

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA**

SHARLENE GOULART RODRIGUES

**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**

Porto Alegre

2015

SHARLENE GOULART RODRIGUES

**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 apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Profa. Dra. Soraya Maria Vargas Côrtes

Coorientadora: Profa. Dra. Lisiane Bôer Possa

Área de Concentração: Política, Sistemas e Análise de Situação de Saúde

Linha de Pesquisa: Políticas, Gestão e Avaliação em Saúde.

Porto Alegre

2015

Ficha Catalográfica

CIP - Catalogação na Publicação

Rodrigues, Sharlene Goulart

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. / Sharlene Goulart Rodrigues. -- 2015. 116 f.

Orientadora: Soraya Maria Vargas Côrtes.
Coorientadora: Lisiane Bøer Possa.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS, 2015.

1. Educação na Saúde. 2. Políticas Públicas. 3. Educação Permanente em Saúde. 4. Teoria dos campos de ação estratégica. 5. Sistema Único de Saúde. I. Côrtes, Soraya Maria Vargas, orient. II. Possa, Lisiane Bøer, coorient. III. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

SHARLENE GOULART RODRIGUES

**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 apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Profa. Dra. Soraya Maria Vargas Côrtes

Coorientadora: Profa. Dra. Lisiane Bôer Possa

Área de Concentração: Política, Sistemas e Análise de Situação de Saúde

Linha de Pesquisa: Políticas, Gestão e Avaliação em Saúde.

Dissertação aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dra. Simone Edi Chaves – Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Dedico esta escrita a quem está em mim todo momento...

Flor que cresceu no meu jardim...

Luz que viveu em meu corpo...

Que traz força...

Que invade meus pensamentos,

quando preciso parar,

quando preciso lutar...

Quando vivo:

Giovanna Rodrigues do Nascimento

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Vanda Goulart Rodrigues e Roberto Oscar dos Santos Rodrigues, pelo apoio diário, pelo cuidado especial.

Aos meus irmãos Robervan Goulart Rodrigues e Vanisson Goulart Rodrigues, por serem amigos e estarem sempre por perto.

Ao companheiro de “vida” Thiago Silva Ferreira, de abraços e carinhos sinceros!

À minha “irmã” Carine Angela de Abreu, pela energia das várias conversas, dos vários sorrisos e abraços sinceros. Seguiremos pela vida!

À amiga e colega Estela Maris Gruske Junges, pelo carinho e hospitalidade, de sempre.

À amiga Luciane Collar pelo carinho, amizade e comprometimento profissional.

À Professora Simone Edi Chaves, pelo carinho e confiança nestes 9 anos, por ajudar na caminhada profissional.

À querida *profe* Soraya Vargas Côrtes pelo acolhimento carinhoso, pelo conhecimento. Você é especial!

Ao lindo Ricardo Burg Ceccim, obrigada pelos sonhos e oportunidades conquistados a partir desta aliança, pela confiança, pelo conhecimento, pelo carinho de sempre.

Aos meus familiares e amigos, aos colegas e professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Aos colegas do Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde – EducaSaúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em especial: Gisele Maciel, Luciano Agnes, Paulo Renato S. Marostica, Belchior Amaral pela rotina diária, pelos aprendizados nesta trajetória repleta de desafios, meu sincero carinho a todos.

À minha coorientadora e amiga, Lisiane Bôer Possa, todo meu carinho e amor!

RESUMO

Esta dissertação teve como tema a Educação na Saúde, no contexto da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) no Ministério da Saúde (MS), em 2003, e da formulação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), ação que fazia parte do mandato constitucional do ordenamento da formação de recursos humanos da área. A estratégia adotada foi o estudo de caso, por se tratar da análise da atuação de indivíduos e de grupos na condução estatal nacional da política pública, na área da saúde, relativa à educação na saúde. Investigou-se, a partir da Teoria dos Campos, o desenvolvimento da política pública, a historicidade da ação dos atores, a articulação dos envolvidos e seus processos de disputa, até o reconhecimento de evidências à emergência de um “campo” na cena da saúde coletiva e da educação nacional. As teorias de análise em políticas públicas informam o delineamento das perguntas centrais desta pesquisa, compondo o enquadramento deste estudo. Verificou-se, na atuação dos atores dirigentes da SGTES, no período da sua criação e da formulação da PNEPS, entre 2003 a 2007, a conformação de um “campo de ação estratégica” específico. Isto é, a criação da SGTES e a formulação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde, constituíram as condições para a emergência de um campo específico, o da educação na saúde, na gestão política, com repercussão nos setores da saúde e da educação. Observa-se que essa ação do Estado reorganizou a área da educação de profissionais de saúde, em formação ou inseridos nos cenários do trabalho.

Palavras-chave: Educação na Saúde. Políticas Públicas. Educação Permanente em Saúde. Teoria dos campos de ação estratégica. Sistema Único de Saúde. Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

ABSTRACT

This dissertation has as its theme Health Education in the creation context of the Secretariat of Labor Management and Health Education (SGTES) in the Ministry of Health (MOH) in 2003 and the formulation of the National Policy of Permanent Health Education (PNEPS), action that was part of the constitutional mandate of the training planning of human resources on the area. The strategy adopted was the case study, because it is the performance analysis of individuals and groups in national state conduct of public policy on health, regarding health education. It is investigated, from the Fields Theory, the development of public policy, the historicity of the actors actions, the articulation of those involved and their dispute processes, from the recognition of evidences to the emergence of a "field" in the collective health scene and national education. The analysis of theories on public policies inform the design of the central questions on this current research, forming the framework of this study. It was verified, in the performance of the leaders actors of SGTES in the period of its creation and formulation of PNEPS from 2003 to 2007, the formation of a specific "strategic action field". Namely, the creation of SGTES and the National Policy of Permanent Health Education, under the Ministry of Health, constitute the conditions for the emergence of a specific field, the health education in policy management, with repercussions in health and education sectors. It is observed that this state action reorganized the educational area of the health professional, either on training process or inserted in the work scenarios.

Keywords: Health Education. Public policy. Permanent Health Education. Theory of strategic action fields. Unified Health System. Labor Management and Health Education.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ABENFISIO	Associação Brasileira de Ensino de Fisioterapia
ABENO	Associação Brasileira de Ensino Odontológico
ABEP	Associação Brasileira de Ensino de Psicologia
ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ABRAHUE	Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AMB	Associação Médica Brasileira
ANEPS	Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIES	Comissão de Integração Ensino-Serviço em Saúde
CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
CNDM	Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEn	Conselho Federal de Enfermagem
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONSEA	Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
CUT	Central Única de Trabalhadores
DEGERTS	Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DENEM	Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina
DENEO	Direção Executiva Nacional de Estudantes de Odontologia
EducaSaúde	Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde
ENEEnf	Executiva Nacional de Estudantes de Enfermagem
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
EP	Educação Permanente
EPS	Educação Permanente em Saúde
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FENTAS	Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde
FNEPAS	Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área de Saúde
IDA	Integração Docente-Assistencial

INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
MOPS	Movimento Popular de Saúde
MST	Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra
NOB-RH/SUS	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PROFAPS	Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde
PROFORMAR	Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PSB	Partido Socialista Brasileiro
PSF	Programa Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
REDEPOP	Rede de Educação Popular e Saúde
RENETO	Rede Nacional de Ensino em Terapia Ocupacional
SENADEn	Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem
Sesu	Secretaria de Educação Superior
SEMTEC	Secretaria de Educação Média e Tecnológica
SBFa	Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNI	Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade
VER-SUS	Vivências e Estágios na Realidade do SUS

SUMÁRIO

INDAGAÇÕES E DIRECIONAMENTOS.....	11
A TEORIA DOS CAMPOS	21
<i>Campo de Ação Estratégica.....</i>	<i>21</i>
<i>O ambiente e os campos de ação estratégica.....</i>	<i>23</i>
<i>Os atores e a habilidade social.....</i>	<i>24</i>
CARACTERIZAÇÃO HISTÓRICA DA ÁREA DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE – O CONTEXTO QUE ANTECEDE A CRIAÇÃO DA SGTES.....	30
<i>O campo estatal da saúde.....</i>	<i>30</i>
<i>O campo estatal da educação.....</i>	<i>34</i>
<i>Organizações e grupos sociais da educação na saúde.....</i>	<i>37</i>
<i>A educação superior e pós-graduada dos profissionais de saúde: movimentos de mudança.....</i>	<i>40</i>
<i>A educação profissional na saúde – um movimento de profissionalização.....</i>	<i>44</i>
<i>A Educação popular em saúde.....</i>	<i>46</i>
<i>A educação em serviço.....</i>	<i>48</i>
OS ATORES E AS AÇÕES NA CONSTRUÇÃO DO CAMPO DE AÇÃO ESTRATÉGICA DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE.....	52
<i>A criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – movimento de emergência de um campo de ação estratégica (2003/2005).....</i>	<i>53</i>
<i>Novo contexto da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – reconfiguração do cenário do campo de ação estratégica (2005/2007).....</i>	<i>79</i>
A EMERGÊNCIA DE UM CAMPO DE AÇÃO ESTRATÉGICA – O CAMPO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE – CONSIDERAÇÕES	96
REFERÊNCIAS	101
APÊNDICE A – HISTÓRICO DAS ASSOCIAÇÕES BRASILEIRAS DE ENSINO DAS PROFISSÕES DA SAÚDE	108
APÊNDICE B – PRINCIPAIS PRODUÇÕES BIBLIOGRÁFICAS DOS ATORES DIRIGENTES DA SGETS NO PERÍODO ENTRE 2003 E 2007.....	111

INDAGAÇÕES E DIRECIONAMENTOS

A elaboração de minha pergunta de pesquisa, assim como o interesse pela temática aqui pesquisada resultam de uma curiosidade profissional que experimento nos últimos quatro anos, desde que iniciei atividades como assistente pedagógica no Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde (EducaSaúde), criado em 2005, a partir da aprovação no Conselho de Unidade da Faculdade de Educação, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), na sequência compondo-se com o Instituto de Psicologia e, a seguir, com a Escola de Enfermagem; a Escola de Educação Física, Fisioterapia e Dança; e a Faculdade de Odontologia.

O EducaSaúde atua na articulação de práticas pedagógicas relacionados à formação de profissionais da saúde e à educação em saúde coletiva, com o objetivo de fortalecer o Sistema Único de Saúde – SUS. O Núcleo mobiliza redes, grupos e pessoas em torno de metodologias educativas ou avaliativas com foco na pesquisa-ação-crítico-colaborativa e na pesquisa-formação, tendo desenvolvido o conceito de “círculos em redes” à pesquisa e à intervenção desde a criação da sua imagem, uma mandala (círculo mágico), quadrado dentro de círculo, forçando ao movimento de um dentro que sempre busca o seu fora (EducaSaúde, 2015a; 2015b).

A proposta desta pesquisa acompanha meus movimentos profissionais, indagações que faço sobre o trabalho e no trabalho, que vão se alterando dia-a-dia, na medida em que participo na condução da assessoria pedagógica nos cursos de formação e especialização e na articulação de processos seletivos das Residências Integradas Multiprofissionais em Saúde. Muitas atividades de que participo relacionam-se com projetos desenvolvidos junto aos Departamentos de Gestão da Educação na Saúde (Deges) e de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (Depreps), da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde. Neste cenário, surgem intervenções pedagógicas e proposições de políticas para a educação na saúde em âmbito nacional, assim como caminhos a serem trilhados por pesquisadores que investigam o assunto.

O tema da educação dos profissionais de saúde é citado de diversas formas na literatura, nos documentos legais e nos informes da respectiva política. A temática é tratada como educação

continuada, capacitação profissional, reciclagem, treinamento em competências, aperfeiçoamento especializado e qualificação dos trabalhadores, quando se refere aos profissionais em atuação nos serviços; como educação profissional, quando referida à profissionalização do pessoal de nível médio, nas modalidades de qualificação, formação e especialização pós-técnico (itinerários formativos); e como integração ensino-serviço ou interação universidade-sociedade, orientada à educação superior, nos âmbitos da graduação e pós-graduação (CECCIM, ARMANI e ROCHA, 2002). Os processos formativos que geram certificação estão vinculados aos cursos técnicos, de graduação e de pós-graduação. Um conceito relacionado à educação de adultos e ao conceito ampliado de educação ou ainda às práticas educativas em processos de mudança social e profissional é aquele da educação permanente, reivindicados com bastante força no interior do SUS na última década. O conceito de educação na saúde utilizado nesta pesquisa considera todas essas abordagens da educação dos profissionais de saúde.

Desde a segunda metade da década de 1970, são apontados limites e insuficiências na formação dos profissionais de saúde, sinalizando sua inadequação em relação às necessidades em saúde (DIAS, LIMA e TEIXEIRA, 2013; PIERANTONI *et al*, 2012; FEUERWERKER, ALMEIDA, 2003). O tema da educação na saúde permeia a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo ganhado destaque com sua atribuição dentre as competências legalmente formuladas pela Constituição Federal. A formação dos profissionais foi um tema na agenda dos participantes do processo da reforma sanitária e de criação do SUS, que foi referendada pela Constituição Federal nas conferências nacionais de saúde (DIAS, LIMA e TEIXEIRA, 2013; CECCIM *et al.*, 2012; GONZALES e ALMEIDA, 2010; FEUERWERKER e ALMEIDA, 2003; CECCIM, ARMANI e ROCHA, 2002).

A Constituição Federal, no Artigo 200, atribuiu ao Sistema Único de Saúde (SUS) a competência de “III – ordenar a formação de Recursos Humanos na área da saúde”, assim como “V – incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico” (BRASIL, 1988). Nos relatórios da VIII, IX, X, XI e XII Conferências Nacionais da Saúde, o tema da formação profissional foi debatido diversas vezes, dando origem a estratégias e pactos para a efetivação do

mandato constitucional.

Conforme sumarizaram Ceccim, Armani e Rocha (2002), as Conferências Nacionais ocorridas nos anos de 1986, 1992, 1996 e 2000 (sendo válido para as seguintes) reafirmaram que caberia ao SUS ordenar a formação de profissionais da saúde, instituir ações e programas de capacitação permanente, criar Escolas de Saúde Pública, manter programas de residência, articular as estratégias de formação dos profissionais de saúde com as Universidades e definir as responsabilidades da área de saúde nos governo federal, estaduais e municipais.

A criação da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) no Ministério da Saúde (MS), em 2003, é considerada como um marco, mesmo que tardio, para a política de educação na saúde (CAMPOS, AGUIAR e BELISÁRIO, 2008; CECCIM, 2008; FARIA, 2008; GONZALES e ALMEIDA, 2010; PIERANTONI e VIANA, 2010; PIERANTONI *et al*, 2012; DIAS, LIMA e TEIXEIRA, 2013). Entre as mudanças advindas desta iniciativa, destaca-se a aproximação entre as áreas de educação e da saúde e a criação de uma política específica para a formação de profissionais de saúde, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (CECCIM, 2008; GONZALES e ALMEIDA, 2010; DIAS, LIMA e TEIXEIRA, 2013).

Teorias da análise de políticas públicas informam o delineamento/ordenamento das perguntas centrais desta pesquisa, compondo o enquadre deste estudo. A Política Pública é caracterizada como a ação do Estado, ou seja, a conduta dos governos em fazer ou não fazer uma ação. A definição de Theodore Lowi (tipologia para Políticas Públicas, *apud* SOUZA, 2006) sobre políticas públicas aponta que seriam as regras definidas por autoridade governamental, estabelecendo sanções positivas ou negativas para influenciar e regular os indivíduos e coletivos. A disciplina de Políticas Públicas surge com Harold Laswell (análise de políticas públicas, *apud* SOUZA, 2006), que coloca em análise a produção empírica dos Governos, colocando a tarefa de pôr em questão a ação do Estado.

Conforme Celina Souza (2006), a pergunta central sobre a ação ou omissão dos governos seria: “Quem ganha o que, por que e que diferença faz? ”. Para a autora, a Política Pública expressa a relação entre os grupos sociais e o Estado, não sendo atribuída somente a governos e seus processos decisórios. Diversas correntes teóricas tratam do papel dos governos nas políticas

públicas. Para o *pluralismo*, a condição do governo é caracterizada por articular e mediar o interesse dos grupos. No *elitismo*, o governo é fundamental para o favorecimento de uma minoria atuante, servindo para os interesses de um grupo que especificamente detém maior poder. Para essas concepções, os governos refletem as pressões externas. No *neo-institucionalismo*, aponta-se para um governo suscetível as ações/fatores internos e externos, mas considera-se que este tem autonomia relativa, ou seja, os atores dos governos têm espaço próprio para atuação nas políticas públicas.

É com base na perspetiva neoinstucionalista que a *Teoria dos Campos* propõe considerar o Estado tanto como um denso sistema de campos interdependentes, quanto um ator central, que pode precipitar crises em alguns campos, sustentar a estabilização do *status quo* em outros ou ainda contribuir para criar novas ordens sociais, mesmo em campos não estatais de ações estratégicas incipientes (FLIGSTEIN e McADAM, 2012). Essa concepção sobre o Estado possibilitou as hipóteses da presente pesquisa: a criação da SGTES e a formulação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), no âmbito do Ministério da Saúde, que constituíram as condições para a emergência de um campo específico da educação na saúde. Essa ação do Estado reorganiza a área da educação na saúde.

As mudanças e permanências nas políticas públicas surgem do envolvimento dos atores individuais e coletivos, seus interesses, ideias e crenças, das instituições, dos processos políticos e fatores externos. Segundo Possa (2013, p.31),

As diversas abordagens diferem na importância que dão aos aspectos institucionais, aos grupos de atores e suas relações, ou às ações dos indivíduos. Apesar de haver um esforço para tratar, nos quadros explicativos da estrutura e ação, de indivíduos/grupos e instituições, as permanências são consideradas principalmente como resultado de estruturas e instituições que dão estabilidade aos sistemas e às relações. Já as mudanças estariam associadas às ideias, à ação, aos indivíduos/grupos e a fatores externos [...].

Para Sabatier (2007), a complexidade da sociedade moderna resulta na especialização nas políticas públicas com a criação de estruturas institucionais que tratem de temas específicos. Várias abordagens de análise das políticas públicas têm como pressuposto a incapacidade dos

indivíduos e grupos de prestarem atenção a todos os temas o tempo todo. Assim, sinalizam para a segmentação das temáticas, de tal forma que grupos, indivíduos e instituições possam processar paralelamente diferentes temas da política pública (TRUE; JONES; BAUMGARTNER, 2007; ZAHARIADIS, 2007).

Fligstein e McAdam (2012) apontam, na *Teoria dos Campos*, que é a partir da organização dos atores sociais em ordenamentos locais, denominados “campo de ação estratégica” (CAE), e da complexa rede de relações entre *campos* que é possível compreender os processos de mudança e permanência social. A Teoria dos Campos analisa as transformações no *Estado & Sociedade*, busca explicar como atores sociais, ao agirem em arenas sociais circunscritas, produzem alterações ou estabilidades. As transformações e a manutenção da vida social estariam relacionadas à produção, à sustentação e à transformação dos campos de ação estratégica. Atores agem para estabilizar e para disputar os campos de ação estratégica existentes, o que resulta em processos de reprodução e mudanças incrementais nas ordens locais, mas também na produção de novos campos. Atores estratégicos hábeis lutam muito para produzir ordens alternativas nos momentos em que os recursos ou as regras estão em disputa e quando a ordem até então existente não se sustenta.

Para identificar e compreender a emergência de novas arenas ou campos sociais, é necessário definir e verificar a existência do campo e especificar as condições para o seu surgimento, bem como descrever como, por quem e para que fim essas novas ordens são fundadas. As táticas operativas de um determinado grupo e habilidade dos atores de um movimento/ação são elementos cruciais para a formação de um campo. Retomando o ponto empírico desta teoria, é fundamental o destaque para atores, pois suas qualidades e habilidades serão imprescindíveis para produção do campo de ação estratégica (FLIGSTEIN; McADAM, 2012).

No caso da política pública de educação na saúde, este trabalho, ao considerar um conjunto de “evidências” recolhidos da análise temporal, tem como hipótese que a atuação dos atores dirigentes da SGTES, no período da sua criação e da formulação da PNEPS, exemplificam a ação de atores estratégicos hábeis na luta pela formação de um campo específico e que contribuíram para reorganização da arena social da educação na saúde. A estruturação no MS de

uma área que trata da gestão do trabalho e da educação na saúde, por exemplo, assinala a reconfiguração de grupos e de instituições, assim como de suas ações no debate/disputa deste tema, o que daria contexto à emergência de um campo de ação estratégica específico, no qual se tematiza e disputa a educação na saúde, potencializando mudanças significativas nesta política pública.

A educação na saúde é considerada como um problema por atores e grupos que estavam implicados com a reforma do sistema de saúde e, segundo estes atores, as insuficiências na formação dos profissionais comprometiam a implementação do SUS, assim como a vigência de seus princípios e diretrizes (FEUERWERKER, 2005; FRANCO, 2007; CAMPOS, 2008; CECCIM, 2008). Entre as principais questões, apontava-se a inadequação da formação para as necessidades de saúde da população que disputava modelagens tecnoassistenciais divergentes da noção de “atenção integral, com prioridade às ações de prevenção sem prejuízo das ações assistenciais”, como previsto na Constituição Federal, operando com visões e concepções discrepantes da orientação ao trabalho em equipe de saúde e mesmo sem adequada apropriação do sistema nacional de saúde, lidando com diferentes propostas sobre como construir e implementar as políticas de saúde (FEUERWERKER, 2005; CECCIM, 2008).

A educação é reconhecida como uma das principais estratégias para a formação dos quadros necessários para o sistema de saúde e para a qualificação da atuação dos trabalhadores já inseridos em serviço, resultando na elaboração de listas de conteúdos mínimos e cargas horárias e em inúmeras ações de treinamento e capacitação para cada programa preconizado ou inserido nas políticas de saúde. A crítica às práticas implementadas ou às inúmeras ações desenvolvidas é de que elas eram insuficientes na análise dos processos de trabalho, na discussão dos modelos de clínica e prática profissional, na revisão de paradigmas do trabalho e da formação e no debate dos compromissos entre ensino e serviço (FRANCO, 2007). Ao longo da implementação do SUS, iniciativas foram adotadas, tanto para a “mudança na formação”, quanto para a “capacitação daqueles que já atuavam no sistema de saúde” (CAMPOS, 2008; DIAS, LIMA e TEIXEIRA, 2013). O tema da educação na saúde apresenta-se como “agenda” de diversos atores, grupos e instituições. A questão posta aqui é sobre o desenvolvimento dessa agenda como

política pública.

Para entender a mudança da noção de educação como acessória à ação finalística que seria a atenção à saúde para uma política pública dentre as ações finalísticas do sistema nacional de saúde, desde o ponto de vista da análise política, mostra-se necessário reconhecer a conformação dos campos em que os atores agem para constituir a política pública de educação na saúde, a historicidade da ação dos atores, a articulação dos envolvidos e seus processos de disputa. A organização de ordenamentos locais, por meio do surgimento de um campo de ação estratégica específico da educação na saúde, seria um elemento a sinalizar a ocorrência de mudanças demandadas e construídas por atores empenhados na reforma sanitária.

A pesquisa aqui apresentada teve como tema, então, a educação na saúde, no contexto da criação da SGTES e da formulação da PNEPS que se constituíram como a política para essa área. O objetivo do estudo foi investigar a emergência do campo de ação estratégica específico da educação na saúde a partir da origem da SGTES e da PNEPS e a contribuição dos atores dirigentes da política de educação na saúde no Ministério da Saúde para a formação deste campo. Como objetivos específicos, destaca-se: 1) caracterizar historicamente os atores, grupos e instituições que debatem a temática da educação na saúde e as suas principais ideias no período que antecede a criação da SGTES; 2) identificar os atores e grupos que atuam na direção da SGTES no período entre 2003/2007, suas principais ideias, projetos, estratégias e ações; 3) identificar as táticas e habilidades dos atores, as estratégias de ação dos grupos na condução da política de educação na saúde e na possível construção deste campo; 4) investigar, considerando a criação da SGTES e a formulação da PNEPS, as mudanças na área da educação na saúde, mais especificamente nos processos políticos, na institucionalização da política e nas suas ideias e a possível emergência de um campo de ação estratégica específico.

A estratégia de pesquisa adotada foi o estudo de caso. O estudo de caso caracteriza-se como análise transversal em um período delimitado de tempo, tendo como base várias fontes de dados, tanto qualitativas como quantitativas. O estudo de caso “[...] investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto e história, especialmente quando os contornos entre o fenômeno e o contexto não podem ser claramente delimitados” (YIN, 2005, p.32). A escolha

metodológica pelo estudo de caso se justifica por se tratar da análise da atuação de indivíduos e grupos na condução estatal nacional da política pública de educação na saúde e os possíveis efeitos na organização de campos de ação estratégica da educação na saúde a partir da criação da SGTES e da formulação da PNEPS.

O Ministério da Saúde configurou-se como o locus privilegiado para a análise pretendida sendo a instituição responsável pela coordenação nacional das políticas públicas de saúde e também pela política de educação na saúde. Considera-se que a reorganização deste, com a criação da SGTES e a formulação da PNEPS constituiu-se como fator determinante para o surgimento do campo de ação estratégica referido e para a reorganização da arena social da educação na saúde. A investigação da atuação dos atores e grupos empenhados com a origem da SGTES oportunizou verificar se e como ocorreu a emergência do campo específico que debate a formação de trabalhadores em saúde. A possível construção do campo é considerada como um acontecimento contemporâneo e complexo. Pretendeu-se analisar em profundidade tanto o contexto da política, quanto dos atores e grupos que compunham o campo e suas relações.

