pouco articuladas entre si, geralmente desenvolvidas em sala de aula. Na contramão, é necessária a coordenação de ações (pensando em problemas integrais e complexos), com o compromisso de efetivar a ação dos aprendizados em contextos organizacionais e sociais.

Em consonância com os avanços teóricos de investigação e de experiências já analisados, uma estratégia integrada se enquadra nos seguintes critérios de educação:

- inserida no próprio contexto social, sanitário e do serviço, a partir dos problemas da prática na vida cotidiana das organizações;
- reflexiva e participativa, voltada à construção conjunta de soluções dos problemas, uma vez que eles não existem sem sujeitos ativos que os criam;
- perene, na qual os diversos momentos e modalidades específicas se combinem em um projeto global de desenvolvimento ao longo do tempo;
- orientada para o desenvolvimento e a mudança institucional das equipes e dos grupos sociais, o que supõe orientar para a transformação das práticas coletivas;
- estratégica que atinja uma diversidade de atores, como os tra-

balhadores dos serviços, os grupos comunitários e os tomadores de decisão político-técnicos do sistema.

Para desenvolver-se, a estratégia tem a problematização como eixo em que se integram as diversas ações específicas. Sem pretender esgotar as possibilidades, o quadro abaixo sistematiza uma seqüência que vai da prática à informação, da informação à aquisição de competências e capacidades, da aquisição à programação de soluções práticas. Considerar esta seqüência é de vital importância, porque o acesso a informações e conhecimentos tem muito pouco significado se antes não se tiver refletido e identificado, na prática, os problemas.

| | | | |
|---|---|---|---|
| PROBLEMATIZAR AS PRÁTICAS | Identificar Problemas. | Ação-Reflexão<br>Investigação-Ação | Estudo de Casos;<br>Trabalho de Campo;<br>Sistematização de dados locais;<br>Construção e priorização de problemas. |
| | Ampliar o conhecimento. | Acesso Bibliográfico<br>Acesso a Dados<br>Acesso a Educação virtual<br>Acesso a Outras Experiências | Seminário de estudos;<br>Estágio in loco;<br>Grupos de Discussão;<br>Teleconferências e Redes Interativas. |
| | Desenvolver competências específicas e da equipe. | Aquisição de competências e capacidades específicas. | Supervisão-Capacitante;<br>Treinamentos focalizados específicos;<br>Oficinas de elaboração de projetos de trabalho. |
| | Buscar soluções; Colocá-las em prática e Avaliá-las. | Coordenar condutas com outros e Trabalho em Redes. | Grupos Operativos de Qualidade;<br>Oficinas de programação local;<br>Avaliação de processos e resultados. |

Nesta perspectiva, a educação permanente no serviço se converte em uma ferramenta dinamizadora da transformação institucional, facilitando a compreensão, a valoração e a apropriação do modelo de atenção propostos pelos novos programas, priorizando a busca de alternativas contextualizadas e integradas para a atenção da população.

Para a sua implementação, é importante assegurar e coordenar:

- A direcionalidade das ações nos serviços de saúde estaduais e municipais, gerando uma construção política compartilhada, orientada para questões e problemas importantes no campo da saúde e da transformação dos serviços.
- A capacidade de gestão dos projetos nos próprios serviços, capacitando as equipes no enfoque e metodologia de educação permanente no trabalho, assim como na programação e gestão dos projetos. É necessário gerar processos para a sustentabilidade das ações na estrutura do sistema, o trabalho em redes, assim como as modalidades de monitoramento de processos e resultados. Trata-se, enfim, de eliminar os modelos incorporados da capacitação e da educação comunitária de modo a instalar novas formas de pensamento e atuação, assim como fortalecer as competências para a condução dos projetos.
- A integralidade da proposta em cada um dos projetos, a fim de potencializar os resultados de transformação evitando a parcialização improdutiva. Para isso é necessária a articulação de ações dentro de cada componente ou entre componentes, de maneira a incluir o desenvolvimento dos recursos humanos, tanto profissionais como auxiliares, nos diversos níveis de atenção e das equipes.

