

# EMERGÊNCIA DE UM “CAMPO DE AÇÃO ESTRATÉGICA”: ORDENAMENTO DA FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

EMERGENCE OF A “STRATEGIC ACTION FIELD”: FORMATION PLANNING AND CONTINUING EDUCATION IN HEALTH

EMERGENCIA DE UN “CAMPO DE ACCIÓN ESTRATÉGICA”: ORDENACIÓN DE LA FORMACIÓN Y EDUCACIÓN PERMANENTE EN SALUD

Ricardo Burg Ceccim <sup>1</sup>

## Palavras-chave:

Saúde Pública; Educação; Política Pública; Educação Continuada; Recursos Humanos.

## Keywords:

Public Health; Education; Public Policy; Continuing Education; Human Resources.

## Palabras clave:

Salud Pública; Educación; Política Pública; Educación Continua; Recursos Humanos.

## Submetido:

17/04/2019

## Aprovado:

21/05/2019

## Autor(a) para Correspondência:

Ricardo Burg Ceccim. Rua Doutor Raul Moreira, 550. Bairro Cristal. Porto Alegre (RS). CEP 90820-160  
**E-mail:** burgceccim@gmail.com

## RESUMO

*Trata-se de um ensaio teórico, extraído de um estudo de caso em análise de políticas públicas, do qual o autor foi avaliador em diferentes etapas (da proposição de pesquisa à relatoria científica). Aborda a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como caso singular ao surgimento, na política pública de saúde brasileira, de um “Campo de Ação Estratégica”, segundo os termos da Teoria dos Campos, de Neil Fligstein. De uma política nacional a um campo de ação estratégica, distinguiram-se a habilidade social dos atores da formulação da política, a condição de abranger uma rede de interações novas, segundo o compartilhamento/identificação na trama social de desdobramento da política, e a emergência de atores na sociedade. A estabilização da política se deu mesmo em face das substituições de projeto no governo e da substituição dos atores de formulação da política. A Educação Permanente em Saúde se apresentou como projeto conceitual e operacional de compreensão rápida, com potencial de comunicação e tradução social, além de identificação como bandeira de luta por uma educação com os princípios do Sistema Único de Saúde.*

1. Sanitarista, Mestre em Educação, Doutor em Psicologia Clínica, Pós-Doutor em Antropologia Médica. Professor Titular de Educação em Saúde na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Educação. E-mail: burgceccim@gmail.com

## ABSTRACT

*This is a theoretical essay, extracted from a case study in public policy analysis, of which the author was an evaluator in different stages (from the research proposal to the scientific report). It addresses the National Policy on Permanent Education in Health as a singular case for the emergence in Brazilian public health policy of a "Strategic Action Field", according to Neil Fligstein's Theory of Fields. From a national policy to a strategic action field, the actors' social skills were distinguished from the policy formulation, the requirement of covering a network of new interactions, according to the sharing/identification in the social weft of unfolding politics, and the emergence of actors in society. The stabilization of this policy occurred even in the face of project replacements in the government as well as the replacement of policy-making actors. The Permanent Education in Health revealed itself as a conceptual and operational project to be readily understood, allowing potential communication and social translation, in addition to being identified as a flag of fight for an education with principles of the Brazilian Health System.*

## RESUMEN

*Este trabajo presenta un ensayo teórico que se extrajo de un estudio de caso en análisis de políticas públicas, del que el autor fue evaluador en diferentes etapas (desde la proposición de investigación a la relatoría científica). Se aborda la Política Nacional de Educación Permanente en Salud como caso singular del surgimiento, en la política pública de salud brasileña, de un "campo de acción estratégica", con base en los términos de la Teoría de los Campos, de Neil Fligstein. De una política nacional a un campo de acción estratégica, se distinguieron las habilidades sociales de los actores de la formulación de la política, la condición de abarcar una red de interacciones nuevas, según el compartir/identificar en la trama social de desdoblamiento de la política, y la emergencia de actores en la sociedad. La estabilización de la política se produjo incluso frente a las sustituciones de proyecto en el gobierno y a la sustitución de los actores de formulación de la política. La Educación Permanente en Salud se presentó como un proyecto conceptual y operacional de comprensión rápida, con potencial de comunicación y traducción social, además de identificación como bandera de lucha por una educación con los principios del Sistema Brasileño de Salud.*

.....

## INTRODUÇÃO

O presente debate é proveniente de uma pesquisa a que tive oportunidade de acompanhar, na condição de avaliador, em suas diversas etapas: relevância da proposta de estudo, mérito do projeto de pesquisa, pertinência da análise de resultados e qualidade do relatório final. A pesquisa foi realizada na área de *Saúde Coletiva e Políticas Públicas*, empreendida pela professora de *Políticas Públicas e Sistemas de Saúde*, Lisiane Böer Possa, e pela mestrandia em *Saúde Coletiva*, Sharlene Goulart Rodrigues, supervisionadas pela professora de *Sociologia e Políticas Públicas*, Soraya Côrtes<sup>1</sup>. A pesquisa foi realizada na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, envolvendo os Programas de Pós-Graduação em *Saúde Coletiva*, em *Políticas Públicas* e em *Educação*, sendo concluída e publicada como dissertação de mestrado em dezembro de 2015. A investigação se exerceu como análise de política e a metodologia adotada foi a do estudo de caso, por se tratar do estudo da atuação de indivíduos e de grupos na condução estatal nacional de uma política pública,

aprofundando conhecimentos sobre o surgimento de um "campo de ação estratégica" em políticas públicas. Foram considerados os aspectos de "habilidades sociais dos atores" e de "estabilidade" (e sua reprodução) da política, fazendo emergir, como se detectou, um novo "Campo de Ação Estratégica"<sup>2</sup>.