A análise da política pública de Educação na Saúde abrangeu o período entre 2003 e 2007. Este intervalo de tempo se justificou pela criação da SGTES, em 2003, e pela publicação da PNEPS, em 2004, como primeira versão, e, em 2007, como segunda versão, esta ainda vigente. Tal período é oportuno pela possibilidade de mapear e investigar os diferentes grupos envolvidos com a política, as suas estratégias e táticas, bem como investigar como os atores reconfiguraram os processos políticos, a organização institucional e os conceitos orientadores e se esta reconfiguração implicou a emergência de um campo específico na área. Nesse intervalo de tempo teve-se uma equipe gestão 2003 a 2005, outras entre 2005 e 2007, um mandato presidencial de 2003 a 2006, outro a partir de 2007. Foram quatro ministros da saúde no período. A metodologia do estudo de caso foi decisiva para investigar as proposições e configurações dos campos, dos grupos e da política num período específico.

Para estruturar a análise, foram utilizadas múltiplas fontes de evidências. Segundo Yin (2005, p. 67),

[...] o uso de várias fontes de evidência nos estudos de caso permite que o pesquisador dedique-se a uma ampla diversidade de questões teóricas,

comportamentais e de atitudes. A vantagem mais importante que se apresenta no uso de fontes múltiplas de evidências, no entanto, é o desenvolvimento de linhas convergentes de investigação.

Com triangulação das técnicas, foram coletados os seguintes dados empíricos: 1) por meio da pesquisa na literatura científica, a seleção de 31 (trinta e um) textos e 2 (duas) teses produzidos sobre a temática da educação na saúde, todos referidos na bibliografia; ideias centrais sobre a política brasileira nessa área; abordagens teóricas sobre mudanças e manutenção nas políticas públicas; 2) pesquisa documental da legislação e das normas formuladas que regem a política de educação na saúde ao longo da história compondo a seleção 15 (quinze) documentos, entre estes: decretos, leis federais, resoluções, portarias e relatórios das duas gestões dos períodos de 2004 e 2006; e 3) pesquisa documental e bibliográfica sobre “os” e “produzida pelos” atores que atuaram na condução da SGTES e da PNEPS no período do estudo para caracterizar suas trajetórias, ideias, habilidades e táticas.

Albuquerque (2009) refere que a forma mais fidedigna de aplicação de uma pesquisa em cadeias de referência é aquela que consegue coletar o número máximo de informações sobre os membros. No caso desta pesquisa, pretendeu-se coletar o número máximo de informações dos membros que participaram da condução da política nacional de educação na saúde, bem como sobre essa política. Cabe destacar que os atores individuais, para além de fontes de informação, constituem uma categoria analítica central para o estudo empreendido de tal forma que a identificação dos mesmos é fundamental para as respostas dos problemas desta pesquisa. Para que os atores e as informações sobre os mesmos pudessem ser referidos, foram utilizadas exclusivamente fontes públicas disponíveis, já publicadas pelos ou sobre os mesmos, portanto informações sem compromisso de sigilo.

Considerando as perguntas as quais este trabalho procurou responder, o primeiro capítulo apresenta a Teoria dos Campos, que foi a orientação teórica para a construção das perguntas de análise deste estudo. O segundo capítulo descreve um breve histórico sobre o tema da educação na saúde, atores e instituições que o debatiam e as principais ideias que orientavam as políticas públicas nesta área no período que antecede a criação da SGTES. O terceiro e quarto capítulo apresentam os atores dirigentes da SGTES no período entre 2003 e 2007, suas trajetórias, ideias

e proposições para a área, identificando as habilidades sociais e táticas que mais se destacaram na sua atuação e que caracterizavam as suas posições, bem como as políticas e ações desenvolvidas pela SGTES, buscando identificar as relações com a área da educação na saúde e a possível emergência de um campo de ação estratégica. Por fim, as considerações finais apresentam os efeitos das ações da SGTES na área de educação: se, como e o quanto a SGTES contribuiu para a reorganização desta ordem social.

A TEORIA DOS CAMPOS

Este capítulo representa uma síntese, produzida a partir do livro *A Theory of Fields*, de Neil Fligstein e Doug McAdam, a Teoria dos Campos (FLIGSTEIN; McADAM, 2012). Apresenta a teoria, seus componentes, fundamentos e conceitos centrais. A proposição dos autores constitui a construção de uma teoria integrada que explica os processos de mudança e permanência produzidos pelos atores sociais que interagem em arenas sociais circunscritas. Tomam como pressuposto que a vida social é constituída por uma complexa rede de campos de ação estratégica. Busca compreender como esses emergem, mantêm-se estáveis ou transformam-se, e qual o papel dos atores sociais nesses processos.

Os elementos centrais desta teoria são três: 1) os campos de ação estratégica como componentes básicos a partir dos quais se constitui a vida organizacional e política, tanto na economia, quanto na sociedade civil e no Estado; 2) os campos de ação estratégica estão inseridos num contexto mais amplo composto de inúmeros outros campos, estatais ou não estatais, com os quais se relacionam e de cuja relação originam-se oportunidades e desafios que contribuem para transformação ou emergência de campos; 3) os atores sociais, a partir das suas “habilidades sociais”, que não se restringem a interesses e poder, procuram mudar ou manter os campos em que atuam.

Campo de Ação Estratégica

Os campos de ação estratégica são tidos como as unidades fundamentais da ação coletiva na sociedade, considerado

[...] uma ordem social em que os atores (que podem ser individuais ou coletivos) estão sintonizados e interagem uns com os outros com base compartilhada (o que não quer dizer consensual) de entendimentos sobre os efeitos do campo, sobre as relações com outros profissionais da área (incluindo quem tem poder e por que), e sobre as normas que regem a ação legítima no campo. (FLIGSTEIN; McADAM, 2012, p. 86).

Quando está bem definido o terreno no qual os atores sociais operam, tem-se um “campo

de ação estratégica”; no caso da indefinição, há um “espaço social desorganizado”. Três aspectos são relevantes na construção dos campos de ação estratégica: 1) a adesão dos atores tem caráter mais subjetivo do que objetivo; 2) os limites são mutáveis e situacionais, conforme as questões em pauta e os atores que participam; 3) são formados a partir do entendimento compartilhado entre membros do campo sobre o que está em jogo, suas posições em relação aos demais membros, regras do campo e quadros interpretativos de referência e repertórios de comportamento legítimos, segundo as regras de reação aos outros.

A existência de um campo de ação estratégica é observada quando duas ou mais organizações ou grupos buscam fins relativamente semelhantes e são obrigados a considerar uns aos outros nos seus comportamentos. Os membros dos campos são aqueles grupos que rotineiramente relacionam-se entre si. A institucionalização de uma ou mais *unidades de governança interna* e a *relação com o Estado* são seus dois agrupamentos constitutivos e que indicam a presença de campos de ação estratégica.

As ***unidades de governança interna*** têm funções diversas e variáveis no campo, entre elas destacam-se: implementar e rotinizar algum aspecto da operação e formas de apoiar a manutenção do campo; garantir o cumprimento das normas gerais, naturalizando-as e legitimando-as; auxiliar no seu funcionamento e na sua gestão; oportunizar que as informações produzidas pelos atores históricos que dominam o campo e pelos atores que os desafiam sejam coletadas e padronizadas, que circulem entre os demais atores e grupos; são também o elo nas relações externas com outros campos importantes. Considera-se que a maior parte das unidades de governança interna é fortemente influenciada pelos atores mais poderosos no campo, utilizando-se das ideias que justificam a posição dominante. A criação das unidades de governança baseia-se na retórica legitimadora da formação de um campo, mas elas não têm o papel de mediadora ou de neutralidade no conflito entre os atores dominantes e desafiadores do campo. Ao contrário, tendem a reforçar a posição dos primeiros protegendo seus interesses. No geral, são conservadoras nos períodos de conflito dentro do campo e servem de defensores do *status quo*. Identificar e compreender o papel das unidades internas de governança na reprodução do campo é um aspecto fundamental na análise global de um campo. Unidades de

Governança são, enfim, estruturas internas dos campos, encarregadas de supervisionar o cumprimento de normas, resultando na estabilidade do campo, sendo distintas das estruturas estatais (externas), que detêm a jurisdição sobre todos ou algum aspecto do campo de ação estratégica.

O **Estado** é compreendido como um conjunto de campos de ação estratégica. Tem papel preponderante em outros campos, na medida em que se constitui como autoridade formal para intervir, definir regras e em geral pronunciar-se sobre a legitimidade e a viabilidade da maioria dos campos não estatais. No entanto, essa relação não é unilateral, tanto os campos não estatais dependem consideravelmente do apoio e reconhecimento dos atores aliados dos campos estatais, quanto dependem para sua existência e legitimidade do apoio que recebem nas relações que estabelecem com os demais campos estatais e não estatais com os quais interagem. Portanto, há um processo mutuo de dependência entre os campos.

Compreender a relação dos campos com o Estado é crucial na análise dessas ordens locais. Os elos podem constituir-se de diversas formas. Os campos de ação estratégica podem ser campos não estatais sancionados pelo governo, quando este certifica unidades de governança internas que controlam o credenciamento das pessoas no campo; campos não estatais que dependem de apoio, quando recursos do Estado, tais como subvenções e subsídios, são críticos para o funcionamento do campo; e dependentes de leis e regulamentos concedidos pelo próprio Estado, quando o Estado participa na própria estrutura de um campo e as suas organizações e atores são “jogadores” no campo, ou seja, estão na disputa com outras organizações que o compõem.

O ambiente e os campos de ação estratégica

Para conhecer a dinâmica de um campo é fundamental tanto compreender a sua estrutura e funcionamento interno, quanto o contexto mais amplo das relações que o vinculam a outros campos e com o Estado. Mais importante que diferenciar os membros internos ou externos ao campo, é mapear e entender as relações essenciais que moldam o campo, ou seja, o ambiente do

campo de ação estratégica.

A dependência e a relação dos campos entre si e com o intrincado sistema de campos de ação estratégica do Estado constituem-se como elemento central dos processos de mudança e estabilidade. Desta forma, considera-se que cada campo de ação estratégica está num ambiente com outros, e algumas classificações contribuem para compreender qual é a natureza destes campos e as relações que estabelecem entre si. Os campos podem ser próximos ou distantes, dependendo dos laços e do quanto influenciam uns aos outros, dependentes ou interdependentes, conforme a extensão e a direcionalidade da influência entre eles, estatais ou não estatais, dependendo do vínculo institucional.

Para compreender a dinâmica, o potencial de conflito e a mudança de um determinado campo é importante considerar as restrições e oportunidades que resultam das relações que compartilham com outros campos. As relações com outros podem conferir condições para a estabilidade. As transformações, apesar de também serem oriundas dos conflitos nos processos internos, com mais frequência são o resultado das pressões por mudanças dos campos não estatais e estatais do seu entorno. Identificar os campos de ação estratégica como *emergentes*, *estáveis* e *em transformação* oferece a possibilidade de mapear tanto processos de mudança incrementais, típicos dos campos estáveis, quanto rupturas mais radicais, como é o caso dos campos emergentes ou em transformação.

Os atores e a habilidade social

O objetivo de analisar as dinâmicas de conflito/mudança e de ordem/estabilidade na vida social influencia a caracterização dos **atores sociais** que compõem os campos de ação estratégica. Além das unidades internas de governança os campos seriam constituídos por atores dominantes que seriam os **operadores históricos** (*incumbents*) e atores concorrentes, **os desafiadores** (*challengers*). O campo é conduzido e operado por atores sociais que, por sua vez, buscam uma determinada ordem local; neste sentido, é o palco onde contracenam direta e indiretamente. Operadores históricos tendem a ser aqueles que exercem maior influência, pois seus interesses e

ideias estão refletidos na organização, nos propósitos e na estrutura do campo. As posições no campo de ação estratégica são definidas a partir do que esses atores dominantes reivindicam como recompensas materiais e status. Geralmente, são favorecidos pelas regras, legitimados e apoiados em sua posição pelos significados compartilhados. Atores dominantes têm a capacidade de promover o direcionamento nos campos de ação estratégica. Os desafiadores, apesar de reconhecerem a lógica dominante, articulam uma visão alternativa tanto do campo quanto das suas posições. Usualmente ocupam espaços menos privilegiados, influenciando pouco o funcionamento geral do campo. No geral, não empreendem revoltas e disputas abertas à ordem vigente, acomodando-se aos espaços onde podem atuar e aguardando oportunidade para desafiar a estrutura e a lógica do sistema e modificar seu posicionamento no campo.

A **ação estratégica** representa o esforço dos atores sociais para criar e sustentar espaços sociais com a cooperação e controle de outros atores e de um determinado contexto, por meio da criação de identidades e coalizões políticas. Para a construção de acordos, é fundamental que os atores estratégicos assumam as perspectivas dos outros, trabalhem para construir mundos e identidades compartilhadas. Portanto, a ação estratégica está diretamente relacionada à capacidade humana de criar significados e identidades compartilhadas que garantam um terreno existencial comum e viável para os atores. Nesta abordagem da ação estratégica, poder e preferência não são desconsiderados, tanto o exercício do poder quanto a definição das preferências estão conectados às questões mais amplas de significado e identidade. Há indissociabilidade entre a motivação material/instrumental e existencial. Os atores estratégicos agem simultaneamente para sustentar seus interesses, alcançar vantagens instrumentais e para construir identidades coletivas e mundos significativos para si e para os outros.

A **habilidade social** é a capacidade dos atores estratégicos de induzir a cooperação por recorrerem a significados compartilhados e identidades coletivas já existentes. Neste caso, os atores qualificados compreendem os atores do seu grupo e dos grupos externos, seus interesses, concepções e identidades. A partir deste entendimento, fornecem interpretações das situações, estabelecem os cursos da ação, obtêm cooperação dos membros do seu grupo e produzem visões negativas das identidades dos membros do grupo com quem competem. Atores estratégicos

também podem colaborar com a criação de novos significados e identidades, sendo que, ao produzi-los para os outros também o fazem para si, ou seja, trata-se da capacidade, de indivíduos ou atores coletivos, de ler as pessoas e o ambiente, construir linhas de ação e mobilizar as pessoas em torno de concepções mais amplas do mundo e de si mesmos.

Há o reconhecimento de que algumas pessoas são socialmente mais qualificadas do que outras, isto é, têm mais capacidade de convencer os outros a cooperar. Diz Fligstein (2009, p. 67-68) que

[...] todos os seres humanos precisam de habilidade social para sobreviver. Todos nós conhecemos pessoas que são socialmente mais habilidosas do que outras; isto é, possuem a habilidade de promover a cooperação dos outros. Elas estão presentes em universidades, na política e no mundo dos negócios. Algumas vezes essas pessoas são líderes ou gestores com posições formais de poder, mas isso não significa que todos os “gestores” tenham um alto nível de habilidade social. A afirmação aqui é apenas de que algumas pessoas têm maior capacidade de induzir a cooperação do que outras.

A habilidade social é uma combinação complexa de aspetos cognitivos, afetivos e linguísticos que fazem com que indivíduos desempenhem, de forma mais ou menos eficaz, o papel de atores estratégicos hábeis para responderem às exigências da ação coletiva. Os atores sociais qualificados não agem apenas pelo auto-interesse, mesmo que se beneficiem com suas habilidades, mas para induzir cooperação e auxiliar outros a atingirem seus objetivos. Exploram todos os caminhos possíveis para alcançarem a colaboração, abdicam de interesses individuais fixos, mantendo seus objetivos em aberto, na medida em que se concentram e são motivados pelos fins coletivos. Diferente dos atores racionais de tipo ideal que perseguem estritamente seus próprios interesses em conflito com outros, atores sociais hábeis estão abertos em relação ao mundo e aos próprios objetivos.

As dimensões cognitiva, empática e comunicativa da habilidade social destacam o aspecto intersubjetivo da ação para construir cooperação voluntária dos outros. As ações em prol da colaboração entre os atores transcendem interesses individuais e de grupos restritos. Reconhecer o lugar do outro é pré-requisito para ações que buscam a cooperação, pois é necessária a construção de uma visão de mundo e de identidade que possa ser compartilhada entre os atores. Apesar de a habilidade social estar distribuída em toda a população, considera-se que algumas

peessoas são mais capazes de assumir o papel do outro e utilizam esse entendimento intersubjetivo para moldar significados compartilhados e identidades e para mobilizar a ação estratégica coletiva.

O uso contínuo da habilidade social pelos atores é parte do que cria e sustenta os campos de ação estratégica. Estes dependem da participação ativa dos indivíduos e grupos para funcionarem. Tem-se como pressuposto que todos atores de um grupo social têm benefícios existenciais pela sua participação e, com base nesses benefícios, colaboram uns com os outros ou disputam com aqueles que têm perspectivas diferentes para o campo de ação estratégica.

Relacionar a teoria da habilidade social e a teoria dos campos significa reconhecer que tanto as habilidades individuais quanto a posição que os indivíduos ocupam no espaço social influenciam a ação e a capacidade de envolver-se na cooperação, competição e ação coletiva. A habilidade social, a posição estrutural no campo e a capacidade de reconhecer oportunidades influenciam a eficiência dos atores em mobilizar os outros e alcançar objetivos, tanto instrumentais como existenciais. A posição na estrutura do campo pode constranger a capacidade dos atores e dos seus grupos, pois atores hábeis são tanto operadores históricos quanto desafiadores. A habilidade social dos atores estratégicos é expressa, nos casos de constrangimento, pela capacidade de explorar quaisquer que sejam as oportunidades, ao mesmo tempo em que mantêm os outros motivados, partilhando o sentido de identidade, sustentando a solidariedade e mantendo a moral do grupo. O uso bem-sucedido da habilidade social depende do ator reconhecer sua posição no campo, apropriar-se da perspectiva dos outros atores com os quais cooperam ou competem, e produzir ações que “fazem sentido”, dada a sua posição.

Os atores socialmente hábeis fazem uso de *táticas* para envolver os atores em comportamentos cooperativos ou competitivos: 1) constroem histórias, apelando para a identidade, crença e interesses dos atores, para induzir a cooperação das pessoas e para justificar as ações contra os adversários; 2) utilizam-se da autoridade, sustentada pela posição formal de autoridade, para comandar; 3) definem a agenda, isto é, delimitam os parâmetros de discussão, convencendo os outros de que estes parâmetros lhes convêm, estabelecem os termos da discussão, enquadram a identidade e os interesses dos atores, fechando outros campos de ação;

4) envolvem-se com afinco nas negociações, seja ao apresentarem-se como atores neutros capazes de mediar o interesse dos outros, seja por desempenharem papel ativo no convencimento de uma identidade coletiva e de implicação dos atores para cooperarem e buscarem aliados; 5) desenvolvem simultaneamente várias linhas de ação, pois mesmo que algumas delas se esgotem ou não se materializem, o fato de algumas terem sucesso convence outros atores a se envolverem; 6) convencem outros atores que alguma linha de ação era na verdade também ideia sua, criando situações em que outros são incentivados a assumir a liderança e tornarem-se comprometidos com as iniciativas propostas; 7) constroem alianças com atores que têm poucas opções; 8) constituem-se em elos com aqueles atores que têm valores discordantes, sendo a fonte das informações e da formação de coligações, negociando acordos com uma visão mais abrangente do mundo e identidade coletiva de tal forma que incorporem atores com perspectivas diferentes; 9) isolam atores que têm valores divergentes e que perturbam o campo.

Geralmente empreendedores, os atores sociais hábeis são diferenciados, pois articulam ideias, promovem mudanças, conduzem grupos, moldam estratégias, além de criar novas hierarquias dentro do campo. Atores qualificados compreendem as ambiguidades e incertezas do campo e atuam para além delas, com noção clara do que é possível ou impossível, convencendo outros atores, que não necessariamente compartilham interesses de que o que é realizado é convergente com suas identidades e interesses. A questão central é encontrar formas de vincular atores e grupos que têm diferentes perspectivas, contribuindo para reordenar suas preferências.

O papel que os atores socialmente hábeis desempenham depende do campo de ação estratégico específico em que atuam. No caso dos campos estáveis e espaços institucionalizados, eles tendem a produzir e reproduzir o *status quo* num contexto em que os demais atores compartilham significados, identidades e interesses. Nos campos de ação estratégica emergentes ou em transformação, a tarefa pode ser de empreendedor institucional, em que os atores têm o papel de construir relações entre os grupos, com base na criação e/ou reconhecimento de interesses e identidades em comum, mobilizando os atores para construir coalizões políticas capazes de organizar o campo, no caso de campos emergentes, ou de produzir novas hierarquias

nos campos em disputa.

Em síntese, para investigar a possível emergência de um campo de educação na saúde, objetivo central deste estudo, três questões orientaram a análise: 1) quais atores, grupos e instituição participaram do debate sobre a temática (buscando identificar a existência, ou não, de um campo organizado em que estes estejam em relação), 2) quem são os atores socialmente hábeis que mobilizam os demais atores, quais as táticas e recursos que utilizam e as relações entre eles, 3) quais os processos que constituem o campo, bem como, as questões que estão em jogo, ou seja, como e para que os atores se organizam em uma ordem local, quais as regras, os significados, sentidos e identidades compartilhados que aglutinam os atores.

O próximo capítulo apresenta uma breve caracterização da área da educação na saúde, sua história, atores e instituições no período que antecede a criação da SGTES em 2003. O objetivo é caracterizar as relações estabelecidas, os significados e sentidos atribuídos à educação na saúde pelos atores, em especial para compreender as mudanças que ocorrem entre 2003 e 2007, período definido para este estudo.

CARACTERIZAÇÃO HISTÓRICA DA ÁREA DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE – O CONTEXTO QUE ANTECEDE A CRIAÇÃO DA SGTES

A apresentação do debate sobre a educação na saúde, no período que antecede à criação da SGTES e lançamento da PNEPS, tem como objetivo caracterizar atores, grupos e instituições que atuavam nessa área até 2003. As temáticas sobre a formação dos trabalhadores de saúde foram sistematizadas como: educação superior, educação técnica, educação popular e educação em serviço. Cabe destacar que as organizações e atores que atuavam nessas áreas foram partícipes do processo que culminou com a criação da SGTES e a formulação da PNPEs.

Procurou-se explicitar que “espaços sociais” e “campos de ação estratégica” estabelecem relação próxima com a área de educação na saúde, partindo-se do pressuposto de que espaços sociais desorganizados ou organizados em campos de ação estratégica sofrem influência dos campos do seu entorno (FLIGSTEIN; McADAM, 2012). Destacou-se, em especial, o *campo estatal da saúde* e o *campo estatal da educação*, considerados como próximos e dos quais o debate sobre a educação na saúde é dependente. Também foram apresentadas as organizações profissionais e sociais que tematizam a formação dos profissionais.

O campo estatal da saúde

As mudanças nas políticas de saúde contextualizam as demandas por transformação da formação dos profissionais de saúde e constituíram-se como fatores que favorecem as mudanças nesta área (CECCIM, ARMANI e ROCHA, 2002; CECCIM, 2008; DIAS, LIMA, e TEIXEIRA, 2013). No caso da saúde, cabe destacar que o debate sobre a Reforma Sanitária Brasileira consolida-se no contexto de lutas sociais pela democratização do país e pelo fim da ditadura militar (1964-1985), regime de caráter autoritário que perdurou durante 20 anos. A Reforma concebia a saúde como direito do cidadão e dever do Estado em provê-la. Além disso, foi símbolo do movimento de luta e reivindicação ecoado nas vozes dos vários representantes da sociedade civil da época (AROUCA, 1998).

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde foi palco deste movimento, discutindo e

propondo um novo modelo de atenção à saúde no Brasil. Para além de um projeto constituinte, a Reforma Sanitária configurou-se com um ideal coletivo que possibilitou diversas práticas político-culturais, reconfigurando o conceito de saúde-doença como resultante das condições sociais e defendendo as noções de integralidade da atenção e de participação ativa dos usuários (FEUERWERKER, 2005; PIERANTONI *et al.*, 2012). O sistema de saúde definido na Constituição de 1988 tem como princípio a universalidade do acesso e como objetivo a integralidade da atenção à saúde, com ênfase na melhoria de condições de vida da população e orientado pela equidade (BRASIL, 1988).

Uma questão constante no debate sobre a implementação da Reforma Sanitária é a conexão entre a provisão da atenção e a educação dos trabalhadores na saúde. A implantação do SUS foi marco histórico de transformação do sistema de saúde brasileiro, e do ponto de vista normativo e legal, um progresso no sentido da garantia do direito à saúde. Destaca-se também o papel indutor de práticas políticas participativas com a organização dos mecanismos de controle social que resultaram no funcionamento dos conselhos de saúde em todo o país. Do ponto de vista normativo, a conexão das necessidades em saúde e dos princípios do SUS com a educação na saúde ocorreria na medida em que se estabeleceu como atribuição do Sistema Único de Saúde o papel de ordenador da formação dos trabalhadores (BRASIL, 1988).