## 3.9 Balanços e Aberturas: repensando a experiência acumulada

É evidente que há uma visão consciente da necessidade de enfoques educacionais inovadores e flexíveis com respeito aos enfoques que tradicionalmente são usados pelo setor. Os processos educacionais tendem a ser concebidos cada vez menos como atividade de apoio complementar, para se converterem, cada vez mais, em um componente estratégico dos projetos. 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.

Para que estes processos se consolidem, entretanto, será necessário fortalecer as decisões de desenho educacional, de gestão educativa e de avaliação, dimensões mutuamente influentes:

- O desenho implica a definição e a organização do projeto educativo em função da lógica pedagógica, da identificação dos problemas que se espera superar, das características, obstáculos e oportunidades de contexto e dos recursos disponíveis.

- A gestão educativa compreende a construção de acordos, alianças, apoios com os atores envolvidos, considerando a proposta desenhada;
- A avaliação acompanha cada fase do desenho, o monitoramento do processo, a análise dos resultados e a formulação de um juízo de valor acerca do alcance dos propósitos formulados.

O desenho pedagógico e a gestão estratégica – em sua dimensão de construção de viabilidade, de acordos e apoios – são dois aspectos inseparáveis no desenvolvimento da proposta educativa. Muitas vezes, as decisões do desenho dependem das redes de apoio com as quais se conta e, outras vezes, as necessidades do desenho conduzem à busca de construção de acordos. Freqüentemente, ambas as dimensões requerem conhecimentos particulares ou específicos. Por sua vez, o desenho requer a formulação de estratégias de avaliação que servirão para retroalimentá-lo ou modificá-lo com vistas ao seu aperfeiçoamento.

Ultimamente, os projetos educacionais ligados a programas de reformas tendem a ser consistentes, de grande alcance, diversificados e orientados aos vários níveis da gestão e da atenção. Isto se constitui, por sua vez, em sua fortaleza e debilidade:

- fortaleza, porque a capacitação adquiriu um papel central que talvez fosse complexo construir através dos processos excessivamente pontuais ou locais, além de poder mobilizar uma grande quantidade de recursos;
- debilidade, porque este tipo de projeto exige uma alta dose de gestão administrativa, o que muitas vezes pode sobrepor-se à questão educativa propriamente dita.

É possível afirmar que a construção da viabilidade política poderá ser alcançada na medida em que se consegue a demonstração dos processos e resultados obtidos na prática, mediante desenhos institucionais inovadores e eficazes, com base nas equipes e que incorporaram os diversos avanços das tecnologias e da educação a distância, quando se trata de projetos de larga escala.

Não se trata de uma afirmação leviana e sim do resultado da experiência. Os acordos com os atores locais e de diferentes níveis hierárquicos, produzidos pela gestão estratégica do projeto, e os efeitos constatados na ação constituem uma força importante para a geração de acordos políticos. Neles estão incluídas as universidades, amplamente reconhecidas por seu peso no conhecimento. Alcançada esta aliança, não somente se avança nos acordos políticos como também se beneficiam as próprias universidades, 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.

A avaliação é outra dimensão que deverá ser desenvolvida de forma sistemática para que se alcancem todos estes fins. A avaliação do processo tem

como função primordial a busca de aperfeiçoamento e a melhoria das ações, apoiando as decisões durante o processo e reorientando as iniciativas. A avaliação de resultados tem importância na análise dos sucessos alcançados e dos limites; tem alto valor no terreno político e, por sua vez, facilita a construção de apoios e o desenvolvimento de políticas de recursos humanos.

A avaliação permitirá, além do próprio projeto, a construção de um conhecimento sistemático no campo da capacitação do pessoal de saúde, tradicionalmente guiado pelas práticas "escolares" habituais. A construção de conhecimentos pode constituir outro fator importante de fortalecimento, na medida em que deixe de estar baseada exclusivamente em práticas empíricas e se fortifique como campo especializado.