A política analisada se instaurou no contexto de criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (Sgtes), no Ministério da Saúde, em 2003, e de implementação do mandato constitucional ao ordenamento da formação de recursos humanos da área, entre 2003 e 2007. Trata-se do estudo (análise de políticas públicas) da proposta de uma Política Nacional de Educação e Desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde, apresentada pelo governo federal como "Caminhos para a Educação Permanente em Saúde"<sup>3</sup>. Observou-se que as prerrogativas de criação de uma Secretaria e o mandato constitucional à ação do setor sanitário nacional reorganizaram o campo da "educação de profissionais de saúde". No campo da educação de profissionais de saúde estão a relação entre os setores de saúde e de educação, a relação das

instituições formadoras com os serviços de saúde, a educação em serviço destinada aos trabalhadores já inseridos no ambiente produtivo, a relação ensino-sociedade e a relação educativa que constrói as interações profissionais-usuários<sup>4</sup>. Verificou-se, na atuação dos atores dirigentes da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, no período da sua criação e da formulação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Pneps) – como estratégia do sistema sanitário nacional para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor –, a conformação de um novo “campo de ação estratégica”. O ordenamento da formação de recursos humanos na área da saúde foi transposto de uma normativa constitucional e legal (Constituição Federal, Art. 200)<sup>5</sup> a um campo de ação estratégica em políticas públicas, conforme o referencial da Teoria dos Campos<sup>2,6</sup>.

A criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e a formulação, pela primeira vez, de uma política nacional à educação na saúde constituíram as condições de viabilidade para o surgimento de um “campo de ação estratégica” neste âmbito, nesse setor. Importante apontar que diversos antecedentes da Política podem ser arrolados sob a forma de programas, projetos, planos de ação e mesmo a elaboração de uma Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (NOB-RH/SUS)<sup>7</sup>, sem que se pudesse, entretanto, até então, referir uma Política Nacional de Educação na Saúde. Em todos os documentos relativos aos Recursos Humanos da Saúde, o rol de itens relativos à “Educação” acompanhava a “dimensão da formação” (valorização dos trabalhadores e valorização do trabalho por meio da elevada qualificação dos trabalhadores), não o “campo educativo” (o complexo de relações de aprendizagem e processo pedagógico interinstitucional). A NOB-RH/SUS, construída ao longo de 4 anos pela Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações do Trabalho (Cirhrt), do Conselho Nacional de Saúde, configurou a proposta de uma Política Nacional de Gestão do Trabalho na Saúde, nela incluída a formação, mas verificou-se a Gestão da Educação (não a Gestão do Trabalho) na Saúde como política pública específica e sua análise como correspondente à evidência do surgimento de um novo “campo de ação estratégica” em política pública.

O surgimento do campo de ação estratégica da educação na saúde ensejou repercussão nos setores da Saúde e da Educação, no controle social em saúde e

## *O surgimento do campo de ação estratégica da educação na saúde ensejou repercussão nos setores da Saúde e da Educação...*

na gestão pública interfederativa. Ao se tornar campo de ação estratégica, a política proposta ao campo sanitário deixava de ser uma política de governo, ascendendo a uma política de Estado e de importante defesa por atores sociais não governamentais, assim como de atores governamentais distintos dos atores de formulação da política em causa. Se notará, por exemplo, muito mais tarde, em 2017, já diante de um governo instaurado por força de um processo de *impeachment* da presidenta eleita, a emissão de portaria ministerial para o “Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente no Sistema Único de Saúde”, cujo objetivo fora o de “retomar o processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde”, incentivando ao desenvolvimento de ações para a educação e o desenvolvimento dos trabalhadores em saúde necessários ao SUS<sup>8</sup>.

Na pesquisa de base do presente artigo, as teorias da análise de políticas públicas informaram o delineamento das perguntas investigativas centrais, compondo o enquadramento do estudo. A pesquisa indicou “a emergência do *campo* da educação permanente em saúde no Brasil”, relativo ao “ordenamento da formação de recursos humanos no Sistema Único de Saúde, 2003-2007”<sup>1</sup>. Foi investigada a implantação da política pública, foi explorado o seu desenvolvimento na construção de interações sociais, foram buscados os atores e a historicidade da ação dos atores, os processos de disputa e a articulação dos envolvidos, reconhecendo-se evidências à emergência de um “campo” na cena da saúde e da educação nacionais. Um estudo anterior, também com fulcro na formulação da política nacional de educação permanente em saúde foi apresentado em 2008<sup>9</sup> e um artigo em 2009<sup>10</sup>, que articulavam referências de educação na saúde, saúde coletiva e ciências políticas, tratando da análise da “educação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde” no âmbito das políticas públicas.

Uma política pública é um conjunto de programas, projetos e planos de ação implementados pelo Estado, com participação de entes públicos e/ou privados, destinando-se a assegurar o bem-estar, a justiça social e os direitos de cidadania. A política de educação na saúde gerou programas, projetos e planos de ação relativos à formação, à interação da política de saúde com as políticas de educação, à integração do sistema sanitário com as instituições formadoras de educação profissional e educação superior, à articulação com as entidades de educação popular em saúde, à criação de programas de residência em área profissional da saúde e à interlocução com o movimento estudantil. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde tornava-se campo à ação estratégica do ordenamento da formação de recursos humanos na área de saúde, assim, da mesma forma que o sistema sanitário nacional ganhou nome no Brasil, Sistema Único de Saúde – SUS, a política nacional de educação na saúde ganhava nome: Educação Permanente em Saúde – EPS.