A posição destacada das instituições estatais da saúde é explicitada na legislação que define como atribuição de gestão do SUS, em suas três esferas federativas, a formulação e execução de uma política de formação na saúde, conforme expresso na Lei Federal nº 8080/90:

Artigo 15: A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

IX – participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;

XIX – realizar pesquisas e estudos na área da saúde. (BRASIL, 1990a).

Além da participação das instituições estatais da saúde, a regra sinaliza para a necessidade da articulação das estruturas do Estado e do conjunto das ações relativas à educação na saúde.

Art. 27. A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em

cumprimento dos seguintes objetivos:

I – organização de 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;

Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional. (BRASIL, 1990a).

Explicita-se, portanto, a necessidade da construção de relações entre os diversos grupos e organizações estatais da saúde e da educação num campo organizado, denominado sistema de formação de recursos humanos. Este articularia as diversas frentes da educação na saúde, tanto aquelas que implicam em certificação/habilitação profissional, quanto às de educação dos trabalhadores que atuam no sistema de saúde (CECCIM; ARMANI; ROCHA, 2002).

Outro aspecto relevante, previsto na legislação, é a criação de estruturas que induziriam a relação entre atores, grupos e organizações dos setores da saúde e da educação, na medida em que:

Art. 14. Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições. (BRASIL, 1990a).

A legislação geral prevê a formação de unidades internas de governança para este campo/sistema. Ao definir claramente um papel e posição para os atores e instituições estatais da saúde na educação/formação dos profissionais, a necessidade de articulação e relação entre grupos e organizações estatais e não estatais unifica as “áreas” da educação e da saúde e a criação de unidades de governança. Percebe-se que a regra é indutora da criação de um campo específico, sobretudo da necessidade de participação dos atores, grupos e organizações do campo da saúde na sua construção. Exemplo do papel destacado ao setor da saúde é que a legislação estabelece que:

Art. 30. As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, [instituída junto ao Conselho Nacional de Saúde], garantida a participação das entidades profissionais correspondentes. (BRASIL, 1990a)

O campo da saúde disputa a preponderância pela regulação das “especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão” (residências médicas e residências em área profissional da saúde, uni ou multiprofissionais) com o campo da educação, que era, até então o responsável pela regulação dessa área (BRASIL, 1977). As mudanças da educação na saúde sustentavam-se nas críticas à fragmentação das iniciativas de educação na saúde, quando operadas pelo campo da saúde, e à inadequação da formação profissional da saúde, até então uma incumbência preponderante das instituições da educação com forte influência das organizações profissionais, cujo resultado era uma política de formação fragmentada e descolada das necessidades do sistema e dos serviços de saúde (FEUERWERKER e SENA, 2002; CECCIM, 2008; GONZALES e ALMEIDA, 2010; DIAS, LIMA e TEIXEIRA, 2013).

Os atores do campo da saúde que tematizavam a educação identificavam-se como grupos que compartilhavam as demandas por políticas de educação/formação dos trabalhadores coerentes com os pressupostos reformistas do sistema de saúde e defendiam a participação do campo da saúde na definição das políticas de educação, ou seja, na época da reforma a identidade dos atores reformistas era traduzida na luta pela mudança da formação dos profissionais e na demanda por integração ensino-serviço na saúde (DIAS, LIMA e TEIXEIRA, 2013).

No campo da saúde, o tema da formação dos trabalhadores foi pauta nas Conferências Nacionais de Recursos Humanos realizadas em 1986 e 1993, que se centraram no debate da organização do trabalho na saúde, sendo a gestão da educação ou formação era o tema menos abordado, se comparado à gestão do trabalho (CECCIM, ARMANI e ROCHA, 2002). Entre 1998 e 2002, houve discussão de um documento de referência denominado Norma Operacional Básica para os Recursos Humanos no SUS (NOB/RH-SUS), aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde. Contava com um capítulo que tratava especificamente dos princípios e diretrizes para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores. Tratava-se de uma sistematização inicial que estabelecia as atribuições no campo da educação na saúde para as três esferas de gestão do SUS: municípios,

estados e união. Explicita tarefas a serem desenvolvidas nas diferentes áreas, seja educação superior, técnica ou em serviço, e a necessidade de relação com o campo da educação, seja o Ministério da Educação, sejam as instituições de ensino (BRASIL, 2003; CECCIM, 2008). Sinalizava-se, portanto, com formulação de regras, propostas de atuação e redes de relações entre as instituições e atores, a demanda pela organização de um espaço organizado da educação na saúde. Cabe destacar que

[...] no Brasil, até o ano de 2003, a área de recursos humanos encontrava-se a cargo da Coordenação-Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, ligada inicialmente à Secretaria de Assistência à Saúde, em seguida à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, e por fim, à Secretaria de Políticas de Saúde, fazendo parte do terceiro escalão da estrutura ministerial. (PIERANTONI *et al.*; 2012, p. 43).

O Ministério da Saúde, no período anterior à criação da SGTES, realizava diversas capacitações, formações, cursos de especialização e residências em Saúde da Família, aperfeiçoamento de gestores, programas de incentivo para reformas curriculares aos cursos de graduação em Medicina e Mestrados Profissionais, dentre outros (BRASIL, 2004). Estas ações propunham algumas mudanças, dando origem à articulação entre organizações profissionais e instituições de ensino. Contudo, os projetos desenvolviam-se de forma desarticulada promovendo uma espécie de hierarquia, com prioridade à medicina, e focando a formação na saúde da família (CAMPOS e BELISÁRIO, 2001). As propostas de intervenção para a mudança na educação superior eram fragmentadas, sem a inserção das várias profissões e das demais áreas de atuação da saúde ou, pelo menos, sem explicitar escolhas e exclusões no interior de uma concepção de saúde, de trabalho em saúde e de consolidação de um sistema público, universal e equânime.

O campo estatal da educação

A política de educação também tem reformulações a partir da Constituição de 1988 e da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), de 1996. Conforme Ceccim e Feuerwerker (2004a, p. 1403),

a Constituição Nacional, relativamente à educação superior, afirma que, mesmo livre à iniciativa privada, o ensino deve cumprir as normas gerais da educação nacional e a LDB coloca como atribuição da União baixar normas gerais sobre cursos de graduação e pós-graduação e o exercício de função normativa; coloca como prerrogativa do Poder Público a autorização de funcionamento das instituições de ensino e sua avaliação de qualidade, bem como afirma o respeito aos sistemas estaduais e municipais de ensino na definição de prioridades e para a melhoria da qualidade do ensino. Cabe à União, conforme a LDB, assegurar processo nacional de avaliação das instituições e dos cursos de educação superior. Pelas prerrogativas autorizativas e normativas e pelos seus deveres de Estado, o Ministério da Educação e o Conselho Nacional de Educação (CNE) impõem restrições à autonomia [universitária] em temas considerados como de responsabilidade pública relevante.

A construção das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação da área da saúde mobilizou atores sociais das diversas profissões da área de saúde a partir de 1997. Entre os anos de 2001 e 2004, foram publicadas as DCN aprovadas para o bloco de cursos designados como da área da “atenção à saúde”, definidas para cada curso de graduação separadamente, em que pese a novidade de um bloco comum de texto em todas elas. Rompe-se com o modelo de currículo mínimo obrigatório para as carreiras, pois as diretrizes eram a expressão da perspectiva dos movimentos de mudança na graduação que pretendiam que estas indicassem para a transformação permanente da formação, segundo sua orientação às necessidades sociais (FEUERWERKER e ALMEIDA, 2003; CECCIM e FEUERWERKER, 2004; GONZALES e ALMEIDA, 2010). Este processo foi fundamentalmente estimulado e coordenado pelo Ministério da Educação (MEC) e Conselho Nacional de Educação (CNE).

Ainda sobre a formação profissional da saúde, a participação do MEC ocorria na articulação dos hospitais de ensino, que estavam organizados na Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE), e nas pós-graduações em especial as residências médicas, disputadas pelo conjunto das sociedades de especialistas da medicina, Conselho Federal de Medicina e Associação Médica Brasileira. Essas eram questões tratadas pelo MEC segundo a estrutura de organização específica, o Departamento de Projetos Especiais de Modernização e Qualificação para o Ensino Superior, ligado à Secretaria de Ensino Superior (BRASIL, 2002).

As políticas de mudança e de articulações na graduação das profissões da saúde são apresentadas posteriormente. Destaca-se que estas ocorriam a partir das Comissões de

Especialistas, uma proposição do MEC (coordenador da política de ensino superior) para todas as áreas e carreiras, não constituindo qualquer especificidade para a saúde.

Organizações e grupos sociais da educação na saúde

Historicamente, as profissões da saúde organizaram-se em associações de ensino que visavam ao desenvolvimento do ensino, da pesquisa e da extensão, estimulando a formação e o aperfeiçoamento de profissionais, sejam técnicos ou docentes, e de discentes, auxiliando na criação ou revisão e adequação de Projetos Pedagógicos de Curso na Graduação e proposta de cursos na Pós-Graduação. Em algumas carreiras, também Projetos Pedagógicos de Cursos de Educação Profissional e Itinerários Formativos (caso da odontologia e da enfermagem, por exemplo).

A Figura 1 e o Apêndice A apresentam as principais organizações sociais que tinham como objeto da sua atuação a formação dos profissionais de saúde, quais sejam: Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO), Associação Brasileira de Ensino de Fisioterapia (ABENFISIO), Associação Brasileira de Ensino de Psicologia (ABEP), Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa), Rede Nacional de Ensino em Terapia Ocupacional (RENETO), Rede UNIDA, Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE) e Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). As três últimas de caráter multiprofissional, embora, a partir de 2008, a ABRASCO reconheça a graduação em saúde coletiva e passe a representar sua respectiva associação de ensino e pesquisa. Em 2008 foi criada a Associação Brasileira de Educação em Nutrição (ABENUT), e em 2013 a Associação Brasileira de Educação Farmacêutica (ABEF), este último sucedendo as anteriores Associações Brasileiras de Ensino Farmacêutico (ABENFAR) e de Ensino Farmacêutico e Bioquímico (ABENFARBIO). Na educação técnica registra-se a presença da Rede Nacional de Escolas Técnicas do SUS (RETSUS). Na educação popular, tem-se a presença história, no Brasil, da Rede de Educação Popular em Saúde (REDEPOP), com atuação expressiva nos setores da Educação, da Saúde e de movimentos populares. Em 2004 é criada Articulação Nacional do Movimentos e Práticas de Educação Popular (ANEPS). Todas as entidades criadas a partir de 2003, foram propostas para corresponder à política nacional de educação na saúde.

A composição desses grupos também contempla especificidades e não a mera unidade de

posições nos cenários da educação e da saúde. ABEM e ABEn têm uma presença histórica no campo da proposição de processos formativos e representam os grupos profissionais de maior representação entre os trabalhadores de saúde em todo o mundo. Existe uma ação internacional configurada como pedagogia médica que vem desde o Relatório Flexner, de 1910, primeira iniciativa mundial de avaliação institucional do ensino médico, difundida internacionalmente e considerada mundialmente na organização das escolas médicas, donde a presença histórica da ABEM, que ainda contempla a residência médica.

A enfermagem, configurada pelas categorias de educação superior, educação técnica e níveis ocupacionais organizou-se, inclusive, como a única categoria da área da saúde com formação em licenciatura (a formação em licenciatura na psicologia e educação física se referem à área de ciências humanas e não ciências da saúde), representando a ABEn a formulação histórica de objetivos de formação para enfermeiros, técnicos em enfermagem, auxiliares em enfermagem e atendentes em enfermagem, além de diversos segmentos ora inseridos, ora excluídos da área de enfermagem ao longo da história).

A ABENO abarca a segunda categoria profissional de mais antiga formação universitária no Brasil, a ABENFISIO nasce inspirada na história dessas três categorias, sendo seguida pela organização da RENETO. A RENETO, de rede de escolas, assume a agenda de educação na saúde, recompondo seu temário pela reforma sanitária, integralidade da atenção e trabalho em equipes de saúde. Em busca de unidade no grupo Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia, a SBFa assume o tema do ensino, pesquisa, formação e desenvolvimento profissional.

Na área da Farmácia, ocorre um hiato na época referida, pois estava em desarticulação a entidade existente e em constituição uma nova, ambas desfeitas em nome de uma entidade unitária e capaz de representar a educação farmacêutica nos termos da reforma sanitária e da área de educação na saúde, agora existente. Em 2013 nasce a ABEF, reunindo as subáreas de bioquímica, análises clínicas, tecnologia de alimentos e farmácia clínica, disputando pela introdução da assistência e atenção farmacêutica como transversal à formação do generalista.

Se o ensino de Nutrição estava suposto na Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN), em 2008 a profissão cria sua própria Associação de Ensino, ABENUT, correspondendo à inserção

no campo da educação na saúde de forma mais precisa. As profissões de psicologia e serviço social correspondem às áreas de ciências humanas e ciências sociais aplicadas respectivamente. Entretanto, a psicologia definiu-se como formação que deve focar a atenção à saúde como uma parte obrigatória da formação generalista e o serviço social tem grande e crescente empregabilidade no setor da saúde. Na Educação física o processo de regulamentação inicia na década de 40, finalizado e instituído somente em 1998. A proposta emerge de profissionais que percebiam a necessidade da atuação em áreas de atuação, pois o reconhecimento era restrito às unidades escolares, no ensino formal. Já a Rede UNIDA e a ABRASCO acumulam na sua constituição a luta pela expansão da atenção básica e a implantação da reforma sanitária, ambas atuando na defesa do trabalho em equipe e orientado pela integralidade e equidade. A ABRAHUE representa o segmento dos hospitais que objetivamente participam da formação dos profissionais de saúde, seja pela presença intensiva de estudantes de graduação, seja expressiva oferta de programas de residência médica.

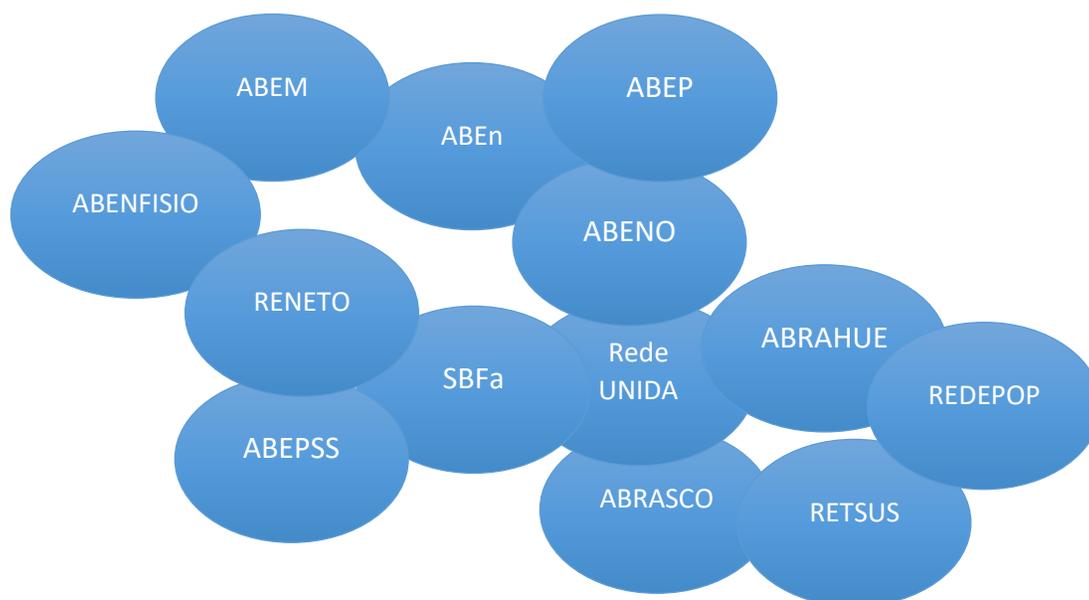
A RET-SUS congrega o esforço das políticas de saúde em profissionalizar o segmento de trabalhadores do nível médio, eliminando a presença de pessoal sem formação específica para atuação no setor. Por exemplo, a redução das categorias da enfermagem a apenas enfermeiros e técnicos em enfermagem, a criação da profissão de técnico em saúde bucal, a criação das profissões de técnico em controle de endemias e técnico em agente comunitário de saúde, arrastando uma história de iniciativas de grande relevância nacional e inspiração internacional aos países em profissionalização do trabalho nos escopos técnico e tecnológico.

A REDEPOP articula as entidades de mediação pedagógica presentes no movimento popular, tendo sido bastante importante na criação de projetos de extensão comunitária nas universidades. Esta rede, mais tarde, deu inspiração à Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde, cujo foco inicial era a extensão comunitária, os centros de educação e assessoramento popular, e as entidades do movimento social de luta por saúde e direitos sociais.

Estas unidades de governança tendem a primar pelos interesses das profissões, aproximando-as das Instituições de Ensino Superior, das Instâncias Governamentais e da

sociedade em geral. Tinham representação junto ao campo estatal da educação, visando a melhorias na legislação e das normas pertinentes aos interesses profissionais, sociais e culturais. As organizações estatais e não estatais atuavam em diversas frentes e estabeleciam diferentes formas de relação. Ao menos quatro áreas distintas podem ser identificadas e são apresentadas a seguir, a saber: educação superior, educação técnica, educação popular e educação em serviço.

FIGURA 1 – Principais organizações sociais relacionadas à formação dos profissionais de saúde



A educação superior e pós-graduada dos profissionais de saúde: movimentos de mudança

Projetos com o propósito de alterar a formação dos profissionais de saúde de nível superior são gestados nas décadas de 1980 e 1990 do século XX. É o caso do Programa de Integração Docente Assistencial (IDA) no início dos anos 1980, cujo principal objetivo era aproximar estudantes das unidades de atenção primária, propondo a articulação entre academia

e serviços de saúde, a partir de articulação multiprofissional (GONZALES e ALMEIDA, 2010; DIAS, LIMA e TEIXEIRA, 2013) e do Projeto Uma Nova Iniciativa (UNI), direcionado para a formação multiprofissional, redirecionamento curricular, relação com os serviços e a interação – em território – com a população, designada como interação com a comunidade (FEUERWERKER e SENA, 2002, GONZALES e ALMEIDA, 2010; DIAS, LIMA e TEIXEIRA, 2013).

A integração comunitária, a articulação ensino-serviço e a experiência multiprofissional constituíram-se no que os atores compartilhavam como entendimento do que deveria ser feito na formação dos profissionais (FEUERWERKER e SENA, 2002, GONZALES e ALMEIDA, 2010; DIAS, LIMA e TEIXEIRA, 2013). Essas experiências contribuíram para estabelecer relações entre os atores do campo da educação (ligados à universidade) e da saúde (serviços de atenção primária e movimentos ou organizações populares) e para a experimentação de mudanças na formação dos profissionais, tendo em vista conquistar atores que defendessem e construíssem propostas de transformação da educação na saúde.

A Rede UNIDA, no contexto da construção das diretrizes curriculares das profissões da saúde, a partir de 1997, é responsável por um processo de articulação de atores e instituições, que contribuíram para o debate nas instituições de ensino na saúde e setores da saúde. A construção das mudanças na formação dos profissionais, para que esta respondesse aos princípios e diretrizes do SUS, constitui o significado comum que orienta a ação e as identidades deste grupo de atores.

Algumas iniciativas contundentes de mudança na formação foram mais evidentes na medicina e na enfermagem, quais sejam: 1) a criação da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), atuante de 1990 a 2000, que objetivava a partir da avaliação constituir processos indutores de transformações orientadas pela integralidade da atenção e reforma sanitária; 2) o Programa Nacional de Incentivo a Mudança Curricular nos Cursos de Medicina (PROMED), promovido pelo MS e que ofertava financiamento para instigar as instituições da formação médica à mudança com ênfase na saúde da família; e 3) o Movimento Enfermagem, atuante de 1987 a 1997, que culminou nos Seminários Nacionais de Diretrizes em Enfermagem (SENADEn), que objetivava a construção de um currículo com vetores à assistência,

à gestão e à educação, enfocando a teoria do cuidado e a reforma sanitária (PADILHA, 2002; GONZALES; ALMEIDA, 2010, PIERANTONI *et al.*, 2012; DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

Na formação pós-graduada, têm destaque na saúde as residências. Estas se caracterizam majoritariamente pela formação das especialidades médicas, cuja regra de organização data do final dos anos 1970, Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977, definindo-a como uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização. Contava com uma área específica no Ministério da Educação que a organizava e operava a política definida pela Comissão Nacional de Residência Médica, cuja composição contava majoritariamente com representação das organizações profissionais da medicina. (BRASIL, 1977)

A origem da formação multiprofissional na residência é a Residência em Saúde Comunitária criada em 1976 pela Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, com as premissas de um processo educativo pautado em uma visão integrada. Propunha a integração entre atenção primária, saúde mental e saúde pública (BRASIL, 2005). Diversas Secretarias Estaduais de Saúde ofertavam programas de residência em enfermagem, nutrição, farmácia, serviço social e psicologia, independente de proteção legal à titulação de especialista, cabendo aos profissionais atender aos requisitos dos conselhos das respectivas categorias. Muitas Universidades Federais ofereciam residência em enfermagem com bolsas do Ministério da Saúde. Residências em saúde pública e medicina preventiva em diversas escolas de saúde pública eram oferecidas de maneira multiprofissional, com inclusão de médicos. O cenário da formação das residências modifica-se quando o Ministério da Saúde lança Edital para a criação de residências multiprofissionais em saúde da família, algo que manteria as especificidades de cada profissão, mas com uma área comum que levaria em consideração os pressupostos do SUS: acolhimento, integralidade da atenção e saúde pública (BRASIL, 2005).

Em 2002, foram criadas 19 residências multiprofissionais em saúde da família, com financiamento pelo Ministério da Saúde. Inaugura-se um processo que será motivador para a política das residências nas demais profissões na saúde no período subsequente. Este processo contou com a participação das Associações de Ensino, Fórum das Entidades Nacionais dos

Trabalhadores da Área da Saúde (Fentas) e Comissão Intersectorial de Recursos Humanos (CIRH), do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Foram abertos Editais para Residências Multiprofissionais em Saúde, a partir de 2005, não havendo delimitação à inclusão de profissões e nem áreas de especialidade, devendo a justificativa ser relativa às necessidades locais em saúde (perfil epidemiológico e de gestão local).

Cabe destacar que durante a década de 1990 houve pouca articulação entre o MEC e o MS, e que o campo estatal da saúde teve atuação limitada na ordenação da formação dos profissionais de saúde (GONZALES e ALMEIDA, 2010; DIAS, LIMA e TEIXEIRA, 2013). A arena do debate da formação dos profissionais de saúde de nível superior centrava-se no Ministério da Educação, sem que houvesse uma distinção da área da saúde das demais graduações e pós-graduações. A exceção era o tema das residências e dos hospitais universitários que contavam com setor específico, conforme já apresentado. O Ministério da Saúde, entretanto, lançava Editais, Programas e Projetos no interesse das ações prioritárias em saúde e se dedicava à busca de políticas comparadas na preparação de quadros e regulação da força de trabalho.

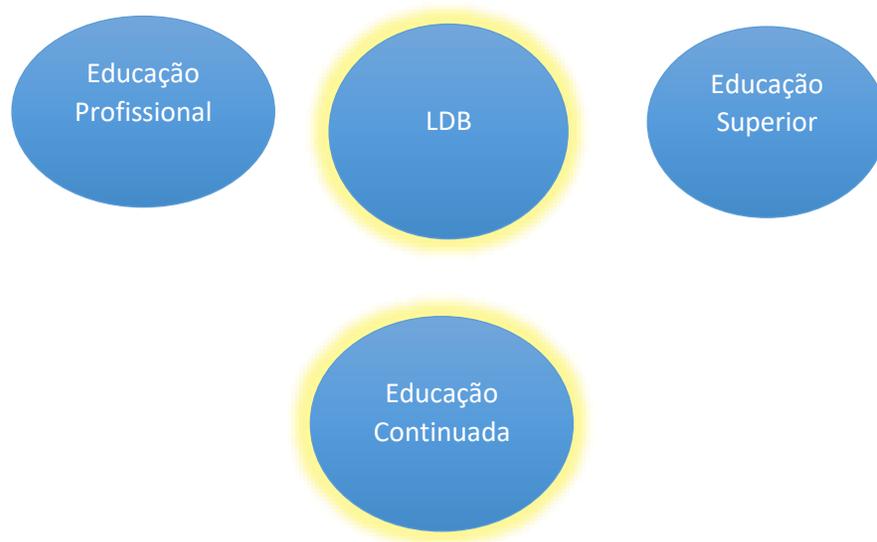
Participavam deste debate organizações que representavam as diversas profissões, sejam conselhos profissionais, comissões de especialistas, associações profissionais ou associações de ensino das profissões, listadas anteriormente, que foram criadas ao longo do tempo. Estas propunham os parâmetros das discussões e definiam as agendas, sendo que aquilo que congregava esses grupos e sua identidade era a representação das profissões específicas.