As experiências e os projetos deverão ser avaliados; seus processos e resultados difundidos e publicados. Será necessário propiciar encontros e seminários para a discussão destes conhecimentos, outro fator dinamizador que permite extrair ensinamentos e servir como orientação para outros projetos e experiências.

No terreno político, a meta é a institucionalização da educação permanente. No sentido de sua sustentabilidade, deve deixar de ser um projeto para tornar-se uma realidade central na gestão dos recursos humanos e dos serviços, com tempo e lugar determinados. Os projetos e experiências são de alto valor, mas têm um começo e um fim, com independência dos tempos necessários para a de incorporação das novas práticas. Por sua vez, é necessário recuperar os tempos e a educação permanente, que não se esgotam instantaneamente, mas são processos e ferramentas ao longo do tempo.

# Referências


ARGYRIS, Chris. *Como vencer barreiras organizacionais*. Barcelona: Herder, 1993.

_____. *Conhecimento para a ação*. Barcelona: Granica, 1999.

_____. *Indivíduos dentro da organização*. Barcelona: Herder, 1991.

BARQUERA, H. As principais propostas pedagógicas na América Latina. In: PESQUISA e avaliação da inovação em educação de adultos. [S.l.]: CEA, 1982.

BATESON, Gregory. *Passos para a ecologia da mente*. Buenos Aires: Planeta, 1991.

BENVENISTE, G. *Twenty First Century Organizations*. San Francisco: Jossey Bass, 1996.

BOTERF, G. A. Le. *Pesquisa participativa como processo de educação crítica*. [S.l.]: UNESCO, 1979.

BOTERF, G. Le; BARZUCHETTI, S.; VINCENT, F. *Como gestionar a qualidade da formação*. Barcelona: Edit. Gestão 2000, 1993.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Resolução nº 4, de dezembro de 1999. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 dez. 1999.

_____. Conselho Nacional de Educação. Parecer nº 16, de 5 de outubro de 1999. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 nov. 1999.

_____. 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. 2003.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 335, de 27 de novembro de 2003. Aprova a "política nacional de formação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde" e a estratégia de

"pólos ou rodas de educação permanente em saúde," como instâncias locorregionais e interinstitucionais de gestão da educação permanente; e recomendar aos gestores do SUS, nas esferas federal, estadual e municipal, que envidem esforços para a implantação e implementação desta política, assegurando todos os recursos necessários à sua viabilização, buscando, ao máximo, a permeabilidade às instâncias de controle social do sus e o engajamento das instituições de ensino na área de saúde do país. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 fev. 2004.

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

_____. Decreto nº 5.154, de 23 de julho de 2004. Regulamenta o § 2º do art. 36 e os arts. 39 a 41 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 jul. 2004.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 fev. 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 jan. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 372, de 16 de fevereiro de 2007. Altera a Portaria 699/GM, que regulamenta as diretrizes dos pactos pela vida e de gestão. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 fev. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de 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. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 598, de 23 de março de 2006. Define que os processos administrativos relativos à gestão do SUS sejam definidos e pactuados no âmbito das comissões intergestores bipartite. *Diário Oficial da*

*União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 mar. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 699, de 30 de março de 2006. Regulamenta as diretrizes operacionais dos pactos pela vida e de gestão. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 abr. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação permanente em saúde. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 ago. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.474, de 12 de novembro de 2004. Institui o repasse regular e automático de recursos financeiros na modalidade fundo a fundo, para a formação profissional dos agentes comunitários de saúde. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 nov. 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.085, de 1º de dezembro de 2006. Regulamenta o sistema de planejamento do SUS. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 dez. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006. Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do sistema de planejamento do SUS. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 dez. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. P*olítica de educação e desenvolvimento para o SUS*: caminhos para a educação permanente em saúde - pólos de educação permanente em saúde. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB) RH-SUS*. 3. ed. rev. e atual. Brasília, 2005.

BRITO, P.; MERCER, H.; VIDAL, C. *Educação permanente em saúde, um instrumento de mudança*. [S.l.: s.n.], 1988.