### **Educação Permanente em Saúde como campo à ação estratégica do ordenamento da formação de recursos humanos na área de saúde**

Conforme a Constituição Federal, ao sistema sanitário nacional compete, além de outras atribuições, nos termos da lei, “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (Art. 200, Inciso III)<sup>5</sup>. Conforme a Lei Orgânica da Saúde, nos objetivos e atribuições do sistema sanitário nacional está incluída, como terreno de atuação, “a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde” (Título II – Do Sistema Único de Saúde, Capítulo I – Dos Objetivos e Atribuições, Art. 6º, Inciso III)<sup>11</sup>. Da Lei, constam a determinação de criação de “Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior”. Essas Comissões têm “a finalidade de propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições” (Título II, Capítulo III – Da Organização, da Direção e da Gestão, Art. 14). A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deveriam exercer, em seu âmbito administrativo, “a atribuição de participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a

*... ao sistema sanitário nacional compete, além de outras atribuições, nos termos da lei, “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” ...*

saúde” (Título II, Capítulo IV – Da Competência e das Atribuições, Seção I – Das Atribuições Comuns, Art. 15, Inciso IX). Segundo a Lei, “à direção nacional do SUS compete promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde” (Título II, Capítulo IV, Seção II – Da Competência, Art. 16, Inciso IX). O Título IV é específico, “Dos Recursos Humanos”, e em seu Art. 27 está definido que “a política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo”, atendendo ao objetivo de organizar “um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal”. O Art. 27 destaca que os serviços integrantes do SUS “constituem campo de prática para o ensino e a pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional”.

Com a criação da Sgtes, em 2003, uma política de educação na saúde, a Política de Educação e Desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde foi negociada e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, bem como negociada e pactuada com a Comissão Intergestores Tripartite. Da mesma forma, foi submetida (tendo sido referendada) à 12ª Conferência Nacional de Saúde, no final do mesmo ano<sup>3,12,13</sup>. Ao longo desse período, foi marcante a explicitação de método em uma política do campo sanitário em interface com o campo educativo: a Educação Permanente em Saúde. A educação permanente em saúde deveria ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, formação que acontece no cotidiano dos trabalhadores e do trabalho, segundo os problemas enfrentados na realidade e levando em consideração os conhecimentos e as

experiências distribuídos nas equipes em colaboração e cooperação<sup>3,14</sup>. Contrapunha-se aos treinamentos e às capacitações (treinamento e capacitação são linguagem clássica dos programas centralizados e verticais), de forma que as qualificações devessem ser orientadas pelas necessidades de saúde da população, do próprio setor da saúde e do controle social, segundo duas indagações: o que é ou quais são os problemas que afastam nossa prática da atenção integral à saúde e de qualidade? Como mudar essa situação?<sup>14,15</sup> A educação na saúde precisa construir, de modo aliado ao conhecimento técnico, a defesa do sistema sanitário nacional, especialmente quanto à integralidade da atenção, participação popular e descentralização da gestão. O processo aprendente seria aquele da busca de soluções criativas para os problemas encontrados, o desenvolvimento do trabalho em equipe matricial, a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde e a humanização do atendimento. Os serviços de saúde não deveriam ser serviços de “assistência técnica autorizada”, mas de cuidado, proteção e defesa da vida<sup>14</sup>.

Foi assim que a Resolução CNS nº 335, de 27 de novembro de 2003<sup>12</sup>, afirmou a aprovação da “Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde”, a Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004<sup>16</sup> - Ministério da Saúde, instituiu a “Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor”, a Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007<sup>17</sup> - Ministério da Saúde, dispôs sobre as “Diretrizes para a Implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde” e a Portaria nº 3.194, de 28 de novembro de 2017<sup>8</sup> - Ministério da Saúde, dispôs sobre o “Programa de Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente no Sistema Único de Saúde” (Pró-EPS/SUS). Há uma sutil, mas interessante diferença nas quatro nomeações: compreensão inicial dos atores da formulação; escolha por um nome “fantasia” (objeto de melhor comunicação, compreensão rápida e bandeira de luta por uma educação com os princípios do SUS); a persistência no nome “fantasia”, agora já sob a condição de ascensão à campo de ação estratégica; anúncio de reedição ou retomada (nesta última designada por Educação Permanente no Sistema Único de Saúde).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foi discutida durante todo o ano de 2003, tendo sido aprovada em plenário do Conselho Nacional de

*Os serviços de saúde não deveriam ser serviços de “assistência técnica autorizada”, mas de cuidado, proteção e defesa da vida.*

Saúde (CNS) em 04 de setembro de 2003. Em 17 de setembro de 2003, foi aprovado pelo plenário do Conselho Nacional de Representantes Estaduais do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conares/Conasems). Foi, então, pactuada como integrante da política nacional de saúde na plenária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em 18 de setembro de 2003, e aprovada por esta instância em 23 de outubro de 2003 quanto aos recursos financeiros e sua forma de distribuição. Em 27 de novembro de 2003, o Conselho Nacional de Saúde deliberou, por meio da Resolução nº 335/2003, pelo reconhecimento da criação dessa Política Nacional. Essa Política também foi referendada pelo plenário da 12ª Conferência Nacional de Saúde, em 11 de dezembro de 2003. Finalmente, em 13 de fevereiro de 2004, foi publicada como Portaria, a Portaria nº 198/2004 - Ministério da Saúde. Embora a maioria das publicações sobre o tema indique o nascimento da Pneps em 13 de fevereiro de 2004, sua “ata de nascimento”, como vimos, é a aprovação pelo CNS em 04 de setembro de 2003 (Ata da 134ª Reunião Ordinária do CNS). O conjunto de documentos citados pode ser encontrado no livro de documentos da Política<sup>3</sup>.

### **Conquista da adesão ampliada, ação coletiva e meta de estabilidade na construção de uma política pública**

Como referido ao início deste texto, a pesquisa de análise de política contou com a convergência das áreas de Saúde Coletiva, de Políticas Públicas e de Educação, tendo sido intitulada por “A emergência do campo da educação permanente em saúde no Brasil: o ordenamento da formação de recursos humanos no Sistema Único de Saúde, 2003-2007”. Na análise dos dados e no relatório final, o estudo chegou à Teoria dos Campos (“Habilidade Social e Campos de Ação Estratégica”), de Neil Fligstein<sup>2</sup>. A teoria e o autor

não faziam parte do escopo inicial da pesquisa. O objetivo das pesquisadoras havia sido analisar as condições de possibilidade que deram emergência a uma política pública apresentada ao país em 2003, e seu desdobramento em três momentos: projeto de uma equipe de governo, nova equipe de governo com posições divergentes e novo governo. Como ou por que a proposta se estabilizara? Da situação de uma política de governo para a situação de uma política de Estado, constatou-se a elevação de uma “proposta de política pública” à constituição de um “campo de ação estratégica em política pública”, não mais iniciativa de governo, mas luta e defesa de diversos atores na arena das políticas públicas de saúde e de educação.