A ABRASCO coloca-se na cena da formação com a criação de um Grupo Temático de Trabalho e Profissões de Saúde, a seguir, depois da criação da SGTES modificado para GT de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. A Rede UNIDA, organizou o debate sobre as DCN em todas as categorias profissionais da saúde, o que levou a configuração do GT de Gestão do Trabalho e Educação e a Rede UNIDA constituíram-se em *unidades internas de governança* que efetivamente estabeleceram relações entre as diferentes instituições, mobilizando grupos e atores e construindo sentido comum e compartilhado para membros históricos e para participantes que até então atuavam isoladamente (FEUERWERKER e SENA, 2002; GONZALES e ALMEIDA, 2010). A atuação da Rede UNIDA envolvia o contato com os setores da Educação e da

Saúde, orientada – como entidade – à formação dos profissionais de saúde.

A partir de um movimento social (popular, sindical e político) que milita por direitos civis, por justiça e equidade social, consolida-se a Constituição de 1988. Deste movimento democrático, observa-se um resultado que insere na agenda da Educação a perspectiva de que é importante um ordenamento, uma diretriz, devendo esta reconfigurar novas ordens locais. A Figura 2 caracteriza as principais fronteiras da Educação na habilitação profissional e desenvolvimento dos segmentos profissionalizados (nível superior, nível médio e desenvolvimento profissional). A LDB é um elemento indutor que arremeça setas disparadoras para as áreas iniciarem um processo que, mesmo lento, é eficaz para as transformações, não mais a manutenção das ideias e valores vigentes.

FIGURA 2 – A Educação a partir da LDB



A educação profissional na saúde – um movimento de profissionalização

O tema da profissionalização dos trabalhadores de nível médio na saúde foi agenda a partir do diagnóstico da baixa titulação dos trabalhadores numa área de grande vulnerabilidade

ao trabalho com ou sem habilitação específica, um setor com intensa incorporação tecnológica e de renovação permanente. De um perfil de habilitação em serviço à profissionalização regulamentada, considerada a regulamentação em lei às profissões de nível médio. Houve projetos específicos, cujos principais objetivos foram garantir a profissionalização de um contingente de profissionais que atuavam nos serviços, mas não contavam com formação específica (uma urgência do setor da Saúde, diferentemente do setor da Educação, ao qual compete a expansão da rede de cursos e escolas, tendo em vista as novas gerações profissionais). Esses projetos eram protagonizados fundamentalmente pelo Ministério da Saúde, com apoio de organismos internacionais como a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) e Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), e consistiam na garantia de financiamento para organização da qualificação e profissionalização de trabalhadores.

São exemplos destas iniciativas o “Projeto Larga Escala”, o “Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem” (PROFAE), o “Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde” (PROFORMAR), todos voltados para a diplomação do pessoal de nível médio (escolaridade de ensino médio) e eliminação do nível elementar (escolaridade de ensino fundamental), isto é, a definição do trabalho constituído por profissões, não mais por ocupações sem profissão nos serviços de saúde (SÓRIO e LAMARCA, 1998; GUIMARÃES e CERQUEIRA, 2014). Todos esses programas foram sucedidos pelo “Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde” (PROFAPS), lançado em 2009. Entre 2003 e 2005, os Ministérios da Educação e da Saúde trabalharam juntos na emissão das primeiras Diretrizes Curriculares à Educação Profissional em Saúde: a formação do Técnico em Agente Comunitário de Saúde (ACS) e a formação do Técnico em Saúde Bucal. A criação do Técnico em Saúde Bucal (TSB) eliminou as ocupações de Técnico em Higiene Dental (THD) e Auxiliar de Cirurgião Dentista (ACD).

Uma das estratégias para a formação de profissionais de nível médio foi a organização, nos estados das Escolas Técnicas em Saúde em Escolas Técnicas do SUS (ETSUS), entidades

governamentais do setor da saúde criadas a partir dos anos 1980, cujo objetivo era a profissionalização dos trabalhadores de nível médio (SÓRIO; LAMARCA, 1998). Estas escolas já surgem no contexto da reforma sanitária conectadas ao seu ideário e organizam-se numa Rede Nacional de Escolas Técnicas do SUS no ano 2000 (GUIMARAES; CERQUEIRA, 2014).

A partir da LDB, a Política de Educação Profissional incorpora a definição de perfil de competências, traduzido nas Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico e nos Referenciais Curriculares Nacionais (RCN). O processo de definição destas normativas foi coordenado pela Secretaria de Ensino Médio e Tecnológica (SEMTEC/MEC). No momento que antecede à criação da SGTES a educação técnica passou pela reorganização em Educação Profissional em Saúde, congregando iniciativas que reuniram atores, grupos e instituições que debatiam o tema da profissionalização na saúde. A rede de educação profissional em saúde desconhecia o SUS, reunida que estava em escolas técnicas apenas de enfermagem, nos cursos do Sistema S (SEBRAE, SENAC, SENAI, SENAR, SENAT, SESCOOP), nas “escolas de serviço” (dos hospitais, por exemplo) ou nos centros formadores de recursos humanos das esferas estaduais ou municipais. Alguns atores, em especial do campo da saúde, a partir das RETSUS, debatiam a necessidade de mudança desta formação em direção às necessidades de saúde e aos princípios e diretrizes do SUS.

A Educação popular em saúde

A reflexão acadêmica sobre a Educação Popular começa na Europa em meados do século XX, conciliando a experiência social cristã e o debate das propostas do marxismo. A aproximação do cristianismo e marxismo introduziu os termos da compaixão e do enfrentamento da desigualdade de classes. Durante a Segunda Guerra Mundial e nas lutas ante os regimes despóticos da Europa em Portugal, na Espanha e na Itália, cristãos comunistas organizaram-se em Movimentos de Ação Católica, como a Juventude Universitária Católica (JUC), a Juventude Operária Católica (JOC) e a Juventude Estudantil Católica (JEC). Universidades Católicas da Europa contribuíram para organizar intelectualmente as esquerdas em apoio às classes oprimidas.

Durante o período da ditadura brasileira, esses movimentos ganharam força como Comunidades Eclesiais de Base, unindo solidariedade e conscientização voltadas para os pobres, com a participação de intelectuais, estudantes e lideranças populares. A Educação Popular orienta práticas pedagógicas de trabalho social ou junto às populações mais pobres e interessadas na transformação da sociedade de classes em uma sociedade de plenos e iguais direitos sociais. Ela prioriza o debate da metodologia educativa, por meio da qual deve gerar autonomia (altivez e protagonismo), combatendo o medo, o silêncio e o conformismo impingidos às classes subalternas (VASCONCELOS, 2013).

As experiências de educação popular, desde a década de 70 do século XX, constituem um grupo de atores que trazem para o setor da saúde propostas de ruptura com a tradição normalizadora da educação na saúde. A Rede de Educação Popular em Saúde, conhecida como REDEPOP, é resultado de uma articulação nacional de atores. Criada em 1991, articulou profissionais de saúde e lideranças populares que tinham em comum a luta pela expansão das práticas de extensão universitária de corte popular e pela mudança na formação, em especial pela valorização das práticas e saberes populares. O movimento de Educação Popular no setor da saúde brasileiro foi responsável pela formulação de pautas com relação à formação de conselheiros de saúde, de projetos de extensão e mudança na formação dos trabalhadores, reafirmando o acolhimento, a integralidade da atenção, a escuta solidária e o incentivo ao protagonismo popular na melhoria das condições de saúde (VASCONCELOS, 2001; 2004; STOTZ, 2005).

A mediação pedagógica na Educação Popular tem como referência as propostas teóricas e metodológicas de Paulo Freire, de tal forma que o adjetivo “popular não se refere ao público”, mas à perspectiva política com a qual se trabalha com a população, o que significa colocar-se a serviço dos interesses dos oprimidos da sociedade em que vivemos” (STOTZ, 2007). Trata-se, portanto, de atores e grupos que desenvolvem experiências, mobilizam atores e apresentam um conjunto de sentidos e significados que disputam as propostas para a educação na saúde em todas as interfaces de atuação, tanto que, em 2003, não bastava mais a REDEPOP, entendida como uma rede de atores que compartilhavam entre si, foi necessária a Articulação Nacional de

Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (ANEPS), devendo, essa, reunir não os atores da Educação Popular, mas todos os movimentos sociais, movimentos pelas diversidades, movimentos pela valorização das culturas tradicionais, movimentos de fortalecimento da participação popular nas instâncias de controle social em saúde, movimentos estudantis pela mudança na graduação, práticas de apoio às interações populares entre universidade e sociedade, retomada das práticas de pesquisa-ação e pesquisa-participante em colaboração com a sociedade (em detrimento da pesquisa científica nos laboratórios ou orientadas à produção de *papers*) e de disseminação das terapêuticas comunitárias e de educação em saúde. Essa última condição insere no campo múltiplos atores como desafiadores.

A educação em serviço

Outra área de atuação da educação na saúde são os projetos e programas para garantir o processo educativo dos profissionais e trabalhadores que já atuam nos serviços e sistemas de saúde. As parcerias entre MS, MEC, OPAS, UNESCO e PNUD, desenvolvidas desde a década de 1970, com o objetivo de formação em grande escala de trabalhadores de saúde, constituíram-se como dispositivo que deram início a uma organização que tematizava esta formação em específico. O Programa de Preparação Estratégica de Pessoal da Saúde (PPREPS), desenvolvido a partir de 1975, é um dos exemplos que contribui para a institucionalização das áreas de recursos humanos nas estruturas de gestão pública da saúde (PAIVA, PIRES-ALVES e HOCHMAN, 2008). As Escolas de Saúde Pública, via de regra ligadas às Secretarias Estaduais de Saúde, às áreas de Recursos Humanos das diferentes esferas de gestão do SUS e às diversas áreas técnicas especializadas caracterizavam-se pelo desenvolvimento de ações de educação continuada/permanente dos trabalhadores.

No período de 1970 e meados da década de 1980, a formação dos trabalhadores em serviço era reconhecida pela sua fragmentação, segmentação, definição de temáticas descoladas das realidades locais e metodologias centradas na transmissão de conhecimento. Segundo Cavalcanti (2015), uma matriz conceitual com componentes caracterizadores: “a) pedagogia da

transmissão; b) momentos educacionais estanques; c) identificação de necessidades e objetivos *desde fora*; d) determinação centralizada de prioridades; e) participação regulada; e f) interprofissionalidade *sitiada*”.

No final da década de 1990, o Ministério da Saúde lança editais de conformação de Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o Programa Saúde da Família; tratava-se da composição de “núcleos” universitários ou nas Escolas de Saúde Pública identificados como a atenção primária e dispostos a programas de capacitação como cursos introdutórios para aqueles contratados ao trabalho nos Programas Saúde da Família (PSF) e Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Curso de Especialização em Saúde da Família, capacitação de gestores para o PSF e/ou PACS, divulgação das estratégias PACS/PSF e difusão de relatórios, artigos e documentários sobre a estratégia PACS/PSF. A partir do Departamento de Atenção Básica, do Ministério da Saúde, são financiados projetos, basicamente cursos, desenvolvidos pelas instituições de ensino e por serviços, conveniados com as Secretarias Estaduais e Municipais de saúde (SOUZA *et al.*, 2002; CAVALCANTI, 2015).

Em 2003, esses Polos são extintos, devendo seus atores se reordenar em articulações locais e interinstitucionais como todo tipo de ator da educação na saúde, não mais para fazer cursos, mas para discutir realidades, interpretar redes explicativas e propor ações em rede de interfaces transformadoras. Surgem, então, os primeiros Polos de Educação Permanente em Saúde, não mais por Edital, mas única forma de uma região receber recursos regulares do orçamento nacional para a Educação na Saúde. A criação desses Polos é considerada um movimento mais abrangente no sentido das propostas de educação permanente em saúde que, segundo Cavalcanti (2015), singularizam-se na construção de correlações entre os seguintes componentes: “a) educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho; b) pedagogia da problematização; c) participação ampliada; d) enfoque estratégico; e e) interprofissionalidade *constituente*”. Assim, também na educação *nos e para os* serviços de saúde, inicia-se um processo de questionamento das orientações e práticas, e da organização de atores e grupos na construção de alternativas às práticas anteriormente vigentes.

Considerando o que foi exposto, é possível verificar que, até o início de 2003, havia um

espaço desorganizado em que atuavam inúmeros atores, grupos e instituições que tematizavam e atuavam em educação na saúde. No entanto, é possível identificar que em todas as áreas havia atores que compartilhavam um sentido comum para suas práticas e criticavam a política pública dominante que orientava a formação dos profissionais para o setor da saúde. Esta era considerada biologicista e centrada na doença, reprodutora da medicalização, orientada ao hospital e com franca hegemonia médica (VASCONCELOS, 2001; HADDAD *et al.*, 2008; CECCIM, 2008; GONZALES e ALMEIDA, 2010;). Na perspectiva da educação, as críticas centravam-se nas concepções pedagógicas tradicionais de transmissão do conhecimento, tecnicistas e excessivamente especializadas (VASCONCELOS, 2001; HADDAD *et al.*, 2008).

Os “reformistas/mudancistas” compartilhavam o entendimento de uma visão de saúde como qualidade de vida, produzida a partir de ações intersetoriais e com participação e protagonismo da população (CECCIM, 2008; HADDAD *et al.*, 2008; VASCONCELOS, 2008; SÓRIO e LAMARCA, 1998). A integralidade, a participação, a descentralização, e interinstitucionalização, eram diretrizes para a organização do sistema de saúde e da educação na saúde (CECCIM, 2008; CECCIM e FERLA, 2008; GONZALES e ALMEIDA, 2010). Na educação, os atores “reformistas/mudancistas” defendem as perspectivas críticas, reflexivas e problematizadoras da realidade social (HADDAD *et al.*, 2008), tratando-se de constituir metodologias ativas, currículos flexíveis, práticas interdisciplinares e interprofissionais e construir redes de práticas e inovações marcadas pela presença no cotidiano (FEUERWERKER e SENA, 2002; CECCIM, 2008; CECCIM e FERLA, 2008).

Diversos atores, mesmo que desorganizados, têm uma avaliação comum do que está em jogo e que dá uma certa unidade às ações desenvolvidas ao longo da década de 1990 nas diferentes frentes de educação na saúde. Um sentido compartilhado da direção da mudança que deve:

[...] incluir a interdisciplinaridade, a mudança dos cenários nos quais se realizam a ação educativa, para locais mais representativos da realidade sanitária e social, a integração ensino-serviço-pesquisa, a abordagem problematizadora, a educação permanente e o compromisso ético, humanístico e social com o trabalho multiprofissional. (CAMPOS, 2001, p. 141).

Considera-se que as iniciavas até aqui relatadas não foram suficientes para as mudanças

e reformulações das políticas de educação na saúde para que estas respondessem aos desafios da organização da atenção propostos pelo SUS. As insuficiências nas transformações foram condicionadas pelo caráter tardio da articulação entre os campos da saúde e da educação. A organização da SGTES, em 2003, constituiu um marco para essa articulação como apresentado nos próximos capítulos.

OS ATORES E AS AÇÕES NA CONSTRUÇÃO DO CAMPO DE AÇÃO ESTRATÉGICA DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

A partir do Decreto nº 4.726, promulgado pelo Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, em 9 de junho de 2003, é criada oficialmente a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), já em funcionamento informal desde fevereiro de 2003, composta por dois departamentos: Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS), além da Coordenação-Geral de Planejamento e Orçamento e da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS). Considera-se que este é o espaço onde ocorre a definição das propostas governamentais sobre a formação de trabalhadores em saúde no SUS, sendo no DEGES formuladas as políticas de educação no âmbito do sistema de saúde (BRASIL, 2003).

Esta, como Secretaria de um Ministério, teve seus cargos diretivos preenchidos com critérios técnicos e/ou políticos, neste caso, os chamados cargos de confiança resultantes do processo eleitoral e pactos de gestão acordados nas instâncias intergestores do SUS e nas instâncias de controle social em saúde de âmbito federal. O Ministério da Saúde, nos períodos entre 2003 a 2007, é conduzido especificamente pelos partidos PT e PMDB. No Quadro 1, apresenta-se os ministros da saúde, seus períodos de mandato e partidos que representavam, entre 2003 até 2007.

Quadro 1 – Ministros de Estado da Saúde, período de mandatos e partidos políticos que representavam entre 2003 e 2007.

Ministro	Mandato	Partido Político
Humberto Sérgio Costa Lima	01/01/03 a 08/07/05	PT
José Saraiva Felipe	08/07/05 a 31/03/06	PMDB
José Agenor Álvares da Silva	31/03/06 a 13/03/07	PMDB
José Gomes Temporão	16/03/07 a 31/12/10	PMDB

As composições/recomposições no MS estavam relacionadas às mudanças na Presidência da República, uma vez que este período diz respeito aos dois mandatos do presidente Lula, mas tiveram relação com as recomposições partidárias da base do governo no Congresso Nacional.

Essas circunstâncias são importantes, não apenas para conduzir a mudanças de equipes diretivas no Ministério da Saúde, mas também para a alteração das equipes no comando da SGTES e nos rumos da política de educação na saúde no âmbito do Ministério da Saúde.

Em 2005, processaram-se mudanças na equipe diretiva da área que conduzia a política de educação na saúde. A mudança ocorreu ainda durante o primeiro mandato do presidente Luiz Inácio Lula da Silva. Não houve, portanto, mudança de partido político na Presidência da República, mas sim o remanejamento de cargos e funções no âmbito ministerial e, no caso do Ministério da Saúde, do Ministro e da equipe dirigente no Ministério, inclusive da SGTES. Segundo Feuerwerker (2005), essa alteração produziu novos rumos na política resultando na revisão e reordenamentos das ações implementadas anteriormente. As mudanças de direção do Ministério da Saúde de 2006 e 2007 não resultaram em mudanças na direção da SGTES.

Para a investigação sobre a possível emergência de um campo de ação estratégica da educação na saúde, realizou-se a análise do percurso dos dois grupos que conduziram a política no período entre 2003 e 2007. Buscou-se desta forma, verificar se, neste período, ocorre efetivamente um realinhamento da área. Para isto, identificaram-se os atores dirigentes do setor na política de educação na saúde, tendo em vista suas experiências, seus currículos acadêmico, profissional e político, bem como caracterizaram-se as suas propostas e ações. Tratou-se de mapear as ações desses atores, considerados como atores estratégicos hábeis, e identificar se a atuação dos mesmos resultou na emergência de um campo de ação estratégica específico da educação na saúde. Procurou-se verificar se a organização da SGTES resultou na organização de uma ordem local a partir de um espaço social até então desorganizado, como verificou-se no histórico dos antecedentes da criação da SGTES e da formulação da PNEPS.

A criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – movimento de emergência de um campo de ação estratégica (2003/2005)

A criação da SGTES e a formulação da Política Pública de Educação Permanente em Saúde são consideradas como resultado dos movimentos reformistas/mudancistas desde a concepção do Sistema Único de Saúde, ou seja, das transformações do campo da saúde que ocorreram com

a implementação desse sistema. Há o reconhecimento de que o processo de desenvolvimento desta política pública buscava o comprometimento das áreas da saúde nas três esferas: Federal, dos Estados e Distrito Federal e dos Municípios, com o tema da educação na saúde.

A considerar o partido do então presidente Lula, o Partido dos Trabalhadores (PT), tem-se uma nascente nos movimentos sindical e popular. O partido é aglutinador de militantes que ocupam diversos espaços e operam na confluência de temas a favor da democracia. Este último é precedente histórico e característico da primeira gestão da SGTES, pois estes dirigentes trazem em sua gestão esta característica. A criação da SGTES e a PNEPS coloca na agenda do setor da saúde a formação dos trabalhadores em saúde, com um conjunto de significados compartilhados que foram sendo produzidos a partir das iniciativas de mudança relatadas anteriormente. A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)¹, na sua criação em 2003 era composta da seguinte forma: a Coordenação-Geral de Planejamento e Orçamento; a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS; o Departamento de Gestão da Educação na Saúde e o Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde. O Departamento de Gestão da Educação na Saúde era composto pelas Coordenações-Gerais de Ações Estratégicas de Educação

1 As competências da SGTES eram: I – promover a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde; II – elaborar e propor políticas de formação e desenvolvimento profissional para a área de saúde e acompanhar sua execução, assim como promover o desenvolvimento da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde; III – planejar, coordenar e apoiar as atividades relacionadas ao trabalho e à educação na área de saúde, bem como a organização da gestão da educação e do trabalho em saúde, a formulação de critérios para as negociações e o estabelecimento de parcerias entre os gestores do SUS e o ordenamento de responsabilidades entre as três esferas de governo; IV – promover a articulação com os órgãos educacionais, as entidades sindicais e de fiscalização do exercício profissional e os movimentos sociais, e com entidades representativas de educação dos profissionais, tendo em vista a formação, o desenvolvimento profissional e o trabalho no setor de saúde; V – promover a integração dos setores de saúde e educação no sentido de fortalecer as instituições formadoras de profissionais atuantes na área; VI – planejar e coordenar ações, visando à integração e ao aperfeiçoamento da relação entre as gestões federal, estaduais e municipais do SUS, no que se refere aos planos de formação, qualificação e distribuição das ofertas de educação e trabalho na área de saúde; VII – planejar e coordenar ações destinadas à promoção da participação dos trabalhadores de saúde do SUS na gestão dos serviços e na regulação das profissões de saúde; VIII – planejar e coordenar ações, visando à promoção da educação em saúde, ao fortalecimento das iniciativas próprias do movimento popular no campo da educação em saúde e da gestão das políticas públicas de saúde, bem como à promoção de informações e conhecimentos relativos ao direito à saúde e ao acesso às ações e aos serviços de saúde; e IX – fomentar a cooperação internacional, inclusive mediante a instituição e a coordenação de fóruns de discussão, visando à solução dos problemas relacionados à formação, ao desenvolvimento profissional, à gestão e à regulação do trabalho em saúde, especialmente as questões que envolvam os países vizinhos do continente americano, os países de língua portuguesa e os países do hemisfério sul (BRASIL. Ministério da Saúde, 2005; 2007b).

na Saúde, Ações Técnicas de Educação na Saúde e Ações Populares de Educação na Saúde. O Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde era composto pelas Coordenações-Gerais de Gestão do Trabalho em Saúde e de Regulação e Negociação do Trabalho em Saúde. A equipe que compunha a SGTES desde em 2003 é representada na Figura 3.

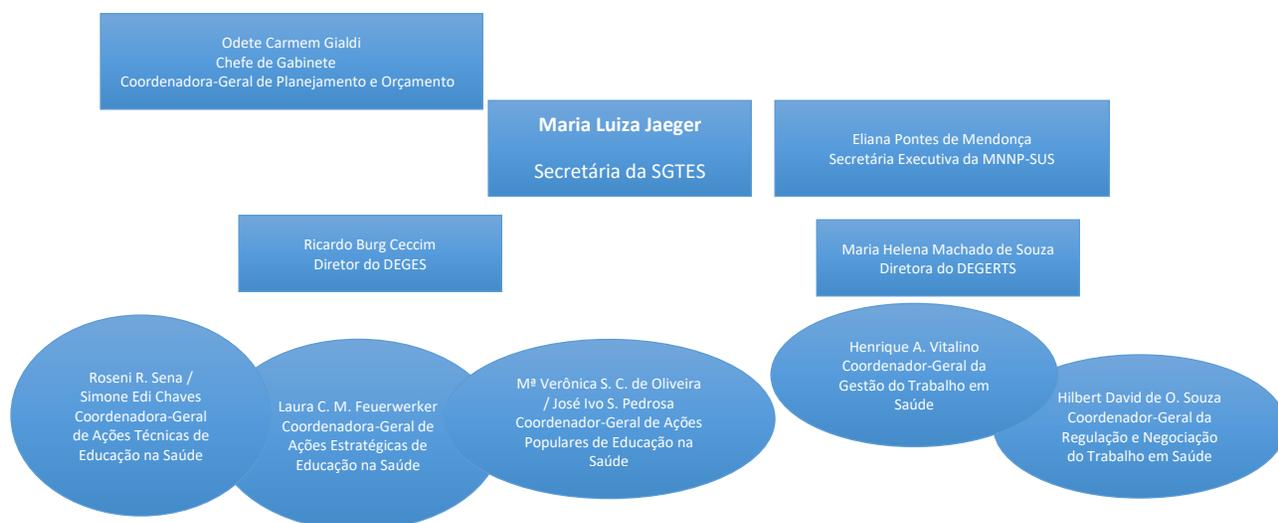


Figura 3 – Organograma representativo SGTES 2003/2005

Essa pesquisa foca o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e suas coordenações, pois é o departamento que constitui a organização estatal da saúde responsável por ordenar, elaborar e propor políticas de formação e desenvolvimento profissional para a saúde (BRASIL, Ministério da Saúde, 2005). O DEGES era composto por 3 (três) Coordenações-Gerais e as seguintes atribuições:

- Ações Estratégicas de Educação na Saúde: atua estrategicamente na educação superior das profissões de saúde;
- Ações Técnicas de Educação na Saúde: atua estrategicamente na educação profissional dos trabalhadores em saúde;
- Ações Populares de Educação na Saúde: atua estrategicamente na articulação dos mediadores de educação popular na saúde. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2005).

A composição de um campo de ação estratégica é mediada por atores sociais, seus ideais

e interesses na perspectiva de introduzir uma nova ordem social. A evidência da Teoria dos Campos é de que estes atores possuem habilidades sociais, são estratégicos para mobilizar coletivos, produzem e partilham suas ideias e crenças a fim de um objetivo, o domínio de um campo, a incorporação de uma nova ordem ou a desestabilização do campo existente (FLIGSTEIN, 2009). A história dos atores e suas trajetórias ilustram os sentidos que eles atribuem ao tema de educação na saúde, os recursos e habilidades de que eles dispõem.