CASTELLS, M. Flujos. Redes e Identidades: Hacia uma teoría crítica da sociedade informacional. In: CASTELLS et al. *Novas perspectivas críticas em educação*. Barcelona: Paidós, 1994.

DAVINI, M. C. *Bases conceituais e metodológicas para a educação permanente na saúde*. [S.l.]: OPS/PWR, 1989. (Pub., n. 18).

_____. *Bases conceituais e metodológicas para a educação permanente do pessoal da saúde*. [S.l.]: OPS/PWR, 1989. (Pub., n. 19).

_____. *Educação permanente em saúde*. Washington: OPS/OMS, 1995. (Série Paltex, n. 35).

_____. *Educação permanente em saúde*. Washington: OPS/OMS, 1995. (Série Paltex, n. 38).

_____. Práticas laborais nos serviços de saúde: as condições da aprendizagem. In: HADDAD et al (Ed.). *Educação permanente do pessoal de saúde*: a gestão do trabalho-aprendizagem nos serviços de saúde. [S.l.]: OPS/PWR, 1997.

DAVINI, M. C.; NERVI, L.; ROSCHKE, M. A. *Capacitação de pessoal dos serviços de Saúde*: projetos relacionados com os processos de reforma setorial. Washington: OPS/OMS, 2002. (Série Observatório de Recursos Humanos em Saúde).

ELLIOT, J. *As transformações educativas desde a investigação-ação*. Madrid: Morata, 1996.

HADDAD Q., J.; ROSCHKE, M. A.; DAVINI, M. C. *Educacion permanente de personal de salud*. Washington: OPS/OMS, 1994. (Serie Desarrollo Recursos Humanos, n. 100).

HADDAD, J.; ROSCHKE, M. A.; DAVINI, M. C. Processo de trabalho e educação permanente do pessoal da saúde. *Rev. Educação Médica e Salud*, [S.l.], v. 24, n. 2, 1990.

LLORENS, J. Educação permanente em saúde: possibilidades e limitações. *Educação Médica e Saúde*, [S.l.], v. 20, n. 4, 1986.

MARQUET, I.; PALOMER, R. *Garantia de qualidade em atenção primária*. Barcelona: Doyma, 1993.

MEJIA, A. Educação contínua. *Educação Médica e Saúde*, [S.l.], v. 20, n. 1, 1986.

MORENO, Elsa et al. *Qualidade de atenção em saúde*: aspectos conceituais. [S.l.]: Universidade Nacional de Tucumán, 1996. Mimeografado.

NORTH, Douglas. *Instituciones, cambio institucional y desempeño económico*. [S.l.]: Fondo de Cultura Económica, 1993.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). Centro Interamericano para o Desenvolvimento do Conhecimento em Formação Profissional (Cinterfor). *Formação baseada na competência laboral*. Montevideu: Conocer, 1997.

PAÍN, A. *Educação informal*. Buenos Aires: Nova Visão, 1992.

ROSCHKE, M. A.; BRITO, P.; PALACIOS, M. A. *Gestão de projetos de educação permanente nos serviços de saúde*: manual do educador. Washington: OPS/OMS, 2002. (Série Paltex, n. 44).

RÓVERE, M. *Planificação estratégica dos recursos humanos em saúde*. Washington: OPS/OMS, 1993.

SCHÖN, Donald. *A formação de profissionais reflexivos*. Barcelona: Paidos, 1994.

SENGE, P. *A quinta disciplina*. Barcelona: Granica, 1990.

VIDAL, C. *Educação permanente ou contínua na América Latina*. [S.l.]: OPS/PWR, 1985.

VIDAL, C.; GIRALDO, L.; JOUVAL, H. A educação permanente em saúde na América Latina. *Educação Médica e Saúde*, [S.l.], v. 20, n. 1, 1986.

ISBN 978-85-334-1490-7

Disque Saúde
0800 61 1997

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs

SUS 20 ANOS Sistema Único de Saúde

Apoio:

Organização Pan-Americana da Saúde
Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde

Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASEMS 1988

CONASS

Ministério da Saúde

BRASIL UM PAÍS DE TODOS
GOVERNO FEDERAL