A Teoria dos Campos distingue a habilidade social dos atores da formulação da política e a condição de abranger uma rede de interações, destacando o interacionismo simbólico, ou seja, o forte compartilhamento/identificação na trama social de desdobramento da política pública. A habilidade social também é a capacidade de mobilizar motivações e conquistar adesões ou engajamento. A habilidade social dos atores é a de motivar outros a tomarem parte em uma ação política. O surgimento de um “campo” ocorre quando uma quantidade expressiva de atores sociais de diferentes grupos reconhece e deseja as oportunidades ensejadas e postas em acontecimento (produção de realidades). Os “atores sociais hábeis” orientarão suas ações para estabilizar oportunidades na introdução de campos sensíveis à adesão ou campos estratégicos à ação.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foi apresentada à sociedade em 2003, ano da posse de um governo discursivamente aliado aos movimentos da Reforma Sanitária, tal como desencadeados no país nas décadas de 70 e 80, do século passado, que culminaram com o texto constitucional que instaurou o Sistema Único de Saúde como o sistema sanitário brasileiro. Ao longo de 2003, o governo conversou com toda a sociedade: instituições de ensino superior e técnico, movimento estudantil, associações de ensino, gestores estaduais e municipais e movimentos populares de mediação pedagógica, todos em seus segmentos de atuação ou presença na área do conhecimento em ciências da saúde, pertinência ao setor de execução das políticas públicas em saúde ou envolvimento na aplicação de saberes ao campo sanitário<sup>18</sup>.

Verificou-se dois momentos importantes de quebra no projeto de governo que serviram, de certa

*A habilidade social dos atores é a de motivar outros a tomarem parte em uma ação política.*

maneira, para “testar” a imposição de um projeto de governo ou o surgimento de um novo campo de ação estratégica: a substituição da equipe de governo com a troca de ministro no ano de 2005 e o início de outro projeto de governo em saúde a partir de 2007. Em 2005, no exercício do primeiro mandato, o presidente eleito compôs o Ministério da Saúde com parte expressiva da membros que haviam sido convidados à equipe de estudos da transição de governo. A criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (Sgtes) foi proposta absolutamente inovadora. Composta por dois departamentos, a gestora da Secretaria e os dois gestores de Departamento compunham o staff dirigente principal, todos participantes da equipe de transição. O Ministro havia sido o coordenador da área social e sanitária na transição, proveniente da mesma região de origem do presidente (Estado de Pernambuco). Na condução da Sgtes, uma equipe de gestores com experiência na gestão pública, na docência, na pesquisa e na atuação em redes pela mudança na educação dos profissionais de saúde. Passados 2,5 anos, o Ministro foi substituído, como parte dos acordos de governabilidade com o Congresso Nacional, sendo afastados os gestores da Secretaria e do Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A pesquisa citada analisou os perfis de história da formação, atuação e habilidades sociais dos atores de 2003 a 2007, justamente em busca de evidências à análise de políticas públicas, chegando à Teoria dos Campos. A pesquisa não abrangeu o Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde – Degerts, tendo em vista a precisão de seu recorte ao Departamento de Gestão da Educação na Saúde – Deges.

O Departamento de Gestão da Educação na Saúde possuía, em 2003, três Coordenações-Gerais: Ações Estratégicas de Educação na Saúde, Ações Técnicas de Educação na Saúde e Ações Populares de Educação em Saúde. Na direção das três coordenações um perfil de

docentes pesquisadores com bagagem de militância em movimentos sociais e de educação popular, de luta pela interprofissionalidade e pela mudança na clínica (da “assistência técnica autorizada” para a “abordagem de integralidade da atenção”). Esses atores e esse staff saem em 2005, entrando uma equipe mais identificada com a consultoria científica e/ou de agência internacional. A Coordenação de Ações Populares de Educação em Saúde é extinta e suas atribuições, sob outra construção conceitual, são destinadas à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa em Saúde. Em 2007, inicia outra gestão de governo federal e em agosto de 2007 é publicada uma nova portaria ministerial à Educação Permanente em Saúde. A pesquisa citada abrangeu apenas o período 2003-2007, por isso se ocupou do reconhecimento do “surgimento” de um “campo” com força de “ação estratégica”.

A estabilidade do campo se verificou, entretanto, por um outro corte, este em 2017, quando do *impeachment* da presidenta eleita, tendo assumido o vice-presidente eleito, mas sob um projeto de governo declarado em ruptura, tanto por participar da defesa do *impeachment*, quanto pelo projeto em contraponto apresentado ao Congresso Nacional para o período até as novas eleições presidenciais. Em que pese a ruptura deliberada do governo em exercício com o governo interrompido, a política nacional de educação permanente em saúde foi recomposta. Importante lembrar que era já o terceiro período de governo após o lançamento precursor da Pneps.

Conforme a pesquisa, foi verificado, na formulação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a conformação de um “campo de ação estratégica”, atores sociais hábeis e estabilidade com base na adesão ampliada de variados grupos de atores sociais. A pesquisa caracterizou grupos e instituições convergentes à emergência desse “núcleo de política” anteriormente ao ano de 2003 e a emergência de novos atores a

*As redes IDA e UNI, após avaliações em conjunto, se “reuniram” em Rede UNI/IDA e, finalmente, na Rede UNIDA.*

partir de 2003. As categorias do “ordenamento da formação dos trabalhadores de saúde” e da “educação e desenvolvimento para o SUS” foram sistematizadas como: educação superior, educação técnica, educação popular e educação em serviço a fim de buscar os atores individuais, institucionais e coletivos. Organizações e atores que atuavam politicamente nesses segmentos em educação foram partícipes do processo que culminou com a criação da Sgtes e a formulação da Pneps.