O Quadro 2 apresenta a equipe dirigente e caracterização dos atores que dirigiam o DEGES no período de 2003 a 2005: formação profissional, história de militância política na saúde, história profissional, áreas de atuação e linhas de pesquisa acadêmica, além das parcerias institucionais no percurso destes atores.

Quadro 2 – Mapeamento de trajetórias dos atores que compunham a direção da SGTES e DEGES no período 2003/2005

Ator	Formação Profissional	História da Militância na Saúde	História Profissional	Áreas de Atuação e Linhas de Pesquisa	Parcerias Institucionais
Maria Luiza Jaeger	Socióloga, Especialista em Saúde Pública, Especialista em Educação e Políticas de Saúde, Mestrado interrompido em Saúde Coletiva.	Assessora da Bancada Estadual do PT/RS; Militante ativa do Partido dos Trabalhadores (PT); Delegada na VIIIª Conferência Nacional de Saúde; Membro da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (representante da CUT); Militante da Plenária Nacional de Saúde que subsidiou a Assembleia Nacional Constituinte e o processo de emenda popular ao texto constitucional em 1988; Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS; Secretária Municipal de Saúde de Porto Alegre; Assessora do Conselho Nacional de Saúde; Presidente do Conselho Estadual de Saúde do RS; Secretária Estadual de Saúde/RS; Membro da Rede Unida (Conselho Fiscal).	Carreira de socióloga sanitária na Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (aposentada)	Ciências Sociais em Saúde	Rede Unida; Ministério da Saúde; Secretaria Estadual da Saúde; Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre; Movimentos Sociais; Fundação Oswaldo Cruz; Ministério da Saúde; FUNDAP; UFRGS
Ricardo Burg Ceccim	Enfermeiro, Sanitarista, Especialista em Saúde Mental Coletiva (Residência), Mestre em Educação, Doutor em Psicologia, Pós-Doutor em Antropologia Médica	Atenção Primária à Saúde; Coordenador do Programa de Atenção aos Estabelecimentos de Cuidados à Criança da Secretária Estadual da Saúde; Coordenador da Equipe de Assistência Médico-Sanitária Integrada da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre; Diretor da Divisão de Assistência ao Educando da Secretaria Municipal de Educação de Porto Alegre; Diretor da Escola de Saúde Pública/RS; Professor de Educação em Saúde na Faculdade de Educação e Programa de Pós-Graduação em Educação, da UFRGS; Professor Titular de Saúde Coletiva e Professor e Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da UFRGS; Membro da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.	Carreira docente na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (atual nível de Titular)	Educação e Ensino da Saúde – Avaliação Educacional e de Processos e Resultados na Saúde; Educação e Políticas Públicas de Saúde; Práticas Pedagógicas em Saúde; Pesquisa-formação na integração ensino-serviço em saúde	Universidades e Centros Universitários; Secretarias Municipais de Saúde e Educação em Porto Alegre/RS; Secretarias Estaduais de Saúde/RS; Fundação Oswaldo Cruz; Grupo Hospitalar Conceição; Ministério da Saúde; Ministério da Educação; OPAS; Secretarias Municipais de Saúde; Rede Unida; Cooperações Internacionais com a Itália e a Espanha
Laura Camargo	Médica Especialista em Clínica Médica	Militante dos projetos UNI e Rede IDA; Militante da Rede Unida; Militante da Educação Médica; Professora	Docente na Universidade Federal	Trabalho e Educação em Saúde; Política e	Universidades e Centros Universitários;

Ator	Formação Profissional	História da Militância na Saúde	História Profissional	Áreas de Atuação e Linhas de Pesquisa	Parcerias Institucionais
Macruz Feuerwerker	(Residência), Especialista em Saúde Pública; Mestre em Saúde Pública; Doutora em Saúde Pública	da UFF; Professora da Graduação e Pós-Graduação em Saúde Pública da USP; atividades de apoio à educação permanente e ao desenvolvimento da gestão junto a secretarias municipais de saúde em João Pessoa/PB e município de São Paulo.	Fluminense (demissão a pedido); Carreira docente na Universidade Estadual de São Paulo	Gestão em Saúde; Micropolítica do Trabalho e Cuidado em Saúde; Avaliação em Saúde Coletiva	Secretarias Municipais de Saúde; Hospital Universitário da USP; Fundação Kellogg; Rede Unida; Abrasco
Roseni Rosângela de Sena	Enfermeira, Mestre em Epidemiologia, Doutora em Enfermagem	Militante dos projetos UNI e Rede IDA, Militante da Rede Unida; Membro do Movimento Enfermagem de Diretrizes à Educação em Enfermagem; Diretora da Escola de Enfermagem da UFMG; Professora Emérita da Escola de Enfermagem da UFMG; Professora da Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da UFMG; Diretora de Inclusão e Cidadania do Centro de Arte Contemporânea Inhotim; Diretora da Escola de Saúde Pública/MG	Carreira docente na Universidade Federal de Minas Gerais (aposentada)	Enfermagem/Saúde Coletiva; Educação em Enfermagem e Saúde Pública; Cuidado de Enfermagem no Domicílio; Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva	Universidades; Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde; Fundação Kellogg; Ministério da Saúde; Rede Unida
Simone Edi Chaves	Enfermeira, Mestre em Educação, Doutora em Educação	Professora de Educação Profissional em Enfermagem; Coordenadora da Educação Profissional na Escola de Saúde Pública/RS; Membro da Comissão de Coordenação Geral do Programa de Formação de Agentes Locais de Saúde – Proformar; Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem – IPA; Coordenadora da Coordenadoria de Graduação – IPA; Membro da Diretoria da Associação Brasileira de Enfermagem; Coordenadora Executiva do EducaSaúde/UFRGS; Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UNISINOS.	Professora da Escola de Saúde Pública/RS, professora do Centro Universitário IPA, Professora da Universidade do Rio dos Sinos.	Enfermagem em Saúde Coletiva; Educação em Saúde; Educação Profissional em Saúde; Avaliação Educacional e de Processos e Resultados na Saúde	Rede Unida; OPAS; Universidades e Centros Universitários; Ministério da Educação; Ministério da Saúde; Secretaria Estadual de Saúde/RS; Secretaria Estadual de Educação/RS; Associação Brasileira de Enfermagem; Escola do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra; Fundação Oswaldo Cruz; Grupo Hospitalar Conceição
Maria Verônica Santa Cruz de Oliveira	Médica Veterinária, Mestre em Educação	Diretora da Divisão de Educação em Saúde – Prefeitura de Recife; Coordenação das ações de Educação em Saúde no controle das endemias – Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco/PB; Militante da Educação Popular em Saúde; Atuação no Projeto de criação da Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (ANEPS); participou das	Atuação técnico-profissional em saúde pública e educação popular em saúde; dirigente de educação popular em saúde nos âmbitos municipal e	Saúde Coletiva e Metodologia Científica; Saúde Coletiva; Saúde Pública; Educação em Saúde	Fundação Oswaldo Cruz; Universidade Federal de Pernambuco; Faculdade Redentor; Instituto Materno Infantil de

Ator	Formação Profissional	História da Militância na Saúde	História Profissional	Áreas de Atuação e Linhas de Pesquisa	Parcerias Institucionais
		discussões da elaboração da Política Nacional de Educação Permanente e da reforma curricular.	estadual; militante da Rede de Educação Popular em Saúde – REDEPOP; professora de pós-graduação na área de saúde coletiva		Pernambuco; Secretaria Estadual de Saúde/PE; Secretaria Municipal de Saúde de Recife e Camaragibe/PE
José Ivo dos Santos Pedrosa	Médico, Mestre em Saúde Coletiva, Doutor em Saúde Coletiva	Militante de Educação Popular em Saúde; Membro da REDEPOP; Membro da ANEPS; Gerente do Núcleo de Estudos em Saúde Pública da UFPI; Coordenador do Projeto Ensino na Saúde da Fundação Nacional de Saúde; Responsável pela implantação do centro de ciências da saúde, campus Parnaíba da UFI	Carreira docente na Universidade Federal do Piauí	Saúde Coletiva; Educação Popular em Saúde; Promoção da Saúde; Análise de instituições de saúde; Integração Ensino-Serviço em Saúde	Universidades; Movimentos Populares; Ministério da Saúde; Fundação Nacional de Saúde; Abrasco

A titular da SGTES, Maria Luiza Jaeger, é socióloga, especializada na área da saúde coletiva, participou ativamente dos principais movimentos da Reforma Sanitária e que constituíram o Sistema Único de Saúde, representante da Central Única dos Trabalhadores (CUT) na Comissão Nacional da Reforma Sanitária. Foi Secretária Municipal de Saúde de Porto Alegre e Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Iniciou sua trajetória profissional, concomitante com a formação acadêmica, na Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, especificamente na área de educação em saúde, tornando-se profissional da Secretaria Estadual da Saúde/RS. Entre 1976 e 1977, foi para São Paulo especializar-se nas áreas de Educação e Saúde Pública na Universidade de São Paulo (USP). Militante ativa do Partido dos Trabalhadores (PT) e da Central Única de Trabalhadores (CUT), participou da Conferência Nacional de Saúde de 1986. Como Secretária Estadual e Municipal de Saúde participou dos Conselhos Nacional de Secretarias Municipais de Saúde e Nacional de Secretários Estaduais de Saúde. Assessorou o Conselho Nacional de Saúde de 1993 a 1999. Sua trajetória não é marcada pela produção de artigos, e vários capítulos de livros entre outras produções do cenário acadêmico (APÊNDICE B). A história desta militante é caracterizada pela atuação nos movimentos sociais e na gestão setorial da saúde. A socióloga participou de processos políticos importantes, entre estes: a construção da proposta do texto constitucional e da proposta de texto da lei orgânica da saúde, o processo de negociação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, a gestão municipal e estadual do setor da saúde. Caracteriza-se pela intensa relação com os atores dos movimentos sociais, das organizações do controle social e estatais do campo da saúde. Durante o mandato do ministro da saúde Humberto Costa, exerceu o cargo de Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Em sua gestão, Maria Luiza conta com o apoio do diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), Ricardo Burg Ceccim, enfermeiro e sanitarista, que participa da gestão federal após passar pela direção da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. Ricardo atua na defesa da emergência de uma sub-área de conhecimento relativa à educação, ensino da saúde profissional com viés acadêmico, introduz conceitos na sua área de pesquisa e ensino, articula redes de pesquisadores e de coordenadores de ensino na educação superior, educação técnica e educação popular. Pactua e influencia o campo a partir de uma intensa produção

bibliográfica com os temas da Educação e Ensino da Saúde, Atenção Integral à Saúde, Educação Popular em Saúde; Políticas de Formação na Saúde (APENDICE B). Mobiliza atores no campo, ocupando um lugar em destaque no período em que atua na direção da ESP/RS e no DEGES, é o principal responsável por encaminhar propostas políticas, além de projetos e programas nas plenárias do Conselho Nacional de Saúde (CNS) relativas à Educação na Saúde.

Dois “atores hábeis”, cada um com suas especificidades e características bem desenvolvidas. No processo de construção da SGTES, fica evidente que Maria Luiza possui vasta experiência no cenário político, por ter atuado em diversos espaços de pactuação e negociação do setor da saúde. Conta com alianças políticas definidas, promove ações coletivas para o benefício de grupos menos privilegiados, tem capacidade de construir mobilização, em especial dos atores e organizações estatais e de participação do setor da saúde. Já Ricardo é um formulador conceitual “pensador” e caracteriza-se por sua criatividade autoral, propondo inovação e conceitos para a área.

A equipe do DEGES, contou com cinco coordenadores. A Coordenadora-Geral das Ações Estratégicas de Educação na Saúde, Laura Camargo Macruz Feuerwerker, médica, mestre e doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Sua trajetória acadêmica direciona todo seu percurso para as políticas públicas, contexto em que milita pela educação dos profissionais de saúde. Durante a década de 1990, destacou-se no debate sobre a produção das mudanças na formação dos profissionais de nível superior da saúde e articulação da Rede UNIDA (APÊNDICE B). Laura estudou em profundidade, no mestrado, a Residência Médica e, no doutorado, a Graduação em Medicina. Considerando a necessidade de ações propositivas para viabilizar as mudanças nas práticas com base na formação, a história profissional e de produção acadêmica de Laura constituem a possibilidade de união de agendas políticas entre os setores da Educação e da Saúde. Laura compõe dupla com Ricardo na produção de textos, estes publicados em grande parte, nas produções acadêmicas no cenário nacional (APENDICE B). Ressalta-se a capacidade inventiva destes dois atores. Entre os exemplos, o artigo Quadrilátero da Formação (CECCIM e FEUERWERKER, 2004), publicado na Revista *Physis*, produção citada em inúmeras dissertações e teses, inserido na bibliografia de concursos públicos e processos seletivos em

residências, mestrados e doutorados. Neste texto constroem conceitos que vão constituir-se em identidade sobre o que está em jogo na organização do campo da educação na saúde. O artigo também sumariza a ação antecedente do Ministério da Saúde, emprestando termos à análise política e chamamento de atores por convencimento. Ricardo e Laura produzem intensamente sobre a formulação de uma política de Estado, defendendo que esta tem como objetivo ordenar a formação de profissionais, em consonância com as necessidades de saúde da população e as diretrizes do SUS. Destacam as competências do setor da educação e do setor da saúde nessa construção. A integralidade é tomada como eixo para propor e apoiar as necessárias mudanças na formação de profissionais, já que implica uma compreensão ampliada da saúde, a articulação de saberes e práticas multiprofissionais e interdisciplinares e a alteridade com os usuários para a inovação das práticas em todos os cenários de atenção à saúde e de gestão setorial. Conforme Ceccim (2005):

Ao propor a educação na saúde como política de governo, o gestor federal do SUS alterou a ordem do dia no setor e somou novos parceiros; uma nova etapa anunciou o cumprimento de compromissos até então postergados pelas áreas e setores de recursos humanos da saúde. Colocar a Educação Permanente em Saúde na ordem do dia para o SUS pôs em nova evidência o trabalho da saúde, um trabalho que requer: trabalhadores que aprendam a aprender; práticas cuidadoras; intensa permeabilidade ao controle social; compromissos de gestão com a integralidade; desenvolvimento de si, dos coletivos, institucional e político da saúde, além da implicação com as práticas concretas de cuidado às pessoas e às coletividades, no ensino e na produção de conhecimento. (CECCIM, 2005, p. 97).

Na Coordenação-Geral de Ações Técnicas de Educação na Saúde, Roseni Rosângela de Sena ocupou o cargo de coordenação no primeiro semestre, sendo substituída por Simone Edi Chaves. No caso de Roseni, entre suas habilidades, é notável a trajetória acadêmica e produção intensa na área da enfermagem e do ensino das profissões de saúde, especialmente pela intensa atividade junto aos históricos projetos de integração docente-assistencial e na integração ensino-serviço-comunidade. Entre os temas em que transita está a formação do enfermeiro, os cenários de produção pedagógica e as intervenções formativas no trabalho (APÊNDICE B). Em 1996, apresenta sua tese de doutorado intitulada “A Enfermagem nos Projetos UNI: contribuição para

redefinição de um novo projeto político para a enfermagem brasileira”. Roseni apresenta, em 1996, ideias e pressupostos que seriam temas emergentes para a constituição do campo nos oito anos subsequentes. Também se destaca pela militância na Rede UNIDA, que no período que antecede a criação da SGTES, cumpriu papel relevante na produção de articulações que pautaram a formulação das Diretrizes Curriculares Nacionais para a área da saúde. A Coordenadora-Geral de Ações Técnicas de Educação na Saúde Simone Edi Chaves também é enfermeira. Em 2002, coordenou a área de Educação Profissional na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, cargo que antecedeu sua caminhada na SGTES. Na academia, foi orientada no mestrado e doutorado por Ceccim, concluindo os mesmos junto ao Programa de Pós-Graduação em Educação, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Na sua dissertação de mestrado, “As dobras possíveis da Escola Possível e os encontros com a formação técnica em saúde”, Simone revela a proximidade com o campo da educação técnica em saúde. Aborda a potência da prática pedagógica aliada aos processos de trabalho, discute sobre o distanciamento da Educação Profissional nos debates propostos pela academia, ressaltando a carência da produção de saberes e práticas pedagógicas inovadoras na área.

A Educação Popular é inserida na agenda pela Coordenação-Geral de Ações Populares de Educação na Saúde. A presença, primeiro de Maria Verônica Santa Cruz de Oliveira, no primeiro semestre, e de José Ivo dos Santos Pedrosa, a partir de então, representou o convite aos militantes da REDEPOP. Maria Verônica é médica veterinária e mestre em educação, tendo concluído formação em psicologia. Em sua trajetória exerceu o cargo de Diretora da Divisão de Educação em Saúde na Prefeitura de Recife, além de coordenar ações de Educação em Saúde no controle das endemias na Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Participou das discussões da elaboração da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e da reforma curricular dos cursos da área da saúde. José Ivo é médico com vasta experiência e militância na Educação Popular. A SGTES oportunizou que, a partir das suas relações, se criassem processos de articulação e mobilização que incluíssem os grupos e atores que produziam movimentos e práticas de educação popular em saúde. Reunindo os principais autores brasileiros do campo em redes de interlocução. Sua produção acadêmica tematiza o controle social e a participação no sistema de

saúde (APÊNDICE B), sinalizando para um conjunto de habilidades na mobilização e construção de coalizões políticas do setor da saúde, necessárias para a construção de campos. No decorrer da ação em educação popular, foram realizados encontros estaduais, mobilizando cerca de 1.000 pessoas e mais de 230 movimentos sociais de natureza variada: etnia, gênero, cultura popular, centros de assessoramento e educação popular em saúde e grupos de práticas populares de cuidado à saúde.

Após o estabelecimento das atribuições da recém-criada secretaria, explicitaram-se entraves com o Ministério da Educação, pelo sentimento e uma atuação destacada do setor da saúde no campo formativo dos profissionais. Para o grupo em atuação na nova SGTES, a ideia de ordenamento desta formação deveria ser permanente, estabelecendo-se conexões com todos os níveis de ensino: técnico, graduação, pós-graduação e residências. Defende-se claramente a articulação das áreas da educação e da saúde que até então constituíam espaços desorganizado e ampliação da influência do campo estatal na educação para o setor da saúde (JAEGER, 2008).

Compondo o cenário político na SGTES, Maria Luiza, Ricardo, Laura, Roseni, Simone, Maria Verônica e José Ivo foram os empreendedores, atores estratégicos hábeis, que propõem a emergência de um campo de ação estratégico específico para a educação na saúde. A criação desta Secretaria específica recompõe, a partir do Ministério da Saúde, no primeiro governo Lula, o debate sobre a educação na saúde. A produção de significado comum para os atores é tratada com a inserção do tema da formação profissional dos trabalhadores da saúde na 12ª Conferência Nacional de Saúde e se propõe a criação da PNEPS. Esses atores foram hábeis em construir signos e sentidos que pudessem ser compartilhados entre os atores e organizações, construindo identidades que tornaram possível a mobilização, articulação e as relações de vários atores e grupos. Essa construção é expressa nas políticas, ações e programas desenvolvidos na SGTES no período de 2003/2005 mapeados no Quadro 3, na publicação de artigos em revista, na profusão de conferências, palestras e, eventos das associações de ensino, na reunião de reitores, pró-reitores e coordenadores de curso em eventos nacionais e no interior das maiores universidades brasileiras. Os principais gestores tinham presença e linguagem no interior do setor da educação, militância e práticas em saúde e interação com movimentos sociais.

Nesta síntese, buscou-se caracterizar as linhas conectoras de uma possível emergência do campo de ação estratégica neste período procurando-se as pistas e elementos do que constituiria uma política que ordena a educação na área da saúde. Cabe destacar que as propostas dos dirigentes do DEGES/SGTES foram compartilhadas, negociadas e conduzidas conjuntamente com órgãos estatais e sociais do setor saúde e da educação, em especial o Conselho Nacional da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Ministério da Educação (MEC), além de movimentos sociais, entidades profissionais e estudantis, dentre outros atores do cenário (BRASIL, Ministério da Saúde, 2004). Com aporte conceitual da Educação Permanente em Saúde e a capacidade de mobilização e articulação dos atores dirigentes da SGTES neste período, a formação dos profissionais da saúde incluiu no debate todos os atores do SUS, entre eles: gestores, profissionais, estudantes, docentes e usuários. Incluiu as esferas governamentais, as Instituições de Ensino Superior (públicas e privadas), Escolas Estaduais e Municipais de Saúde, Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) e também a sociedade civil, via Movimentos Sociais, Movimentos da Educação Popular, Entidades Profissionais e Estudantis, entre outros (BRASIL, Ministério da Saúde, 2004).

Além de ser uma referência conceitual, a criação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, no ano de 2004, foi considerada um marco político e estratégico para a consolidação e o aprimoramento do Sistema Único de Saúde (SUS). O arcabouço legal administrativo que fundamenta a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde é formado pelo artigo 200 da Constituição Federal de 1988, pelas Leis Federais nº 8.080/90 e 8.142/90 (BRASIL, 1990a; 1990b), pela NOB-RH/SUS, pela Resolução CNS nº 330, de 4 de novembro de 2003, pela Portaria nº 198/2004 e pela Portaria nº 1.996/2007. A PNEPS tem como objetivos informar sobre as responsabilidades em educação e desenvolvimento de trabalhadores e do trabalho às três esferas de governo e estabelecer o compromisso de Gestão de Educação na Saúde aos Estados, Municípios e Distrito Federal (BRASIL, 2013), determinando o que está em “jogo” e qual a regra para a atuação no campo da educação na saúde.

Na PNEPS, é possível identificar a continuidade e relevância de projetos e programas

anteriores independentemente de bandeiras partidárias, o foco central dos atores é a formulação de uma política pública para a educação na saúde que contemple os ideais constitucionais que regem o Sistema Único de Saúde Brasileiro. Este é um entendimento partilhado pelos atores que se mobilizam para organizar as políticas de formação dos profissionais de saúde.

Além da formulação no contexto da SGTES, em 2003, operam várias ações que propõem disseminar o conceito da Educação Permanente em Saúde provando que esta área poderia ser modificada a partir de sua capacidade pedagógica. Este dispositivo seria possível a partir da rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho. Segundo Ceccim (2005), a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde representa um impulso no cumprimento das metas formuladas pela saúde coletiva do país e privilegia a produção de saberes em ato. Além da PNEPS, outras ações foram desenvolvidas neste período na SGTES. No Quadro 3, é apresentada a sistematização e caracterização de projetos, história política, proposições do grupo, principais ações e parcerias institucionais.

Quadro 3 – Ações e programas desenvolvidos na SGTES no período de 2003/2005

	Principais Projetos	História Política	Proposições do grupo	Principais Ações	Parcerias Institucionais
Gestão 2003-2005	<p>Articulação dos Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (Aneps);</p> <p>Curso de Ativadores de Processos de Mudança na Saúde;</p> <p>Curso de Formação de Facilitadores em Educação Permanente em Saúde;</p> <p>Ensino da integralidade na graduação;</p> <p>Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde – FNEPAS;</p> <p>Pólos de Educação Permanente em Saúde – PEPS;</p> <p>Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do SUS – VER-SUS;</p> <p>Residências Integradas em Saúde</p>	<p>Grupo constituído por militantes participantes ou próximos ao Partido dos Trabalhadores, mas com militância consolidada no SUS, na Educação Popular em Saúde, na história dos Movimentos de Mudança na Graduação das profissões da área da saúde e condução de processos tanto de ensino, como de gestão política na saúde</p>	<p>Promove e contribui para o processo de mudanças curriculares nos cursos de graduação da área da saúde;</p> <p>Compromisso com a Política Nacional de Saúde;</p> <p>Desenvolvimento na teoria e na prática dos conceitos de Integralidade da atenção em saúde;</p> <p>Movimenta as ideias centrais na rede de serviços; conversa com todos os atores nos processos (gestores, profissionais, estudantes, docentes, usuários);</p> <p>Desdobramentos da política como um todo</p>	<p>Criação de instâncias locoregionais;</p> <p>Formação de novos profissionais;</p> <p>Criação de Associações de Ensino dos Cursos da Área da Saúde;</p> <p>Processo de mudanças curriculares nos cursos de graduação da área da saúde;</p> <p>Promovem a criação de encontros das executivas nacionais do movimento estudantil</p>	<p>Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO), Associação Brasileira de Ensino de Fisioterapia (ABENFISIO), Associação Brasileira de Ensino de Psicologia (ABEP), Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), Rede UNIDA, Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE), Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa), Rede Nacional de Ensino em Terapia Ocupacional (RENETO);</p> <p>Movimento Estudantil; Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems); Rede de Educação Popular em Saúde (REDEPOP); Movimento de Trabalhadores Rurais Sem-Terra (MST); Movimento de Reintegração das Pessoas Portadoras de Hanseníase (MORHAN); Movimento Popular de Saúde (MOPS); Movimento de Mulheres Camponesas (MMC); Grupo de Trabalho da Amazônia (por meio do Projeto Saúde e Alegria); Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM); Executiva Nacional de Estudantes de Enfermagem (ENEEnf); Direção Executiva Nacional de</p>

					Estudantes de Odontologia (DNEO), entre outros
--	--	--	--	--	---

Com muitas cartilhas, informativos e relatórios de gestão, a equipe do DEGES/SGTES imprime sua capacidade inventiva e teórica, em muitas publicações no período (2003-2005). Observa-se o caráter informativo, de mobilização e de conquista de sentidos compartilhados para a educação na saúde. Entre conceitos e projetos de intervenção, surgem palavras que foram extraídas da própria legislação que institui o SUS:

AprenderSUS – Articulação Locorregional e Interinstitucional – Ativadores – Dimensão Cuidadora – Educação na Saúde – Educação Permanente em Saúde – EducarSUS – Escuta Pedagógica – Experimentação – Facilitadores – Formação e Desenvolvimento – Fórum de Educação das Profissões da Área da Saúde – Inovação – Integralidade – Movimentos e Práticas de Educação Popular – Multiprofissional e Interdisciplinar – Políticas do Cuidado – Processos de Mudança na Graduação – Quadrilátero da Formação – Movimento e Prática da Educação Popular em Saúde – Educação Popular – Círculos e Rodas - Mandalas

Com intuito de formar um coletivo de palavras, lanço no quadro os principais direcionamentos pretendidos pelos atores para esta nova ordem. Estas palavras produzem sentido comum, criam uma identidade de grupo, um modo de fazer, de operar com um cunho estratégico coletivo e agregador, ou seja, a forma que estas ações trouxeram para cena, a cooperação e esforços de todas as áreas.