### **Antecedentes, condições de possibilidade e acontecimento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**

O tema da formação dos profissionais foi intenso, por exemplo, nos anos 1980 e 1990<sup>19,20</sup>, especialmente com os Projetos de Integração Docente-Assistencial (Rede IDA), os Projetos Uma Nova Iniciativa: a Integração com a Comunidade (Rede UNI), o Movimento Participação, que culminou nos Seminários Nacionais de Diretrizes da Educação em Enfermagem (Senaden) e a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem). As redes IDA e UNI, após avaliações em conjunto, se “reuniram” em Rede UNI/IDA e, finalmente, na Rede UNIDA. É importante lembrar da Rede de Educação Popular em Saúde (RedePop) que, especialmente nos anos 1990, reunia militantes – acadêmicos ou não – interessados ou atuantes em movimentos de base, nas periferias urbanas e na zona rural, vinha pautando a mudança na formação em busca da inclusão das populações nos modos de ensinar, aprender e fazer saúde. Em 1986 e 1993 ocorreram a 1ª e a 2ª Conferências Nacionais de Recursos Humanos em Saúde. Entre 1996 e 2000, houve a discussão de um documento de referência nacional, a ser adotado pelo Sistema Único de Saúde como marco ao ordenamento de políticas relativas ao trabalho no setor: a Norma Operacional Básica para os Recursos Humanos no SUS (NOB/RH-SUS), necessidade deliberada na 10ª Conferência Nacional de Saúde e documento final aprovado na 11ª Conferência Nacional de Saúde. Adotado, em 2003, pelo Conselho Nacional de Saúde como instrumento ordenador de política para a área de gestão do trabalho, praticamente não abordava o tema da Educação, exceto sob a condição de valorização e direito dos trabalhadores. Neste mesmo ano, o Ministério da Saúde criou a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Sgtes, modificando o enunciado “Recursos Humanos

da Saúde” para o enunciado “Trabalho e Educação na Saúde”<sup>13</sup>. A organização em dois segmentos (Trabalho e Educação) aponta a distinção entre administração do trabalho e formação de trabalhadores, mas a designação Educação e não Formação, também carrega uma noção abrangente das práticas pedagógicas em serviços de saúde, das estratégias educativas na formação do pensamento e das metodologias de ensino para a mudança das práticas sociais e técnicas (uma complexidade do campo educativo, não do campo sanitário, ou seja, uma especificidade emergente no pensamento científico).

A separação dos segmentos Gestão do Trabalho e Gestão da Educação organizou dois segmentos de interlocução, interacionismo simbólico específico, influência social e produção de significados. Na Gestão do Trabalho, os interlocutores eram os Conselhos de Regulação do Exercício Profissional e os Sindicatos das Categorias Profissionais, assim como as instâncias de negociação do trabalho. Uma agenda relativa ao dimensionamento de pessoal, aos planos de cargos e carreiras, aos sistemas de recrutamento e seleção, sistemas de credenciamento e acreditação do trabalho, políticas e sistemas de regulação do trabalho, regulamentação de profissões e ocupações, entre outras estratégias, inclusive a articulação com o Ministério ou os Setores do Trabalho. Na Gestão da Educação os interlocutores eram as Universidades, Escolas Técnicas, Associações de Ensino, Movimento Estudantil, Programas de Residência, Hospitais/Serviços-Escola, Programas de Pós-Graduação, instâncias de mediação pedagógica em saúde nos movimentos sociais e populares, articulação com a avaliação institucional educativa em saúde, rede de escolas do SUS e rede de escolas de saúde pública, entre outras estratégias, inclusive a articulação com o Ministério ou os Setores da Educação.

O Ministério da Saúde, no período anterior à criação da Sgtes, coordenava diversas estratégias de formação e desenvolvimento de pessoal, envolvendo cursos de curta ou longa duração, capacitações e qualificações, assim como cursos de especialização e residências em Saúde da Família e de aperfeiçoamento de equipes gestoras, programa de incentivo para a reforma curricular dos cursos de graduação em medicina, mestrados profissionais, profissionalização dos trabalhadores de nível médio, formação de professores para a educação profissional em saúde e formação de conselheiros, entre outros<sup>18</sup>. Em suma, o Ministério da Saúde se ocupava de cursos de formação, mas não de uma

## *A habilidade social dos atores envolve o poder de negociar e pactuar...*

política de educação na saúde. A Educação Nacional também tem reformulações a partir da Constituição de 1988 e sua Lei de Diretrizes e Bases (LDB)<sup>21</sup>, aprovada em 1996, obrigou a pensar o ensino sob diretrizes curriculares e não sob currículos mínimos. Com a LDB, ficou indicado ao setor da Educação a construção de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) aos cursos técnicos e de graduação.

Uma particularidade da área da saúde foi a mobilização de atores sociais das diversas profissões para o diálogo com a área da educação, a partir de 1997. Entre os anos de 2001 e 2004, foram publicadas as DCN para o grupo de cursos designados como “ciências biológicas e da saúde”, donde um conjunto mais fortemente identificado com a “atenção à saúde”, que culminou com um bloco comum de texto, onde se identificava a orientação de uma formação com ênfase no trabalho em equipe, à integralidade da atenção e à apropriação do sistema de saúde vigente no país<sup>22</sup>. Rompia-se com a noção de currículo mínimo obrigatório para cada carreira, regulado com base em conteúdos e cargas horárias, e impunham-se “diretrizes”, reguladas com base no perfil de egresso.