A palavra escolhida para dar forma à diretriz da política de educação na saúde foi a *Integralidade*. Segundo Lima e Silva (2004), o sentido de integralidade, neste momento, estava caminhando para que se formassem redes de cuidados progressivos, em que a atenção se desse em todas as instâncias de atendimento e por todas as profissões de saúde com o desafio do desenvolvimento da interdisciplinaridade e multiprofissionalidade, descobrindo dentro de cada ciência novos fazeres profissionais, buscando uma atenção em saúde mais próxima das necessidades locais das populações, que resolvesse a busca por saúde e proporcionasse o exercício da cidadania.

A mudança na formação estava posta para o grupo de dirigentes do DEGES e com o

objetivo de estimular e articular diálogos entre os atores dos serviços de saúde, instituições formadoras e movimentos sociais. Os Polos de Educação Permanente em Saúde, conforme a Portaria nº 198/GM/MS, Art. 1º, funcionariam como Colegiado de Gestão com atuação interinstitucional e locorregional². Na composição dos Polos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, estavam instituições de ensino, escolas técnicas, escolas de saúde pública, centros formadores das secretarias estaduais ou municipais de saúde, gestores estaduais e municipais de saúde e de educação, núcleos de saúde coletiva, hospitais de ensino e serviços de saúde, estudantes da área de saúde, trabalhadores de saúde, conselhos municipais e estaduais de saúde e movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2004).

A formulação da “Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde – Polos de Educação Permanente em Saúde” caracterizava uma iniciativa original e inovadora, abarcando formação de quadros e desenvolvendo a qualidade dos serviços. Propôs-se inicialmente a integração de todos participantes em um plano que objetivamente previa a **descentralização** e o **fortalecimento** do Sistema Único de Saúde. Indicou a coparticipação das esferas públicas, das instituições de ensino, das secretarias estaduais e municipais de saúde, dos movimentos sociais e estudantis, dos conselhos municipais e estaduais de saúde, além da articulação entre dois Ministérios: Saúde e Educação.

O Quadro 4 é resultado do mapeamento das ações da SGTES no período entre 2003/2005.

² As funções dos Polos de Educação Permanente em Saúde eram: I – identificar necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e construir estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde e fortaleçam o controle social no setor na perspectiva de produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva; II – mobilizar a formação de gestores de sistemas, ações e serviços para a integração da rede de atenção como cadeia de cuidados progressivos à saúde (rede única de atenção intercomplementar e de acesso ao conjunto das necessidades de saúde individuais e coletivas); III – propor políticas e estabelecer negociações interinstitucionais e intersetoriais orientadas pelas necessidades de formação e de desenvolvimento e pelos princípios e diretrizes do SUS, não substituindo quaisquer fóruns de formulação e decisão sobre as políticas de organização da atenção à saúde; IV – articular e estimular a transformação das práticas de saúde e de educação na saúde no conjunto do SUS e das instituições de ensino, tendo em vista a implementação das diretrizes curriculares nacionais para o conjunto dos cursos da área da saúde e a transformação de toda a rede de serviços e de gestão em rede-escola; V – formular políticas de formação e desenvolvimento de formadores e de formuladores de políticas, fortalecendo a capacidade docente e a capacidade de gestão do SUS em cada base locorregional; VI - estabelecer a pactuação e a negociação permanentes entre os atores das ações e serviços do SUS, docentes e estudantes da área da saúde; VII – estabelecer relações cooperativas com as outras articulações locorregionais nos estados e no País. (BRASIL, 2004).

Quadro 4- Mapeamento das ações da SGTES no período entre 2003/2005

Mandato	Projetos	Qual era o objetivo	Principais Ações	Parcerias Institucionais
Gestão 2003-2005	Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área de Saúde – FNEPAS	Promover e contribuir para o processo de mudanças curriculares nos cursos de graduação da área da saúde; Compromisso com a Política Nacional de Saúde; desenvolvimento na teoria e na prática do conceito de integralidade na atenção à saúde e trabalho em redes cuidadoras.	Implementação das DCN com alteração nas bases curriculares dos cursos de graduação da área da saúde e com a orientação dos princípios do SUS	Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO), Associação Brasileira de Ensino de Fisioterapia (ABENFISIO), Associação Brasileira de Ensino de Psicologia (ABEP), Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), Rede UNIDA, Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE), Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa), Rede Nacional de Ensino em Terapia Ocupacional (RENETO)
	Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS)	Aprendizagem em equipe e em serviço nos órgãos de gestão e de controle social sobre no SUS. Viabiliza que estudantes de graduação experimentem, na prática, o que é a organização da rede de atenção, de gestão e de controle social em saúde.	Caracteriza a articulação com o movimento estudantil, atraindo para o pensamento e crítica sobre o SUS aqueles que buscam uma profissão no setor.	Movimento Estudantil; Gestores Locais do Sistema Único de Saúde; criação de Coordenação Nacional de Entidades do Movimento Estudantil; criação de Executiva Nacional de Estudantes em cursos que não tinham.
	Pólos de Educação Permanente em Saúde	Promover a formulação e a integração de ações de formação dos distintos atores locais, tais como usuários; dirigentes dos serviços; gestores públicos; dirigentes institucionais; docentes; estudantes da educação técnica, de graduação e de pós-graduação; trabalhadores de saúde; agentes sociais e parceiros intersetoriais.	Induzir processos de transformação das práticas de saúde (atenção, gestão e controle social) e de educação na saúde. Formular políticas de formação e de desenvolvimento em bases geopolíticas territorializadas. Estabelecer relações cooperativas com os demais Pólos de Educação Permanente em Saúde, tendo em vista a necessidade de compartilhar iniciativas e de possibilitar o acesso aos saberes e práticas de outros locais (Rede de Pólos de Educação Permanente em Saúde, Estaduais e Nacional).	Dirigentes dos serviços de saúde; gestores públicos; dirigentes institucionais; docentes; estudantes da educação técnica, de graduação e de pós-graduação; trabalhadores de saúde; agentes sociais e parceiros intersetoriais.

Mandato	Projetos	Qual era o objetivo	Principais Ações	Parcerias Institucionais
	Residências Integradas em Saúde	Formação especializada, realizada em serviço e em equipes multiprofissionais de acordo com necessidades regionais de incorporação de quadros e necessidades do sistema de saúde em prover serviços e estratégias de atenção	Ampliação de programas de residência em saúde da família, residências integradas em saúde na rede de hospitais universitários, redistribuição ou ampliação das bolsas das residências entre áreas, profissões e especialidades importantes para a implementação do SUS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), Associação Brasileira de Ensino Odontológico (Abeno), Associação Brasileira de Ensino em Psicologia (Abep), Rede Unida, Abrasco, CIRH/CNS, CNE
	Curso de Formação de Facilitadores em Educação Permanente em Saúde	Desencadeamento de um processo massivo de formação de formadores em todo o país, ou seja, formar profissionais da rede de serviços ou das escolas que desempenharam o papel de facilitadores, mobilizadores, tutores, preceptores ou orientadores do processo de Educação Permanente em Saúde.	Qualificação das equipes nacionais, estaduais e municipais de condução das várias áreas técnicas para que estas sejam capazes de apoiar as outras esferas de gestão, sempre estimulando a descentralização da gestão e a regionalização da atenção, bem como a permeabilidade ao controle social.	Universidade Públicas e Privadas e Rede de Serviços de Saúde, FIOCRUZ, Rede Unida
	Articulação de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (Aneps)	Ação desencadeadora para subsidiar a produção de material educativo e informacional coerente com a cultura dos movimentos e grupos populacionais, articulação dos movimentos pela diversidade, integração com as culturas tradicionais e apoio às práticas terapêuticas comunitárias.	Participar dos planos de política pedagógica dos centros e instâncias de mediação pedagógica popular, no sentido de matriciar os processos de formação com os princípios da educação popular em saúde, fomentando à participação social na formulação e gestão de políticas públicas de saúde.	Rede de Educação Popular em Saúde (REDEPOP); Movimento de Trabalhadores Rurais Sem-Terra (MST); Movimento de Reintegração das Pessoas Portadoras de Hanseníase (MORHAN); Movimento Popular de Saúde (MOPS); Movimento de Mulheres Camponesas (MMC); Grupo de Trabalho da Amazônia (por meio do Projeto Saúde e Alegria); Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM)

Mandato	Projetos	Qual era o objetivo	Principais Ações	Parcerias Institucionais
	Ativadores de processos de mudança na saúde	Formação de professores universitários para a condução de processos de mudança nos cursos e instituição formadoras na área da saúde	Ampliação do pensamento crítico dinamizador da mudança na graduação em saúde; Curso de Educação à Distância para a formação de ativadores de processos de mudança na graduação; Implementação de oficinas regionais para a análise crítica das estratégias e processos de mudança; Apoio à produção de conhecimento sobre processos de mudança; Trabalho articulado com o Ministério da Educação	Universidades Públicas e Privadas (Cursos de Gradação da Área da Saúde); Ministério da Educação, Rede Unida, FIOCRUZ

A “Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde – Polos de Educação Permanente em Saúde” compreendia o desenvolvimento dos profissionais da saúde a partir de uma lógica matricial, desenvolvendo o diálogo entre as equipes de saúde acerca do seu cotidiano visando constituir novas práticas de aprendizagens e melhoria nas questões éticas e humanísticas. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2004).

O “AprenderSUS” foi a estratégia a partir da qual os atores pretendiam que os Ministérios da Saúde e da Educação assumissem publicamente o compromisso de cooperação técnica, trabalhando conjuntamente para transformações da educação na saúde no Brasil, com base na crítica ao conservadorismo, mantido pelas IES formadoras e refletido nos componentes curriculares e métodos pedagógicos é que surge a proposta (BRASIL. Ministério da Saúde, 2004). Entre os desdobramentos do AprenderSUS, ocorreu o direcionamento para adoção da integralidade como eixo da mudança na graduação; uma convocatória nacional para o desencadeamento da sistematização de práticas inovadoras de ensino da integralidade na graduação (transformada em pesquisa, publicação de livro em português e espanhol e produção de um documentário com 50 min de duração); ampliação do pensamento crítico dinamizador da mudança na graduação em saúde; o trabalho articulado com o Ministério da Educação; o desenvolvimento de linha adicional de financiamento aos Polos de Educação Permanente em Saúde; sistematização de experiências que mostrassem ser possível produzir benefícios de curto prazo para a formação, para o exercício profissional e para os serviços de saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2004).

Segundo Feuerwerker (2007),

[...] a mudança na graduação, a concepção ampliada de saúde, a integralidade, as práticas inovadoras, a rede de cuidados só vão emplacar efetivamente dentro das escolas se forem objetivos a serem atingidos em todos os serviços de saúde e não somente na rede pública, que é a tradução mais frequente do SUS. [...] O ideal de prática que ilumina os desejos, corações e mentes dos estudantes de graduação na área da saúde é a prática privada. Socialmente, o setor privado é reconhecido como o que concentra as ‘boas práticas e os profissionais bem sucedidos [...] esses são conceitos a serem desconstruídos. Saúde, constitucionalmente, é reconhecida como um bem público. Então, a atenção em saúde em todos os espaços deve ser objeto de conhecimento, reflexão e

aprendizagem (FEUERWERKER, 2007. p.2).

A criação do Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área de Saúde (FNEPAS) em 2004, no “Seminário Nacional sobre o SUS e as Graduações na Saúde”, proposto pelo Ministério da Saúde, instituída pelos dirigentes da SGTES, marca habilidade deste grupo para induzir coletivamente a cooperação dos outros (FLIGSTEIN, 2007). O FNEPAS propõe a discussão sobre as bases curriculares dos cursos de graduação da saúde, o movimento do Fórum inclui na agenda das instituições de ensino a proposta de que a formação dos profissionais deveria estar em consonância com a Política Nacional de Saúde, com as diretrizes e princípios do SUS e com as Diretrizes Curriculares Nacionais. Este movimento é conduzido a partir das formulações do Fórum que tem representação de associações de ensino (MÂNGIA; LUGARINHO, 2007).

O FNEPAS desencadeia algumas transformações políticas, pois constituiu alianças, redes de conversação entre Ministério da Educação e Ministério da Saúde, estabelecendo cooperação técnica entre MEC e entidades da sociedade civil, opera na proposição de temas que contribuem para a mudança na formação dos profissionais e para o fortalecimento da educação permanente em saúde (AGUIAR; LUGARINHO, 2007). A equipe do DEGES desenvolve múltiplas ações. Além de mobilizar os docentes e IES, o grupo cria a Comissão de Representação do Movimento Estudantil da Área da Saúde, a partir da união das representações estudantis das executivas nacionais dos cursos de área da saúde. A Comissão foi criada com objetivo de promover reflexão acerca de temas sobre a formação profissional, além de consolidar e construir conjuntamente o projeto VER-SUS. Trata-se de trazer para o campo emergente da educação na saúde atores que usualmente têm poucos recursos para influírem nas políticas. Os estudantes trariam para discussão novas propostas e seriam mobilizadores da mudança na graduação e na consolidação do SUS. A criação do Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS) compõe uma ação do campo de ação estratégica. Neste projeto, o DEGES propõe a articulação dos estudantes da área da saúde e o apoio para o processo de mudança da formação profissional. A ideia é articular o ensino e pressupostos do SUS na formação dos estudantes da saúde. Como ideário, este projeto abarcou a integralidade e constituiu um cenário multiprofissional e interdisciplinar (MARANHÃO, 2013). Segundo Luiz Fernando Bilibio, nas vivências, ocorre a abertura do Sistema

como espaço de ensino-aprendizagem para os estudantes da área da saúde, propiciando processos pedagógicos coletivos de exposição aos acontecimentos da vida no SUS (BILIBIO, 2009, p.21). Com essas iniciativas, atores e grupos do setor da saúde e das instituições de ensino são mobilizados para lutar pelas propostas deste campo emergente da educação na saúde.

O VER-SUS nasce em 2002, no Rio Grande do Sul. Este dado indica os movimentos iniciais da proposta que ganharia destaque nacional com a entrada destes atores na SGTES. Já em 2003, com a parceria entre Ministério da Saúde (MS) e Movimento Estudantil (ME), o projeto passa a ser desenvolvido em diversos estados e municípios (BRASIL, 2004). Sendo um reduto das vivências dos estudantes da área da saúde, o VER-SUS acena para a experimentação em ato, propõe a interlocução entre formação e serviço, aprendizagem coletiva, metodologias ativas que promovem a discussão acerca da educação permanente em saúde, potencializa diversos aprendizados e comunicação entre sujeitos (MARANHÃO, 2013). As proposições da equipe dirigente para a formulação desta política trazem os estudantes para a cena da Educação na Saúde.

Nesse contexto, a SGTES propõe a criação de uma Comissão Nacional de Residências em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde, que abrigaria residências médicas, multiprofissionais e uniprofissionais de qualquer categoria profissional com trabalho na saúde. Esta formulação encontrou brava resistência das entidades médicas e do MEC, tendo sido criada a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), mediante a Lei Federal nº 11.129, de 30 de junho de 2005, que criou a Residência em Área Profissional da Saúde, uni ou multiprofissional, excluída a categoria médica (BRASIL, 2005). A lei estimulou vários atores e instituições para a criação de novos programas de residência multiprofissional. Na revisão da política de especialização em serviço/Residências, a SGTES vai propor que a mudança dependerá do esforço coletivo ao longo da execução possível de residências estipuladas com a participação das três esferas de gestão do SUS e do MEC, contemplando a criação de Residências Integradas em Saúde, incluindo a formação especializada das equipes de saúde. O discurso que vingou foi o das Residências Multiprofissionais em Saúde, devido ao nome da Comissão Nacional, esta uma *instância de Estado*.

A busca de ampliação das bases de sustentação em direção à noção de campo de ação estratégica incluiu a agenda com as Secretarias Estaduais de Saúde (SES), por meio do projeto “SES Educadoras: produção da formação e desenvolvimento em saúde como atributo estadual no SUS”, que reverenciava e resgatava as atribuições/atividades das Secretarias Estaduais de Saúde no ordenamento da formação em sua esfera de gestão. A proposta era ativar a noção de uma rede-escola no SUS para a formação de servidores, profissionais e docentes. Com as Secretarias Municipais de Saúde, surgiu o projeto Rede de Municípios Colaboradores para a Educação Permanente em Saúde, composto por 10 municípios, tendo em vista aprender metodologias e escutas e melhorar a habilidades dos atores (BRASIL, 2004).

O Projeto de Formação Técnica por Itinerário no SUS (FORTI-SUS) destinou-se ao aumento da oferta de cursos de qualificação e profissionalização aos profissionais ou egressos do ensino fundamental e médio, podendo envolver a escolarização básica dos trabalhadores desprofissionalizados. A ação seria desenvolvida por meio das Escolas Técnicas de Saúde do SUS em todos os estados brasileiros. A iniciativa era resultado da aprovação em lei das profissões de Agente Comunitário de Saúde, Agente de Controle de Endemias e Técnico de Saúde Bucal, da constatação de que passados 18 anos da lei do exercício profissional da enfermagem que suprimiu a categoria dos Atendentes em Enfermagem eles ainda sentiam na rede pública privada necessidade de especialização pós-técnico em enfermagem, como era o caso da área de atenção às urgências, e da evidência de que novas ocupações já estavam se tornando realidade, como os cuidadores de idosos, os acompanhantes terapêuticos, os redutores de danos, entre outras. (BRASIL, 2005)

A Educação Popular em Saúde introduzida na SGTES foi definida como “Educação Popular para a Mobilização Social em Saúde”. Essa educação popular em saúde foi apresentada para ativar a mobilização social por políticas públicas de saúde no interesse dos usuários, despertar o compromisso com a autonomia das pessoas “como atores que se movimentam na vida”, incentivar a “construção da alteridade no encontro com os serviços e profissionais de saúde e com a possibilidade permanente de informar os modos de organizar o sistema e os serviços de saúde, de acordo com os modos de andar a vida dos usuários”. Considerada como espaço

instituinte, o projeto de Educação Popular para a Mobilização Social em Saúde visava articular movimentos e entidades de educação popular em saúde para geração de espaços que incentivassem a participação da população garantindo a avaliação das políticas públicas, bem como diálogo contínuo dos processos de educação permanente no âmbito do SUS. (BRASIL, 2005)

As diversas propostas inovadoras que emergem da SGTES, demonstram o esforço dos atores para a produção de significados compartilhados sobre o tema da educação na saúde.

[...] seria, para o setor da saúde, a estética pedagógica da Educação Permanente em Saúde, de introduzir a experiência da problematização e da invenção de problemas, do desenvolvimento de uma inteligência proveniente de escutas, de práticas cuidadoras, de conhecimentos engajados e de permeabilidade aos usuários, isto é, uma produção em ato das aprendizagens relativas à intervenção/interferência do setor no andar da vida individual e coletiva. (CECCIM, 2005, p. 984)

Um conjunto de regras do “jogo” é produzido em especial com a organização de unidades de governança como os Polos de Educação Permanente em Saúde, fóruns nos quais se articulam as instituições e atores que disputam o campo, sejam da educação ou da saúde, e comissão de representação aglutinam-se as diversas áreas que tematizavam a educação na saúde. Delineia-se o posicionamento de atores e grupos que disputam o campo. O enquadramento destes atores, como dominantes ou opositores, são evidenciados mais explicitamente com a mudança na direção da SGTES descrita a seguir.

Novo contexto da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – reconfiguração do cenário do campo de ação estratégica (2005/2007)

Conforme exposto, a composição de quadros atende critérios de confiança, identidade partidária, acordos de gestão e pactos entre instâncias. Na metade do primeiro governo Lula, o Ministério da Saúde passa do PT ao Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB). Há a substituição do Ministro da Saúde Humberto Sérgio Costa Lima, do PT e seus empreendedores. Assumem novas lideranças do PMDB, o ministro José Saraiva Felipe, conduz um novo ordenamento no MS, com troca de atores. A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na

Saúde (SGTES), no período de gestão de 2005 a 2007 era composta da seguinte forma: a Coordenação da Regulação e Negociação do Trabalho em Saúde; a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS; o Departamento de Gestão da Educação na Saúde e o Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde. Ocorre uma mudança na estrutura da Secretaria: a Coordenação-Geral de Ações Populares de Educação na Saúde foi suprimida. Trocando o Secretário, por óbvio foi trocada a Chefe de Gabinete. A única área que teve mudança de estrutura e toda a equipe de coordenação substituída foi o DEGES. O DEGERTS permaneceu todo igual em estrutura e dirigentes; a coordenação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS foi mantida igual.

A equipe que compunha a SGTES quando da recomposição em 2005 (BRASIL, Ministério da Saúde, 2007b) é representada na Figura 4 (BRASIL, Ministério da Saúde, 2005).

Figura 4 – Organograma representativo SGTES 2005/2007



Nesta gestão, observa-se a extinção da Coordenação Geral de Ações Populares de Educação na Saúde. Essa alteração sinaliza para as diferenças entre os atores que neste momento disputam o campo emergente da educação na saúde. Os novos atores que passam a dirigir a organização estatal não consideram a educação popular como componente do campo, de tal forma que esta área é remanejada para a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP)

do MS.

O Quadro 5 apresenta os atores dirigentes da SGTES/DEGES no período entre 2005 e 2007.

Quadro 5– Mapeamento de trajetórias dos atores 2005/2007

Ator	Formação Profissional	História da Militância na Saúde	História Profissional	Áreas de Atuação e Linhas de Pesquisa	Parcerias Institucionais
Francisco Eduardo de Campos	Médico; Especialista em Medicina Preventiva (residência médica); Especialista em Políticas de Desenvolvimento Científico e Tecnológico da FIOCRUZ; Mestre em Saúde Coletiva, Doutor em Saúde Pública	Coordenador da Comissão Interministerial da Gestão da Educação na Saúde; Consultor permanente da Organização Pan-Americana da Saúde em Washington e temporário da Organização Mundial da Saúde em Genebra; Representou o Brasil no Conselho Executivo da Organização Mundial da Saúde, entre 2008 e 2011; Coordenador do Núcleo Coletiva da UFMG-NESCON	Professor titular do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; Membro do Board da "Global Health Workforce Alliance" (2006-2013) e do Board da "Ministerial Leadership Initiative" da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de Harvard entre 2011 e 2014; Coordenador da Comissão Interministerial de Gestão da Educação Na Saúde; Assessor Regional da OPAS.	Avaliação de Políticas e Serviços de Saúde e Recursos Humanos em Saúde; Educação Médica; Saúde Coletiva e Serviços Sociais	Royal College of Physicians, United Kingdom Global Health Workforce Alliance, Suíça. Organização Mundial da Saúde, Suíça Organização Pan-Americana de Saúde, Estados Unidos Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES, Associação Brasileira de Saúde Coletiva, ABRASCO Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, Fundação Oswaldo Cruz Ministério da Saúde
Célia Regina Pierantoni	Médica, Mestre em Medicina, Doutora em Saúde Coletiva	Membro da Subcomissão de Estudo e Avaliação da Necessidade de Médicos Especialistas no Brasil; Membro da Comissão Executiva do PRÓ-SAÚDE;	Carreira docente na Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ; Diretora do Centro Colaborador da OPAS/OMS para Planejamento e Informação da Força de Trabalho em Saúde; Coordenadora Geral da Estação de Trabalho	Gestão do Trabalho e de Recursos Humanos em Saúde; Planejamento e administração em saúde; Avaliação de Políticas Públicas em Saúde; Mercado de trabalho (política do governo) e Gestão de serviços de saúde.	Observatório Mercosur de Sistemas de Salud; Organização Mundial de Saúde; Suíça Organização Pan-Americana da Saúde; Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro; Ministério da Saúde.

			IMS/UERJ-ObservaRH.		
Ana Estela Haddad	Cirurgiã-Dentista; Especialista em Odontopediatria Doutora em Ciências Odontológicas	Implementação do Programa Universidade para Todos (PROUNI); Assessora do Ministro da Educação (2003-2005); Trabalhos relacionados ao Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES) e Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior (CONAES); Membro da Comissão Organizadora da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal; Atuação na campanha eleitoral de Fernando Haddad para Prefeitura de São Paulo em 2012, candidato do PT.	Ministério da Educação; Gabinete do Ministro da Educação (2003-2005); Professora Associada do Departamento de Ortodontia e Odontopediatria da da Universidade de São Paulo Assessora do Ministro da Educação (2003-2005); Representante suplente do Brasil no Comitê Assessor Internacional da BIREME/OPAS; Membro da Comissão de Área de Avaliação da CAPES – Odontologia (Mestrados Profissionais).	Recursos Humanos em Saúde; Educação Permanente em Saúde; Força de Trabalho em Saúde; Educação Superior na Saúde; Força de Trabalho em Saúde; Políticas públicas de educação e de saúde; Crescimento e desenvolvimento crânio- facial e desenvolvimento da oclusão; Uso do laser em odontopediatria; Cirurgia em Odontopediatria; Telemedicina/Teleodontol ogia.	Faculdade de Odontologia da USP; Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo; Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, -CAPES Conselho Regional de Odontologia de São Paulo; Rede Universitária de Telemedicina – RUTE; Ministério da Saúde Ministério da Educação USP

Ena de Araújo Galvão	Pedagoga, Especialista em Educação Tecnológica, Mestre em Saúde Coletiva	8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986; 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde. 1986; Seminário Nacional da Política de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde, 1989 1ª Oficina de Trabalho sobre Estratégia de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde, 1991 2ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde; Relevantes Serviços prestados na área de preparação de recursos humanos para a saúde, 1993 10ª Conferência Nacional de Saúde, 1996	Recursos Humanos em Saúde; Educação Profissional; Capacitação Pedagógica; Saúde dos Povos Indígenas		Ministério da Saúde; OPAS.
Gustavo Diniz Ferreira Gusso	Médico, Especialista em Medicina da Família, Mestre e Doutor em Clínica Médica.	Diretor Social do Centro Acedêmico Oswaldo Cruz; Diretor de Educação Médica da Associação Nacional dos Médicos Residentes; Membro da Câmara Técnica do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Diretor Cultural da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.	Professor da Universidade de São Paulo; Membro do Wonca International Classification Committee; Professor Convidado de Organização dos Serviços do MBA Executivo em Gestão de Saúde Einstein – Insper;	Avaliação da organização dos serviços em Atenção Primária à Saúde; Ciências da Saúde; Medicina de Família e Comunidade; Saúde Pública; Atenção Primária à Saúde.	American Academy of Family Physicians, AAFP, Estados Unidos; Wonca International Classification Committee, WICC, Cingapura; Insper Instituto de Ensino e Pesquisa, INSPER.

O secretário Francisco Eduardo de Campos é médico, mestre em Saúde Coletiva e doutor em Saúde Pública. Francisco ocupou o cargo de secretário da SGTES no período entre julho de 2005 e janeiro de 2011. Com um período extenso, o gestor pode experienciar e instituir com mais vagar projetos e programas na Secretaria. Francisco é autor de vários artigos e livros, tem uma das maiores produções internacionais do grupo pesquisado. Destaca-se a autoria na especificidade da Educação Médica, Integração Docente-Assistencial, Medicina Preventiva, Programas de Residência em Medicina Preventiva e Social e Recursos Humanos. Em sua trajetória profissional, ocupou cargos de relevância internacional, foi consultor permanente da Organização Pan-Americana da Saúde, em Washington, e temporário da Organização Mundial da Saúde, em Genebra. Suas atividades são representativas ao tema da Formação Profissional em Saúde. Representou o Brasil no Conselho Executivo da Organização Mundial da Saúde, entre 2008 e 2011, e atuou como membro do Board da "Global Health Workforce Alliance" (2006-2013) e do Board da "Ministerial Leadership Initiative" da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de Harvard, entre 2011 e 2014. Aposentou-se como professor titular do Departamento de Medicina Preventiva, da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Minas Gerais. Entre 2003 e 2005, período da emergência do campo da Educação na Saúde, manteve contato com vários empreendedores, mantendo-se no cenário, mas operando em outras frentes. Na gestão de Maria Luiza, a posição de Francisco é de consultor eventual, mantendo forte conexão com o DEGERTS e nula com o DEGES. Por vários fatores que incluem seu histórico profissional progresso na área de trabalho e profissões, atua como opositor em entrave no campo de ação estratégica apresentadas de 2003 a 2005. O pesquisador faz sua rede em vários nichos constituídos como unidades de governança, ganhando fôlego e abrangência nas organizações internacionais e campos não estatais, estes dão visibilidade profissional e prestígio pessoal no campo de ação estratégica. Atuou na formulação do Programa de Incentivo a Mudança Curricular na Graduação em Medicina – PROMED, desencadeado no final do Governo Fernando Henrique Cardoso e com implementação no período da transição ao governo Lula.

Célia Regina Pierantoni foi Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde por um período curto. É formada em Medicina, mestrado em Endocrinologia, doutorado em

Saúde Coletiva. É professora de saúde coletiva no Instituto de Medicina Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Sua produção intelectual aporta temas centrados em recursos humanos, educação permanente, escolas técnicas do SUS, Polos de Capacitação e Residências Médicas entre outros. Diretora do Centro Colaborador da OPAS/OMS para Planejamento e Informação da Força de Trabalho em Saúde e coordenadora geral da Estação de Trabalho IMS/UERJ da Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde.

A Coordenadora-Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde, Ena de Araújo Galvão possui graduação em Pedagogia, especialização em Educação Tecnológica e realizou o mestrado em Saúde Coletiva quando estava no cargo. A trajetória da pedagoga se dá ligada às Escolas Técnicas do SUS – ETSUS, onde atuou na construção de projetos pedagógicos institucionais e curriculares. Suas produções estão centradas na política de profissionalização dos profissionais de enfermagem. Em seu currículo é observada a atuação nas áreas de Recursos Humanos em Saúde, Educação Profissional, Capacitação Pedagógica e Saúde dos povos indígenas.

Ana Estela Haddad foi Coordenadora-Geral de Ações Estratégicas de Educação na Saúde e, depois Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde no período entre julho 2005 e janeiro 2011. É graduada em Odontologia, mestre e doutora em Ciências Odontológicas, professora associada do Departamento de Ortodontia e Odontopediatria, da Faculdade de Odontologia, da Universidade de São Paulo (USP). A análise de sua produção bibliográfica retrata publicações internacionais, estas com temas centrados nas ações e projetos da SGTES, o Telessaúde e Pró-Saúde (APÊNDICE B). Ana foi Assessora do Ministro da Educação entre 2003 e 2005, tendo participado da implementação do Programa Universidade para Todos (PROUNI). Nesse período, atuou também nos trabalhos relacionados à promulgação da Lei nº 10861/2004, que criou o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES) e a Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior (CONAES). Foi responsável pela interação entre os Ministérios da Educação e da Saúde durante o mandato da primeira gestão da SGTES. Participou de várias implementações e projetos na direção da SGTES, implementação do Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), Telessaúde Brasil, Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), Comissão Nacional de Residência Médica;

Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET Saúde). Ana Estela tem trajetória profissional em área de especialidade na Odontologia e atuação nos órgãos da categoria profissional. Ana atua fortemente no campo estatal da educação de 2003 a 2005, junto ao MEC, este dado explica sua incorporação à SEGTES na saúde do ME, devida à posse do seu marido como Ministro da Educação.

O registro da carreira dos atores nesse segundo período parece mais breve, mas isso se deve a uma presença mais longas nos mesmos registros de Francisco e Célia pois são pesquisadores da área de recursos humanos em saúde, Ana Estela tem carreira na odontologia especializada e, depois atuação de governo por pertencimento aos quadros políticos de gestão, atuando no campo da Educação e Educação na Saúde. Ela pertence aos quadros de condução de ações estratégicas da OPAS na educação técnica e por fim Gustavo Diniz Ferreira Gusso que vêm de militância na medicina da família e comunidade.

A proposta do trabalho do Secretário Francisco contou, inicialmente, com a permanência de projetos da gestão anterior, contudo estas são colocadas em programas de avaliação, reformulação e adequação para projetos da nova gestão. São chamadas a Universidade Federal de Minas Gerais, Universidade de São Paulo e Universidade do Estado do Rio de Janeiro para pesquisa e avaliação e suporte à gestão. Têm início a construção e desenvolvimento de projetos e programas novos; há reformulação de portarias, o que indica um processo de mudança das políticas até então operadas na SGTES (BRASIL, 2007), alguns claramente opositores das iniciativas anteriores. A pesquisa de avaliação e acompanhamento da Educação Permanente em Saúde foi conduzida pelo Departamento de Medicina Preventiva da USP, com o objetivo de realizar um levantamento de informações que seriam utilizadas para a reformulação e os ajustes da PNEPS. Os objetivos da avaliação foram assim definidos:

1. identificar o estágio de desenvolvimento da Política de Educação em Saúde no que diz respeito à implementação das instâncias de articulação interinstitucional e locais regionais (Polos de Educação Permanente em Saúde para o SUS);
2. atualizar o conhecimento relativo à composição dos Pólos e sua forma de organização e propor mecanismos que permitam incrementar a eficácia da capacitação através de uma organização com maior capilaridade;

3. sugerir estratégias e ações de curto e médio prazos, voltadas para o fortalecimento da integração entre formação, educação permanente e capacitação, e dos elos entre serviços e instituições de ensino;
4. propor indicadores de acompanhamento e avaliação para a Política de Educação Permanente em Saúde. (BRASIL, 2007)

Com o resultado das pesquisas, o processo de ordenamento dos Pólos foi alterado, as proposições desta gestão incluíram a simplificação do processo decisório para serem submetidos e financiados; implementação do processo de monitoramento e avaliação dos Pólos; definição de forma consensual para apresentação dos projetos e criação de critérios predefinidos; revisão na forma de financiamento considerando a distribuição de recursos humanos em saúde de cada Unidade da Federação (BRASIL, 2007). A reformulação e adequação da Portaria nº 198/2004 e o Pacto de Gestão do SUS foram pauta na oficina realizada com dirigentes e técnicos do DEGES/SGTES, representantes da Câmara Técnica de Recursos Humanos do CONASS e representantes do Núcleo de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do CONASEMS. O objeto prioritário desta proposta era discutir acerca de repasses financeiros. No relatório, o produto da oficina foi sistematizado e informado o encaminhamento às instâncias de gestão setorial e controle social (BRASIL, 2007). As articulações e estratégias da SGTES alteram-se a partir de 2006, iniciando-se um novo ciclo.

Uma nova proposta é expressa no ordenamento de parcerias institucionais, no público-alvo dos projetos e programas, nas relações com as unidades de governança e no direcionamento dos recursos. Este processo se dá através das características individuais e comuns no grupo de atores. Segundo Haddad *et al.* (2008), a SGTES pauta suas ações, buscando articulações internas ao Ministério da Saúde, além de estabelecer parcerias e diálogo constantes com os Ministérios da Educação, do Trabalho e Emprego, de Ciência e Tecnologia, de Comunicações, da Defesa e com a Casa Civil; com o Conselho Nacional de Saúde (CNS); com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); com Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); com Conselho Nacional de Educação (CNE); com as representações de trabalhadores e profissões da saúde; com as associações de ensino; com os conselhos profissionais; e com as entidades de representação estudantil (HADDAD *et al.*, 2008, p.102). Se percebe que, mesmo em face de muitas mudanças, estava incorporado como “regra do jogo” que o tema da educação na saúde

seria negociado e pactuado tanto com as instituições e atores do campo da educação, quando do campo da saúde, seguiria instituído na gestão federal e contaria com recursos financeiros próprios.

No Quadro 6 está o mapeamento das principais ações, projetos, história política do grupo e parcerias institucionais.

Quadro 6 – Histórico da Gestão 2006/2007

Mapeamento	Projetos	Qual era o objetivo	Principais Ações	Parcerias Institucionais
Gestão 2006 -2007	Programa de Avaliação da Política de Educação Permanente em Saúde Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) I Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) II Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) / 2008	Permanência das principais características das ações realizadas, reordenamento e ajustes/ algumas inovações, mantendo-se na mesma direção. Observação: A coordenação responsável por articular o diálogo com os movimentos sociais foi transferida para a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, extinguem-se as articulações com o Movimento Estudantil, as principais ações estão dirigidas às relações com as IES	Criação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (Cies)	Conselhos Profissionais: Conselho Federal de Medicina-CFM; Conselho Federal de Enfermagem – COFEn; Conselho Federal de Odontologia – CFO; Associações de Ensino: ABEM, ABENO e ABEn); Executivas de estudantes (DENEM, ENEEnf e DENE0) chamadas mas não estabelecidas; organizações dos dirigentes das instituições formadoras (ANDIFES e ABRUEM); representações dos gestores estaduais e municipais (CONASS e CONASEMS), Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde

No quadro 6 fica expresso que no período 2005-2007 a gestão acumulou pouca inovação, dando continuidade aos programas e projetos. Durante o ano de 2007, há várias propostas de alteração, sinônimo disto é a Portaria nº 1.996/2007, que apresenta novas diretrizes para a implementação da PNEPS no âmbito locorregional. Deste novo regramento, os Polos de Educação

Permanente em Saúde passam a novas Unidades de Governança, as Comissões de Integração Ensino-Serviço em Saúde (CIES), acopladas às Comissões Intergestores Regionais (CIR), surgidas no Pacto pela Saúde, de 2006, reordenando a gestão interfederativa do SUS. As CIES devem elaborar os Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (HADDAD *et al.*, 2008, p.106). A característica dessas novas unidades de governança é ter um caráter formal de autoridade mais acentuado, se comparado com os Polos de Educação Permanente em Saúde, que tinham a mobilização e articulação entre atores e instituições como principal objetivo. O novo pressuposto para a mudança na formação é a “imposição de modelo”, a prioridade para a saúde da família e atenção básica. Exemplo disso é a Rede Multicêntrica de Apoio à Especialização em Saúde da Família (MAES), diferente da anterior formulação de criar condições para a uma rede de cuidado progressivo em saúde. O novo projeto nasce da opção pela Estratégia Saúde da Família, diferente de uma concepção de Atenção Básica como escopo a toda prática, em divergência com o paradigma biomédico do diagnóstico-prescrição, sem relegar toda cooperação em alternativas de substitutividade.

O cumprimento de metas de capacitação dos profissionais das equipes de Saúde da Família no período indicava: formar uma rede de cooperação entre IES e Secretarias Municipais de Saúde com vistas para a capacitação e especialização dos profissionais atuantes na Saúde da Família, mais ou menos o retorno dos Polos de Capacitação e Educação Permanente em Saúde da Família do governo precedente, como já citado nas condições antecedentes. O Telessaúde Aplicado à Atenção Básica deve utilizar as modernas tecnologias de informação e comunicação (TIC) integrando unidades básicas e serviços de saúde. Os Núcleos de Telessaúde ofereciam agilidade aos serviços de saúde, redução do deslocamento de usuários, redução de custos e fixação dos profissionais de saúde em locais de difícil acesso (BRASIL, 2007), uma estratégia no escopo preciso da educação continuada.

Nesta gestão, observa-se, em outras palavras, a transição no direcionamento técnico e político do DEGES/SGTES. De certa forma, é importante reafirmar que estas ações produzem sentidos, criam uma identidade e um modo de fazer a partir de seus signos, recuperados de suas trajetórias anteriores. A evidência é que a rede de conversação e as unidades de governança são

modificadas, com um tom mais hierárquico ou normativo, a equipe articula com outros atores, normatiza processos, cria regras, institui parcerias internacionais, pauta o ensino de forma profissional (não multiprofissional), dando voz para três profissões: medicina, odontologia e enfermagem. Detalhe neste ponto é informar que o modelo Saúde da Família se estrutura com base nestas 3 profissões, mas não deixa de ser a “revisão” do PROMED, agora como um “PRO-ODONTO e um PROENF, expectativa forte daquele período, assim como o pacto com estas profissões. O quadro a seguir caracteriza os novos movimentos da gestão, as palavras indicam fortemente pactuação com instituições de ensino superior, caracterizam a formatação tecnológica, inovação e internacionalização.

Saúde da Família – Capacitação – Competências Profissionais – Docentes – Eventos – Formação Superior – Inovação – Internacionalização – Multiprofissional e Interdisciplinar – Ordenamento – Perfis – Portarias – Processos de Mudança – EAD – Tecnologias – Reorientação – Programas – Editais

A ideia desta nova gestão é menos agregadora dos grandes coletivos, que teriam potencialidades diferentes. As características do grupo são traduzidas a partir do uso da autoridade, com reforço das hierarquias institucionais, em especial das IES. Isto inclui os novos projetos e ações, estas implementadas com base nas normativas e regimentos do MS conforme apresentado no Quadro 7.

Quadro7 – Mapeamento de projetos e ações da Gestão 2005/2007

Mandato	Projetos	Qual era o objetivo	Principais Ações	Parcerias Institucionais
Gestão 2005-2007	Programa de Avaliação da Política de Educação Permanente em Saúde	Promover uma avaliação dos pólos de educação permanente em saúde	Aspectos relativos à gênese e organização dos polos, lógica de operação e processo decisório, atividades de ensino, sistemas de monitoramento e avaliação e proposta pedagógica	USP, UERJ, UFMG
	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)	Apoiar as transformações do processo de formação, geração de conhecimentos e	O Pró-Saúde desenvolve-se na perspectiva de que a reorientação da formação dos	Cursos de graduação da área de saúde de Instituições de Educação Superior (IES) públicas ou

	I	prestação de serviços à população, para uma abordagem do processo saúde-doença como atenção primária.	trabalhadores da saúde deve ocorrer simultaneamente em distintos eixos (orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica), rumo à integração entre instituições de ensino e serviço público de saúde, com vistas ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS)	privadas sem fins lucrativos, em parceria com secretarias municipais ou estaduais de saúde, que tenham concorrido aos editais do programa
	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde)	Incentivar grupos de aprendizagem tutorial nas práticas da atenção à saúde no SUS	Apoiar e promover a integração ensino-serviço e o processo de ensino-aprendizagem inserido na rede de atenção do SUS, envolvendo estudantes de graduação, docentes e profissionais de saúde do SUS	Profissionais de saúde do SUS, docentes e estudantes de graduação da área da saúde, em parceria com as secretarias de saúde

O Quadro 7 é composto pelos principais Programas e projetos. Dentre as inovações deste período são observados dois Programas contudentes, que revelam o primeiro percurso das propostas: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde I e II) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). Com a Portaria Interministerial nº 3.019, de 26 de novembro de 2007, é criado o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde I), com vistas ao apoio às transformações do processo de formação e à geração de conhecimentos e prestação de serviços à população. O programa é desenvolvido nos cursos de graduação da área de saúde de Instituições de Ensino Superior (IES) públicas ou privadas sem fins lucrativos, em parceria com secretarias municipais ou estaduais de saúde (BRASIL, 2011). Entre os objetivos:

- estabelecer mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as IES, visando à melhoria da qualidade e a maior resolutividade da atenção prestada, com base na integração da rede pública de serviços de saúde e dos profissionais de saúde, na graduação e na educação permanente;
- incorporar, no processo de formação na área da saúde, a abordagem integral do processo saúde-doença e a promoção da saúde;
- ampliar a duração da prática educacional na rede pública de serviços de saúde (BRASIL, 2011).

A versão (re)editada, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde II) visa reorientar o processo de formação para todos os cursos de graduação da área da saúde, “oferecendo à sociedade profissionais habilitados para responder às necessidades da população brasileira”. A versão II do programa diz nas entrelinhas que o campo de ação estratégica emergiu e que a gestão de Francisco precisava retomar laços com as demais profissões e com os atores e instituições da saúde. É importante relatar que várias propostas da gestão anterior foram extintas e outras reeditadas com um formato programático-normativo, com vistas à transmissão de modelos. Várias apostas centradas em unidades de governanças com viés institucional. Um projeto minimizado foi o de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), proposto em parceria com as secretarias municipais de saúde e com o objetivo de propor espaços de ensino-aprendizagem para estudantes da área da saúde. Na edição de 2006, a participação nacional não alcançou nem 300 estudantes, envolveu apenas 8 municípios de 3 estados, 90% concentrados no sul do país (Rio Grande do Sul, berço da iniciativa, e Santa Catarina, além do município de Jundiaí, em São Paulo), quando as versões anteriores implicavam as SES Educadoras, a Rede de Municípios Colaboradores e a Comissão de Representação do Movimento Estudantil (BRASIL, Ministério da Saúde, 2007b). As modalidades de VER-SUS na equipe anterior envolviam Estágios Regionais Interprofissionais no SUS (ERIP) e Vivências em Educação Popular no SUS (VEPOP), além do VER-SUS/Brasil. O VER-SUS permitia o encontro com a Educação Popular decorrente da presença de estudantes na ANEPS. O VER-SUS antes de 2006 envolveu 1.555 estudantes, em 71 municípios de 12 estados. Do VER-SUS em interface com a Educação Popular emergiu a Articulação de Estudante e Educação Popular e Extensão Popular – ANEPOP.

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), criado a partir da Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008, gerou projetos a serem institucionalizados nas IES, em busca de cumprir um papel com características distintas do que seria anteriormente previsto para o VER-SUS. É destinado aos profissionais de saúde do SUS, docentes e estudantes de graduação da área da saúde em parceria com as secretarias de saúde. Busca incentivar e promover a integração ensino-serviço a partir dos grupos de aprendizagem

tutorial nas práticas da atenção à saúde no SUS. O Programa prevê oferecimento de bolsas para monitoria, destinadas aos estudantes de graduação da área da saúde regularmente matriculados em Instituições de Ensino Superior (IES), públicas ou privadas sem fins lucrativos; tutoria acadêmica, destinada a professores das IES integrantes do programa, e preceptoria, destinada a profissionais de saúde do SUS que integram os grupos tutoriais do programa (BRASIL, 2011).

Com um novo grupo na direção da SGTES, no período entre 2005 e 2007, foi possível identificar que novas propostas emergem. Estas indicam os posicionamentos do grupo e explicitam que há um conjunto de significados comuns sobre o que está em jogo no campo. Ambos os grupos que dirigiram o DEGEG/SGTES têm como entendimento a necessidade de mudança na formação em saúde e consideram como regra que esta mudança tem que ser articulada com atores e instituições tanto do campo da educação quanto da saúde. Compreendem como necessária a diversidade de cenários de práticas para a formação e compartilham do conceito de educação permanente em saúde “em tese”. Disputam a direcionalidade da mudança: transversal (de concepção, aceitando a inventividade local) x programática (de modelo, induzindo e monitorando perfis). Fica explícito para este campo emergente o quanto a organização estatal da educação na saúde do MS, o DEGEG/SGTES torna-se capaz de conferir a dominância nesta ordem local aos atores. Isso como resultado dos recursos financeiros, estruturais e de mobilização que dispõe, mas principalmente da sua capacidade de estabelecer a agenda e as redes de conversação na área. Aqueles atores que se opunham à equipe dirigente do DEGEG/SGTES acabaram por cumprir o papel de desafiadores do campo, mas também da maior transversalidade em sua compreensão.

A EMERGÊNCIA DE UM CAMPO DE AÇÃO ESTRATÉGICA – O CAMPO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE – CONSIDERAÇÕES

Do estudo sobressaem o pensamento estratégico e os estímulos provenientes da teoria dos campos de ação estratégica. Grifo, entretanto, a intensidade da pesquisa e as marcas deixadas na futura pesquisadora. A Teoria dos campos de Fligstein é caracterizada pela análise da emergência de temas, estes conduzidos pelos movimentos e habilidades de atores sociais, individuais ou coletivos, que promovem mudanças ou permanências, que dada a introdução de uma mobilização emergente (habilidades sociais dos atores), envolvimento do Estado e criação de unidades de governança podem se tornar campo de ação estratégica. Dentre os grupos de ação, existem atores que ocupam posições, que definem regras, que ordenam e imprimem seus signos, dos quais emergem habilidades sociais, cognitivas, intelectuais e socioculturais capazes de capturar (induzir) a cooperação (adesão) dos outros. Essa noção é importante para sugerir o quanto os atores são relevantes na construção e na reprodução de ordens locais que instituem políticas públicas.

Para falar sobre o campo da educação na saúde, e propriamente da emergência deste, foi necessário pesquisar suas marcas, seus tensionamentos, seus reflexos desencadeadores. Contar esta trajetória permitiu reconhecer uma *flecha lançada*, mas também evidências de transformação em cenários e atores. Desta análise, surgiram indagações e a proposta de um resgate histórico, segundo o arcabouço da Teoria dos Campos de Ação Estratégica: Ambiente, Unidades de Governança, envolvimento do Estado e Atores Sociais (Operadores Históricos e Desafiadores e suas Habilidades Sociais).

Para contar a história foi também necessária a varredura de sentidos e indícios de quem era operador ou desafiador. Pretendia-se contar a história de forma heterogênea, considerando os sentimentos e análises pertencentes a uma trajetória profissional particular e a emergência de hipóteses, mas durante a pesquisa foi possível constatar a emergência de um campo de ação estratégica e detalhar pontos que trouxeram sua emergência. O exercício restou “inicial”, experimentação de uma prática de pesquisa em políticas públicas, mas o suporte da teoria dos campos de ação estratégica permitiu enunciar o surgimento de como, por quem e para que fim

habilidades sociais surgiram e operaram para a transformação e para a construção de um ambiente de pensamento e práticas, introduzindo um vetor de confluência de novos atores sociais.