Para a Teoria dos Campos, de Neil Fligstein e Doug McAdam<sup>6</sup>, as condições de viabilidade, mas, principalmente, os “atores sociais hábeis”. Para os autores, as habilidades de comunicação, interação, identificação discursiva, afinidade simbólica e produção coletiva de significados são fatores de influência relevantes para o surgimento de novos campos de ação estratégica. A habilidade social dos atores envolve o poder de negociar e pactuar, uma competência honesta às interações com a sociedade (Conselhos de Saúde, no caso em tela), a ressonância diante de vozes anteriormente silenciadas e que alcançam poder de expressão e vocalização em territórios moventes. Uma tradição na formação em saúde é o diálogo com os cursos de medicina e entidades da corporação médica, os atores da formulação falavam em equipe multiprofissional e interdisciplinar em qualquer

discurso. O conservadorismo da saúde vocaliza o trabalho centrado no médico e em procedimentos, os atores da formulação falavam em equipe matricial e escuta de necessidades. A tradição do ensino da saúde enseja os hospitais universitários, os atores da formulação introduziram a noção de rede SUS-escola.

A cooperação dos atores de interlocução pode ampliar o poder de disseminação e convencimento de uma proposta política, abrindo terreno para novos campos de ação estratégica. Um dado apontado por Fligstein é que atores sociais hábeis podem ajudar a produzir quadros culturais completamente novos para seus campos, o que seria feito construindo-se identidades de comprometimento que unam muitos grupos. Nesse processo, podem ser transformadas todas as identidades e os interesses de um grupo. Junto com a Pneps surgiram novos e relevantes atores sociais, por exemplo: a Comissão Nacional de Representação do Movimento Estudantil da Saúde, resultante da união das representações estudantis dos cursos da área; o Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área da Saúde (Fnepas), aglutinador das associações de ensino da área da saúde; a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (Aneps), congregando, além dos movimentos de educação popular as práticas emancipadoras em defesa da vida; a articulação de projetos de ensino da integralidade dos cursos de graduação da área da saúde (EnsinaSUS), que gerou um livro de teoria, um livro de relatos de experiência e um documentário de 50 min com visita às 5 regiões do país; o Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS); o Fórum Nacional de Coordenadores de Residências em Saúde; o Fórum Nacional de Residentes em Saúde; o Fórum Nacional de Tutores e Preceptores de Residências em Saúde; o Curso de Formação de Ativadores de Processos de Mudança na Graduação; o Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde e o Projeto Formação Técnica em Itinerários no SUS (FORTI-SUS), orientado à construção de itinerários formativos ensino-serviço para a profissionalização nas carreiras do nível médio (especialmente os Técnicos em Saúde Bucal, os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias).

Uma outra condição de atores sociais hábeis é a capacidade para reproduzir seu poder, gerando, assim, “grupos responsáveis”, “campos estáveis” e “recursos de acesso e consulta”. A presença

## *Junto com a Pneps surgiram novos e relevantes atores sociais...*

bibliográfica dos atores da formulação de 2003 é intensa e, considerando apenas o período 2003-2005 houve publicação nas revistas Interface, Ciência & Saúde Coletiva, Physis, Brasileira de Saúde da Família, da Associação Brasileira de Ensino Odontológico e Brasileira de Enfermagem, dois livros da Associação Brasileira de Educação Médica (2 capítulos em cada livro), cinco livros do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas da Integralidade em Saúde (Lappis), além do livro de documentos sobre o lançamento da Pneps<sup>3</sup> e a cartilha A Educação Permanente entra na Roda<sup>14</sup>. Foram organizados eventos nacionais com recurso às metodologias participativas e foram apoiados eventos do movimento estudantil e das associações de ensino. Além disso, os atores da formulação estiveram em todos os eventos das associações de ensino e do movimento estudantil ocorridos de 2003 a 2005.

Os atores sociais em grupos, entidades e interesses em oposição às propostas emanadas pelos atores da formulação se manifestaram de múltiplas formas: em audiência com os Gabinetes dos Ministros da Saúde e da Educação, em manifestações junto ao plenário do Conselho Nacional de Saúde, em revistas e boletins das próprias entidades e em denúncias à imprensa sobre a divergência de compreensão sobre o desenvolvimento do trabalho e dos trabalhadores. As ações dos atores de formulação, nesse caso, abriam novas frentes: com gestores, com docentes, com estudantes e com pesquisadores, abrindo rodas de conversa, presença nas plenárias dos conselhos de saúde, publicando informes com a articulação de dados e conceitos. Era regra a presença pessoal dos atores da formulação em frentes de conversa, em debates e no apoio à gestão e à criação de ações, projetos e programas de Educação na Saúde. Foram inúmeras as monografias, dissertações e teses publicadas no Brasil entre 2005 e 2007 sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, além de pesquisas contratadas pelo governo federal de 2005 a 2007 para avaliação da Política e seus produtos<sup>23</sup>.

## **Campo de Ação Estratégica e Articulações de Educação na Saúde**

Segundo a Teoria dos Campos<sup>6</sup>, campos de ação estratégica modelam e mantêm uma determinada ordem à participação política, estruturam lógicas de cooperação ou competição e delineiam engajamentos em favor ou em contrariedade, ajudando a compreender os movimentos dos atores, os modos de pensar a ação organizacional ou a intervenção política quando no papel de agentes institucionais, de representantes, de lideranças ou de gestores/governantes. Muitas profissões da saúde, seguindo uma tradição internacional da medicina ou buscando um lugar de interlocutor estratégico junto às agendas coletivas da Rede UNIDA ou ainda buscando configurar um lugar protagonista dos docentes junto ao debate das Diretrizes Curriculares Nacionais constituíram suas Associações de Ensino. Tendo em vista a Pneps, algumas categorias profissionais alteraram estatutos ou personalidade de suas entidades e outras criaram ou reorganizaram associações de ensino. O mesmo com os estudantes, onde grupos estudantis não estruturados em entidades nacionais, o fizeram em busca de interlocução organizada. Quanto à educação profissional técnica, o engajamento se fez por escolas, reunidas em torno da Rede de Escolas Técnicas do SUS, representando um arco menor de atores que na educação superior, uma vez que, em uma, era o grupo social de escolas e, na outra, o grupo social de docentes e de estudantes por cursos de graduação. Já na educação popular, a Aneps começa uma estrutura por estados e regiões e ativa processos autônomos de gestão e representação. Por fim, a educação em serviço tem representação direta na gestão do sistema de saúde, uma vez que se apresenta junto às câmaras técnicas de gestão do trabalho e da educação na saúde, integrantes da lógica organizativa do Conselho Nacional de Secretários de Saúde e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde.

Um destaque na educação superior da saúde são as residências, distribuídas entre Residência Médica, exclusiva para médicos, e Residência em Área Profissional da Saúde – multi ou uniprofissionais, destinadas a todas as categorias profissionais atuantes na saúde, exceto a medicina. A Residência Médica foi criada por lei em 1977<sup>24</sup> e a Residência em Área Profissional da Saúde por lei em 2005<sup>25</sup>, integrando a política nacional de educação na saúde. De particular interesse é que a regulamentação da

*... a educação  
em serviço tem  
representação  
direta na gestão do  
sistema de saúde...*

Residência em Área Profissional da Saúde somente teve início em 2007 e seus documentos registraram como necessário à organização curricular a consideração da Educação Permanente em Saúde e para o credenciamento das instituições ofertantes a existência de proposta de educação permanente em saúde na gestão institucional<sup>26</sup>.

## **CONCLUSÃO**

Considerando o que foi exposto, é possível verificar que, até o início de 2003, havia dois tipos de antecedentes a uma política de educação na saúde e suas mais efetivas condições de viabilidade: antes da Constituição de 1988 e desde a Constituição Federal até a aprovação da Pneps. A evidência de acumulação anteriormente à Constituição Federal é a presença no texto constitucional e na Lei Orgânica da Saúde do tema da educação de profissionais de saúde, do ordenamento da formação, da articulação dos sistemas sanitário e de ensino e do reconhecimento da rede de serviços de saúde como local de ensino e de pesquisa (ou rede-escola, nos termos de hoje). Entre a Constituição e a PNEPS, a evidência de acumulação vem pela densidade do processo de formulação e aprovação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos no Sistema Único de Saúde, que envolveu duas Conferências Nacionais de Saúde.

Apesar do lugar de autoridade do governo entre 2003 e 2007 na apresentação e defesa da Pneps, a relação entre governo e esferas não estatais não é unidirecional e nem há na sociedade apenas a boa vontade para com o acolhimento das propostas de governo. É comum que a sociedade seja reativa às propostas de governo, mais ainda que as esferas estadual e municipal sejam reativas à esfera federal. Igualmente é comum que os governos e a sociedade sejam reativos às iniciativas dos movimentos populares e por direitos em criar novos territórios sociais. É quando se criam territórios sociais e de ação governamental em interface que ganha

vigor o surgimento de um campo e sua chance de estabilização e reprodução. Da Teoria dos Campos se pode extrair o papel dos atores da formulação da política, que efetivamente correspondem aos desígnios de atores sociais hábeis ou atores sociais com domínio ampliado de seu objeto e com capacidade e disposição à interação, mas a estabilização da política foi decorrência da adesão dos atores não governamentais à proposta já vigente na sociedade como elencado nas evidências anteriores e posteriores à formulação da política. A reprodução da política se deu tanto pela ação governamental, como pela ação social. Quando diversos tipos de agrupamento social anteriores ou emergentes passam a defender a proposta, já não importa mais se é ou não uma ação do governo, mas interessa que seja uma ação de Estado, pois se espera recursos de financiamento e respaldo estatal.

Pode-se arrolar que a emergência de agrupamentos sociais foi ativada pelos “atores habilidosos” em apresentar, defender e coordenar uma política, que, afinal, foi capaz de gerar identificação simbólica, convocação à produção de sentidos e engajamento por afinidade de planos estratégicos de futuro do trabalho e da pesquisa em saúde. Os segmentos da sociedade afirmaram lugares e se organizaram com a finalidade de terem as suas demandas atendidas. É destes entendimentos que se pensa o surgimento de um novo campo, uma questão da sociedade ou uma questão de Estado.

O que se pode observar somente em 2017 é que o governo federal, quando demandado por apresentar os destinos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, convocando para conversa os gestores estaduais e municipais de saúde, escuta que o desejo é, não só de continuidade e retomada da estabilidade, como ênfase na retomada e aprofundamento das condições de possibilidade à sua execução. É simbólico que surja o Pró-EPS/SUS. Um governo que, em projeto governamental, se opõe aos governos anteriores, lança um programa “pró-EPS”. A linguagem da Educação Permanente em Saúde, a linguagem das rodas de conversa, a linguagem da educação como processo coletivo não traduzido por cursos, mas por iniciativas de mobilização do pensamento e do corpo, ocupa o discurso que prega atualidade. Hoje, gestores, estudantes, docentes, conselheiros, trabalhadores, entidades, setores de gestão da política de saúde e da política de educação referem a Educação Permanente em Saúde como a política de educação na saúde para o SUS.

## *Os segmentos da sociedade afirmaram lugares e se organizaram com a finalidade de terem as suas demandas atendidas.*

A Educação Permanente em Saúde passou de conceito pedagógico à signo da educação no SUS, um descritor que arrasta uma agenda política ao ensino das profissões de saúde, à formação de conselheiros, à composição de estruturas de gestão nos estados e municípios, à recomposição das práticas de atenção, segundo a construção dos valores da integralidade, e à gestão participativa em todos os aspectos do trabalho em saúde. Essa amplitude, coerente com a proposta da Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos da Educação Permanente em Saúde, deixa de se identificar com os governos no Ministério da Saúde, passando a se identificar com a necessidade de responder às reivindicações da sociedade por profissionais e serviços que sejam vivos, criativos e em afinidade com seus usuários, capazes de construir soluções cuidadoras e terapêuticas eficazes e inclusivas de ampliado escopo de tecnologias.

Um “campo”, segundo a teoria, pressupõe a existência de um conjunto de atores que se relacionam entre si em função de um determinado objeto. A teia relacional de membro de um campo é estabelecida pelo compartilhamento de entendimentos que dizem respeito ao objeto de disputa; aos atores participantes do campo (dentro ou fora das esferas de governo) e que ocupam papel de apresentação de conceitos e modos de fazer; à clareza quanto aos “adversários” (o que há por combater na ciência, na política, na gestão, no ensino); à quais as regras e formas de ação consideradas legítimas e à quais quadros interpretativos estão aderidos aqueles que orientam os atores do campo. Atores habilidosos são aqueles que possuem a capacidade de induzir cooperação, criando significados compartilhados e ações coletivas, por isso são tão importantes. Também são estes que constroem caminhos e alternativas entre “desafiadores” (aqueles que combatem as propostas da política) e “formuladores” (aqueles que lideram a proposta que ganhou tradução ampliada na

sociedade), produzindo potência à ação estratégica de determinados indivíduos, instituições e coletivos.

Da mesma forma que aconteceu de os militantes por saúde no Brasil citarem “Sistema Único de Saúde”, não “sistema sanitário nacional”, por entenderem que apenas a primeira fórmula contempla a estratégia de organização e gestão decorrente das lutas pela Reforma Sanitária e os resultados políticos da 8ª Conferência Nacional de Saúde<sup>27</sup>, aconteceu de os militantes pela educação do SUS citarem a Educação Permanente em Saúde como a estratégia de organização e gestão que identifica ensino e aprendizagem com os princípios e diretrizes do SUS. É por isso que a Pneps representa o principal dispositivo do mandato constitucional de ordenamento da formação de recursos humanos da área de saúde<sup>28</sup>, ela é a tradução primeira, campo de ação estratégica em política pública para a educação e desenvolvimento dos profissionais de saúde.

## CONTRIBUIÇÃO DO AUTOR

**Ricardo Burg Ceccim** foi responsável pela concepção e preparação do manuscrito, assim como por sua revisão final.

## REFERÊNCIAS

1. Rodrigues SG. **A emergência do “campo” da educação permanente em saúde no Brasil: o ordenamento da formação de recursos humanos no Sistema Único de Saúde, 2003-2007**. Dissertação (Mestrado). 2015. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Porto Alegre: UFRGS, 2015.
2. Fligstein N. Habilidade social e a teoria dos campos. **RAE - Revista de Administração de Empresas**. 2007; 47(2):61-80.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos da educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
4. Ceccim RB. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersetorialidades. **Rev Cien Saude**. 2008; 1(1):9-23.
5. Brasil. **Constituição da República Federativa do Brasil**, Brasília; 1988.
6. Fligstein N, McAdam D. **A theory of fields**. New York: Oxford University Press, 2012.
7. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS: Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (NOB/RH-SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
8. Brasil. **Portaria nº 3.194**, de 28 de novembro de 2017 - Ministério da Saúde, dispõe sobre o “Programa de Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente no Sistema Único de Saúde”. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF; 2017.
9. Bravin FP. **Política e ação pública: análise da política nacional de educação permanente em saúde**. Dissertação (Mestrado). 2008. Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Política Social. Brasília: UnB, 2008.
10. Ceccim RB, Bravin FP, Santos AA. Educação na saúde, saúde coletiva e ciências políticas: uma análise da formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde como política pública. **Lugar Comum**. 2009; 28:159-180.
11. Brasil. Lei Orgânica da Saúde. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF; 1990.
12. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 335**, de 27 de novembro de 2003, afirma a aprovação da Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
13. Brasil. Ministério da Saúde. **Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca, 12., 2003. Relatório Final**.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda: conceitos e caminhos a percorrer**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
15. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. 2005; 10(4):975-986.
16. Brasil. **Portaria nº 198**, de 13 de fevereiro de 2004 - Ministério da Saúde, 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. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF; 2004.

17. Brasil. **Portaria nº 1.996**, de 20 de agosto de 2007 - Ministério da Saúde, dispõe sobre as Diretrizes para a Implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF; 2007.

18. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da Saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: rev. de saúde coletiva**. 2004; 14(1):4-65.

19. Ceccim RB, Carvalho YM. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA organizadores. **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação em saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco; 2006. p. 69-92.

20. Ceccim RB, Carvalho YM. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr M, Carvalho YM organizadores. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec; 2006. p. 149-182.

21. Brasil. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. **Lei nº 9.394**, 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF; 1996.

22. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**. 2004b; 20(5):1400-1410.

23. Ceccim RB relator. **Avaliação de processos formativos segundo a modelagem da Educação Permanente em Saúde**: AvaliaEPS. – Relatório Final (Edital MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT 23/2006 – Estudo da Gestão em Saúde). Porto Alegre: UFRGS; 2009.

24. Brasil. **Decreto-Lei nº 80.281**, de 05 de setembro de 1977 Regulamentação da Residência Médica e criação da Comissão Nacional de Residência Médica. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF; 1977.

25. Brasil. **Lei 11.129**, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude e dá outras providências. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF; 2005. (Cria a Residência em Área Profissional em Saúde e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde)

26. Brasil. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Resolução nº 2**, de 13 de abril de 2012, dispõe sobre diretrizes gerais para os Programas de Residência em Área Profissional da Saúde. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF; 2012.

27. Brasil. Ministério da Saúde. **Conferência Nacional de Saúde**, 8., 1986. Relatório final.

28. Ceccim RB. Ordenamento. In: Ceccim RB, Dallegre D, Amorim ASL, Portes VM, Amaral BP organizadores. **EnSiQlopedia das residências em saúde** [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2018. p. 190-197.