O ambiente do campo de ação estratégica caracterizado no presente estudo envolvia as áreas da Educação e da Saúde, que atuavam com distanciamento e formulações independentes, introduzindo uma organização no Estado com capacidade de gerar unidades de governança e mobilizar a cooperação dos atores sociais. A organização no Estado foi a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, mas especificamente o Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Este Departamento viria a ser uma organização do Estado que compreende e se relaciona com diversas áreas que tratam da educação na saúde. A criação desta Secretaria e Departamento constituiu a autoridade que intervém, cria regras e legitima grupos não estatais e estatais para culminar em um *Campo de Ação Estratégica*.

No DEGES, ocorre um episódio, a substituição de toda a equipe diretiva presente no período janeiro/2003 – julho/2005, permitindo que se pudesse pesquisar o período da transição e seus efeitos na introdução de um outro envolvimento do Estado, novas unidades de governança e outro perfil de habilidades sociais dos atores. O período escolhido para a pesquisa foi 2003 a 2007. O que se observou com a criação do DEGES foi a introdução de uma política pública à educação na saúde, designada como Educação Permanente em Saúde. A manutenção da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde informa que, independente de quem sejam os atores dominantes e desafiadores no campo, promoveu-se uma ordem local. O DEGES e a PNEPS são sustentados e transformados a partir da conduta de grupos, em consonância com modos de operarem e de imprimirem significados de vida para si e para os demais **atores sociais**. No entanto, há um entendimento compartilhado de que está em jogo a mudança na formação dos profissionais de saúde para atender ao ideário da Reforma Sanitária Brasileira.

Para a caracterização de uma ação estratégica e compreensão da consolidação de um campo, foi fundamental olhar para os processos de mudança e, principalmente, para o exercício da cooperação entre os atores envolvidos, suas características e habilidades sociais. Nesta direção, é considerado que da criação da SGTES e da publicação da Política Nacional de Educação

Permanente em Saúde em 2003 emerge um campo, uma ordem local, que organiza a agenda e reconfigura a arena do debate sobre a formação dos profissionais de saúde. A transição na SGTES e sua nova consolidação abrangida no período entre 2003 e 2007 caracterizam um campo de ação estratégica e permitem verificar a atuação de grupos que interagem na construção e na consolidação deste campo. No *ambiente* do campo de ação estratégica, criam-se diversas Unidades de Governança, articulando organizações que anteriormente atuavam separadamente. Incluem-se as Associações de Ensino da Área da Saúde, a Rede Unida, a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde, as Executivas Nacionais de Estudantes de Área da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde e outras organizações não estatais que se unificam para transformação do ensino da saúde.

É nas Unidades de Governança que se articulam atores sociais que possuem habilidade social, característica fundamental de operadores dominantes e desafiadores que atuam nos movimentos de militância para a emergência do campo de ação estratégica. A posição no campo dos atores sociais, sejam dominantes ou desafiadores, é alterada no momento de transição das equipes diretivas pesquisadas. Neste episódio, o que fica claro é a estratégia de cada ator, as movimentações das equipes no campo, as características e signos impressos nas legendas dos projetos, alterações de leis e normativas, as alianças com as Unidades de Governança, para além da criação de novas Unidades. O cenário é totalmente modificado nas estrelinhas, esmiuçar os relatórios das duas gestões foi imprescindível. Com estes documentos se pode validar os processos de caracterização das equipes e seus dirigentes, a influência destes, a ocupação dos espaços no campo, a capacidade de cooperação e de mobilização para o alcance de objetivos.

A trajetória dos atores em posição de operadores históricos ou desafiadores não desarmou o campo, antes o preservou, em que pesem as inflexões de sentido e seus signos, o que colabora na sustentação do campo de ação estratégica, mas o que ressalta é a denominação precisa e a emergência de uma política pública, a Educação Permanente em Saúde. Ressalta-se que desde a primeira versão existente, lançada em 2003, uma transição de equipe diretiva e a mobilização de estratégias distintas não trouxe outra terminologia e não ocorreu no campo da

Educação na Saúde outra Política Nacional. Verifica-se a efetiva emergência de um campo de ação estratégica. A formação profissional, a trajetória intelectual e de ação na profissão dos atores em posição de governo, a maneira com que se relacionam no campo da educação e da saúde, de maneira integrada ou não, coletiva ou não, vão fazer parte das suas habilidades sociais e são instrumentos que dão conta das redes que fazem ao longo da militância profissional, pela reforma setorial da saúde ou pela mudança na formação de profissionais de saúde e são acionadas quando da atuação no DEGES/SGTES.

Nas “capturas”, a cooperação “dos outros”. Encontramos na equipe da SGTES do primeiro período (2003-2005), uma característica coletiva, capaz de aglutinar vários grupos, dar voz e importância para as Unidades de Governança e criar algumas delas em vários projetos no sentido de movimentar a rede de relações, fazer esta voz ecoar, dar para atores que não tinham visibilidade no campo a permanência, o acento, para que estes produzissem mudanças e, nas entrelinhas, fossem condutores destes projetos, destas ações. Na equipe da SGTES do segundo período (2005-2007) culminou uma conduta mais estatal, centralizada na ação do Estado e normatizadora. Muitas regras foram criadas, ações para a avaliação dos projetos da gestão anterior, extinção de áreas que aglutinavam diversidades e atores populares, diminuição das vozes estudantis e uso das redes de atores para atender convocações de Estado. De toda forma, este grupo (desafiador) não logrou o silenciamento das ações estratégicas dos atores sociais precedentes. Verificou-se a pouca aderência no campo para as novas parcerias. O que entra para a cena neste período, com mais ênfase, são instituições de ensino superior públicas e privadas e organismos internacionais, entidades e organizações, mas não atores de uma nova “língua”. Estes são os pontos-chaves da rede de conversação dos atores hábeis que dirigiam o primeiro período do DEGES.

Por um período, algumas “vozes” são caladas, mas é neste momento de disputa que se evidencia a emergência do Campo. Os recursos ficam sobressalentes, neste desfecho sinaliza-se o “capital social” além dos recursos financeiros. A cena ocorre entre **dominantes** e **desafiadores**. As mudanças são mediadas pelas posições no campo. De fato, o episódio de transição das equipes diretivas do DEGES/SGTES demonstrou o quanto a presença nessa organização estatal oferece

aos atores capacidade de influírem no campo, mas também o poder das habilidades sociais. As atuações dos grupos deram origem a diversas tecnologias organizacionais, aglutinaram grupos e atores, reuniram-se recursos capazes de formar mais de uma coalizão política que disputa o domínio para a concretização da emergência do Campo de Ação Estratégica.

As duas equipes desencadearam ações estratégicas para caracterizar o campo da educação na saúde, um campo em formação. Atores, instituições, processos políticos e ideias apontaram para a existência da emergência de um campo reconhecido e nomeado – o Campo da Educação Permanente em Saúde. Há um entendimento comum sobre o que está em questão no campo quando todos os atores agem para mudar a formação dos profissionais da saúde e partilham o propósito da educação na saúde. As regras para a relação no campo também são partilhadas, uma vez que a pactuação entre os setores da saúde e da educação, a descentralização para as regiões de saúde e o controle social em saúde e em educação são incorporados como modo de fazer as políticas e projetos de educação na saúde. Os atores reconhecem os seus opositores no campo, ou seja, tem clara a sua posição em relação aos demais atores. É explícito que os dois grupos dirigentes do DEGES/SGETS no período de 2003 a 2007 expressam os diferentes significados em disputa no campo.

Na pesquisa, observa-se a emergência do campo a partir da transição das equipes diretivas. Ocorreram mudanças significativas na relevância desta temática, tanto para a saúde e quanto para a educação; na reorganização dos atores e das instituições; e nas ações dos atores e grupos que tratam do tema da educação na saúde, mas destaca-se que o Campo da Educação na Saúde emergiu neste período e obteve um nome próprio: Educação Permanente em Saúde. A PNEPS é signo emergente do campo de ação estratégica Educação na Saúde. O campo e seu nome próprio são objeto para futuras pesquisas em políticas públicas. Em especial no sentido de verificação de uma possível estabilidade deste campo de ação estratégica.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, A.C.; LUGARINHO, R. A constituição do Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área da Saúde e a Avaliação da Formação no contexto de implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 289-296.

AROUCA, José Carlos. **Repensando o sindicato**. Editora LTr, 1998.

BILIBIO, Luiz Fernando Silva. **Por uma alma dos serviços de saúde para além do bem e do mal: implicações micropolíticas à formação em saúde**. 191 f. 2009. Faculdade de Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2009.

BRASIL (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 27 out. 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 330, de 04 de novembro de 2003**. 2003. Disponível em: <conselho.saude.gov.br/resolucoes/2003/Reso330.doc>. Acesso em: 19 dez. 2015.

BRASIL. Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 17 mar.2003. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/D4726.htm>. Acesso em: 18 dez. 2015.

BRASIL. Decreto nº 8.065, de 7 de agosto de 2013. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde e remaneja cargos em comissão. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 08 ago. 2013. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d8065.htm>. Acesso em: 18 dez. 2015.

BRASIL. **Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977**. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. 1977. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/D80281.htm>. Acesso em: 19 dez. 2015.

BRASIL. Lei Federal n. 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. Lei Orgânica da Saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990a.

BRASIL. Lei Federal n.8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

BRASIL. Lei Federal nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Projovem; cria o Conselho Nacional de Juventude (CNJ) e a Secretaria Nacional da Juventude; altera as Leis nº 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 1º jul. 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm>. Acesso em: 05 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Portaria nº 193, de 19 de julho de 2004. **Diário Oficial da União**, 20 jul. 2004. Disponível em: <http://www.fazenda.gov.br/aceso-a-informacao/institucional/legislacao/2004/portaria-no-193-de-19-de-julho-de-2004>>. Acesso em: 22 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº198/GM, 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. 2004.

BRASIL. Ministério de 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**, nº 162, 22 ago. 2007a, Seção 1. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html>. Acesso em: 19 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de recursos humanos em saúde**. Brasília: MS, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de tomada de contas de 2004**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de tomada de contas de 2006**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**: SGETS: políticas e ações. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CAMPOS, F.E.; AGUIAR, R.A.T.; BELISÁRIO, A.S. A formação superior dos profissionais de saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

CAMPOS, Francisco Eduardo de; BELISARIO, Soraya Almeida. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 5, n. 9, p. 133-142, ago. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832001000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 dez. 2015.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Políticas de Formação de Pessoal para o SUS: reflexões fragmentadas. **Cadernos RH Saúde**; Brasília, DF, v. 3, n.1, p.55-60, mar. 2006.

CAVALCANTI, Felipe de Oliveira Lopes. **Educação permanente em saúde: entre o passado e o futuro**. 2015. 198 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://www.btdtd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=9196>. Acesso em: 18 dez. 2015.

CECCIM, R.B. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersectorialidades. **Rev Cien Saude**, Porto Alegre, v.1, n.1, p.9-23, 2008. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/3859>>. Acesso em: 18 dez. 2015.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antonio. Educação e Saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, p. 443-456, 2008. Disponível em: <<http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=NumeroAnterior&Num=219&Idioma=pt-br&Esp=33>>. Acesso em: 18 dez. 2015.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 dez. 2015.

CECCIM, Ricardo Burg; ARMANI, Teresa Borgert; ROCHA, Cristianne Famer. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 7, n. 2, p. 373-83, 2002.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. Macruz. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p. 1400-1410, 2004a.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C.M. O quadrilátero da formação para a área da Saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1,. p. 41-65, 2004b.

DIAS, Henrique Sant'Anna; LIMA, Luciana Dias de; TEIXEIRA, Márcia. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1613-1624, jun. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 dez. 2015.

FARIA, R. M. B. **Institucionalização da Política de Educação Permanente para o Sistema Único de Saúde: Brasil, 1997-2006**. 2008. 223 f. Tese(Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

FEUERWERKER, L. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.9, n.18, p.489-506, set/dez. 2005.

FEUERWERKER, Laura C. M.; SENA, Roseni R. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 37-49, Fev. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832002000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 dez. 2015.

FEUERWERKER, Laura; ALMEIDA, Marcio. Diretrizes curriculares e projetos pedagógicos: é tempo de ação!. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 56, n. 4, p. 351-352, ago. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672003000400006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 dez. 2015.

FLIGSTEIN, N. Habilidade social e a teoria dos campos. In: MARTES, Ana Cristina Braga (org). **Redes e Sociologia Econômica**. São Carlos: EdUFSCar, 2009, p. 69-106.

FLIGSTEIN, Neil; McADAM, Doug. **A teoria dos campos**. New York: Oxford University, 2012.

FRANCO, Tulio Batista. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.11, n.23, p.427-38, set/dez 2007.

GONZALEZ, Alberto Durán; ALMEIDA, Marcio José de. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. **Physis**[online], Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 551-570, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-

73312010000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 dez. 2015.

HADDAD, Ana Estela *et al.* Política nacional de educação na saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 32, supl. 1, p. 98-114, 2008. Disponível em: <<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/1463/1099>>.. Acesso em: 18 dez. 2015.

JAEGER, M. L. **Entrevista com Maria Luiza Jaeger para o Projeto Qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde: dinâmica e determinantes**. 2008. Disponível em: <<http://www.observatorio.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Entrevista&Num=4&Destaques=1>>. Acesso em: 19 dez. 2015.

LIMA, A.; SILVA, F.V. Fórum Nacional de Educação das profissões na área de Saúde: a construção coletiva de um ator no movimento das transformações da educação em saúde no Brasil. **Jornal da ABEn**, ano 46, n. 4, out./nov./dez. 2004. Disponível em: <http://www.sbfa.org.br/fnepas/pdf/publicacao/jornal_aben.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2015.

MÂNGIA, Elisabete Ferreira; LUGARINHO, Regina. O Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde -FNEPAS: o desafio da formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde –SUS. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. i, maio/ago., 2007.

MARANHÃO, Thaís. Vivências e estágios na realidade do Sistema Único de Saúde: um “garimpo” bibliográfico. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, dez. 2013. Disponível em: <<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/529>>. Acesso em: 18 dez. 2015.

PADILHA, R. Q. Promed – Programa de Incentivo a mudanças curriculares nas Escolas Médicas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Políticas de Recursos Humanos em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3091.pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2015.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; PIRES-ALVES, Fernando; HOCHMAN, Gilberto. A cooperação técnica OPAS – Brasil na formação de trabalhadores para a saúde (1973-1983). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 929-939, jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 dez. 2015.

PIERANTONI, C. R. *et al.* **Gestão do trabalho e da educação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ObservaRH, 2012.

PIERANTONI, C.R.; VIANA, A.L.A. (Org.). Educação e saúde. São Paulo: Hucitec, 2010.

POSSA, Lisiane Boer. **Políticas Públicas: os efeitos no subsistema de provisão de serviços hospitalares do Sistema Único de Saúde**. 2013. 286 f. Tese (Doutorado em Sociologia) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

SABATIER, P. A. (Ed.). **Theories of the policy process**. Cambridge, MA: Westview Press, 2007.

SÓRIO, R.; LAMARCA, I. Novos desafios das escolas técnicas de saúde do SUS. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p.147-164, 1998.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 20-45, jul./dez. 2006.

SOUZA, H.M. *et al.* Pólos de capacitação, formação e educação permanente para o programa saúde da família. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Políticas de Recursos Humanos em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3091.pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2015.

STOTZ, Eduardo Navarro. Enfoques sobre educação e saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf. Acesso em: 18 dez. 2015. p. 46-57. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

STOTZ, E.N.; DAVID, H.M.S.L; WONG-UN, J. Educação popular e saúde – trajetória, expressões e desafios de um movimento social. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 8, n. 1, p. 49-60, jan.-jun. 2005. Disponível em: <www.ufjf.br/nates/files/2009/12/EducacaoPopular.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2015.

TRUE, James L.; JONES, Bryan D.; BAUMGARTNER, Frank R. Punctuated Equilibrium Theory: Explaining Stability and Change in Public Policymaking. In: SABATIER, P. A. (Ed.). **Theories of the policy process**. Cambridge, MA: Westview Press, 2007. p. 155-187.

UFRGS. EducaSaúde. **As ações de rede na produção e saberes – os círculos em rede**. 2015b. Disponível em: <<http://www.educasaude.org/rede-cientifica/as-aco-es-de-rede-na-producao-de-saberes>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

UFRGS. EducaSaúde. **Quem somos e como pensamos a saúde**. 2015a. Disponível em: <<http://www.educasaude.org/quem-somos>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 67-83, jun. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 dez. 2015.

VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de Saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 5, n. 8, p. 121-126, fev. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832001000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 dez. 2015.

VASCONCELOS, E. M.; CRUZ, P. J. S. C. **Educação Popular na formação Universitária**: reflexões com base em uma experiência. São Paulo: Hucitec, 2013.

YIN, Roberto K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookmam, 2005.

ZAHARIADIS, N. The multiple streams framework: structure, limitations, prospects. In: SABATIER, P. A. (Ed.). **Theories of the policy process**. Cambridge, MA: Westview Press, 2007. p. 65-92.

APÊNDICE A – HISTÓRICO DAS ASSOCIAÇÕES BRASILEIRAS DE ENSINO DAS PROFISSÕES DA SAÚDE

Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn

Fundada em 1926, sendo a mais antiga associação brasileira das profissões do campo da saúde, foi nomeada primeiramente como Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas, em virtude da formatura da primeira turma da Escola de Enfermeiras de Eva Néri em 1925. Nesta época, a intenção para a criação a tal associação era controlar os movimentos sobre as alunas recém formadas na instituição. No ano criação 1926, passou a ser denominada Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas (ANED), em 1928 para Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas Brasileiras (ANEDB), já em 1944 para Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas (ABED), incorporando somente em 1954, oficialmente o designação de *Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn* instituída como sociedade civil, agrega enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, alunos de graduação e ensino técnico, todos tem livre escolha para associar-se. Possui uma diretoria nacional sendo orientada por um estatuto regimental próprio. Regulamentada pelo Decreto Federal Nº. 31.417/52, a ABEn tem o como responsabilidades propor políticas e programas que visem qualidade de vida para a população, em sua missão estão refletidos os princípios do SUS, a garantia de universalidade e equidade aos cidadãos brasileiros.

Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO

Tem suas primeiras proposições em outubro de 1999, no I Fórum Nacional de Docentes ocorrido em Salvador/BA. Fundada em 5 de abril de 2001, associação civil de direito privado, sem fins lucrativos tem como seus principais objetivos o desenvolvimento e o aprimoramento do ensino/formação em Fisioterapia, podendo congrega associados institucionais e associados individuais (composto por docentes e discentes).

Associação Brasileira de Educação Médica – ABEM

Fundada em 21 de agosto de 1962, tem sede no Rio de Janeiro desde 1965, é uma sociedade civil, jurídica, sem fins lucrativos, agrega sócios individuais e institucionais, é regulamentada pelo Decreto nº 64.571, de 23 de maio de 1969. Conforme o Estatuto Social, deve ser reconhecida como protagonista de melhorias na educação médica brasileira e influenciar as políticas públicas de educação e saúde. A ABEM tem como missão promover o desenvolvimento da educação médica no País, visando a formação de médicos capazes de atender às necessidades de saúde da população, contribuindo para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde e para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária.

Associação Brasileira de Ensino de Psicologia – ABEP

Foi criada em 28 de maio de 1999, entidade de âmbito nacional, tendo sede em Brasília. É uma entidade sem fins lucrativos que congrega sócios institucionais e individuais. Em sua trajetória tem envolvimento com a formação profissional, atuando na pesquisa e projetos no âmbito da graduação, pós-graduação (*lato e stricto sensu*) e residências multiprofissionais. Deve cooperar com o desenvolvimento do ensino da Psicologia, coordenando informações e coligindo dados

sobre o mercado de trabalho, sobre experiências educacionais de formação em Psicologia, sobre aplicações do conhecimento da Psicologia que possam auxiliar na solução de problemas nacionais e outras informações necessárias e importantes para a qualificação dos cursos de formação em Psicologia;

Associação Brasileira de Ensino Odontológico – ABENO

Fundada em 2 de agosto de 1956, no estado de Minas Gerais, regulamentada no art. 53 da Lei. 10.406/2002; discutir problemas no ensino odontológico, formação de docentes; aprimoramento de técnicas e material pedagógico; intercâmbio e problemas relacionados ao ensino de disciplinas clínicas. A primeira denominação era Associação Brasileira de Estabelecimentos de Ensino Odontológico – ABEEO, em julho de 1958, altera-se para Associação Brasileira de Ensino Odontológico – ABENO.

Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS

Criada em 1946, com desafio de acompanhar a implementação dos currículos dos cursos de graduação, esta associação conquistou seu espaço para o fortalecimento da profissão, promovendo debates a cerca da educação continuada, da educação permanente, bem como do aperfeiçoamento dos profissionais. É uma entidade civil de natureza acadêmico-científica, direito privado, sem fins lucrativos. Conforme Art. 2º do Estatuto, aprovado em 8 de dezembro de 2008; deve propor e coordenar a política de formação profissional na área de Serviço Social que associe organicamente ensino, pesquisa e extensão e articule a graduação com a pós-graduação;

Rede de Nacional de Ensino e Pesquisa em Terapia Ocupacional – RENETO

A mais nova associação de ensino de Terapia Ocupacional tem uma história contemporânea, diferente das demais, em sua denominação já informa sua modernidade, criada em 2000, em uma rede virtual no VII Encontro Nacional de Docentes de Terapia Ocupacional. Entre seus objetivos destaca-se o aprimoramento e desenvolvimento do ensino, da pesquisa da Terapia Ocupacional no país.

Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia – SBFa

Fundada em 15 de setembro de 1988, tem representação histórica na condução do reconhecimento legal da profissão e dos cursos de graduação entre os anos 1960 e 1980. Tem caráter científico e cultural, sem fins lucrativos, esta entidade congrega fonoaudiólogos e profissionais de áreas ligadas às atividades educacionais e clínicas da Fonoaudiologia. Conforme Art.5º do Estatuto Social, de 23 de setembro de 2013, a SBFa tem por objetivo: congregar os fonoaudiólogos e demais profissionais com interesse pela Fonoaudiologia, com o objetivo de defesa geral da Fonoaudiologia no âmbito científico, ético, social, econômico e cultural;

Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO

Esta associação é criada a partir da 1ª Reunião de Formação e Utilização de Pessoal de Nível Superior na Área da Saúde Pública, realizada em 27 de setembro de 1979, em Brasília, na sede Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), participaram alunos e professores de Programas de Pós-Graduação em Medicina Social e Saúde Pública. Com o objetivo de desenvolver saberes e práticas deste novo campo de conhecimento a entidade foi nomeada: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO. Posteriormente, com surgimento dos cursos de graduação de Saúde Coletiva, a entidade é nomeada como Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO.

Com foco na pesquisa, cooperação e prestação de serviços em Saúde Pública, informa seus principais pressupostos: apoiar indivíduos e instituições ocupados com o ensino de Graduação e Pós-Graduação, a pesquisa, a cooperação e a prestação de serviços em Saúde Pública/Coletiva, objetivando a ampliação da qualificação profissional o fortalecimento da produção de conhecimento e o aprimoramento da formulação de políticas de saúde, educação e ciência e tecnologia para o enfrentamento dos problemas de saúde da população brasileira.

Rede UNIDA

O percurso da Rede UNIDA inicia em 1930, com a criação da Fundação W. K. Kellogg, a entidade é proposta pelo W. K. Kellogg, proprietário de uma fábrica de cereais matinais. (KELLOGG, 2002). A missão da Fundação W. K. Kellogg é: “ajudar as pessoas a ajudarem a si mesmas através da aplicação prática de conhecimentos e de recursos para melhorar a qualidade de vida desta e de futuras gerações” (W. K. KELLOGG FOUNDATION, 2002, p. 24). A fundação foi pioneira para o desenvolvimento da Educação profissional na América Latina, atuante no campo da saúde, educação e desenvolvimento rural, compreendendo que o processo educativo dos profissionais de saúde poderia atender as necessidades da população, priorizando a melhoria dos serviços de saúde e universalizando o acesso aos cidadãos. (TANCREDI; FEUERWERKER, 2001). Cria-se da fusão REDE IDA/Brasil e o programa UNI – “Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: união com a comunidade. A Rede UNIDA hoje é uma associação científica voltada ao debate e proposições no âmbito de integração ensino e serviço – gestão – comunidade.

APÊNDICE B – PRINCIPAIS PRODUÇÕES BIBLIOGRÁFICAS DOS ATORES DIRIGENTES DA SGTES NO PERÍODO ENTRE 2003 E 2007

Os Quadros de 1 a 10, a seguir, apresentam as principais produções bibliográficas dos atores dirigentes da SGTES, no período entre 2003 e 2007, sintetizando as concepções e ideias defendidas pelos mesmos no campo da saúde e da educação na saúde.

Quadro 1 – Produção Bibliográfica de Maria Luiza Jaeger

Ator	Produção Bibliográfica/ Artigos Completos Publicados – 2002 a 2007
Maria Luiza Jaeger	<p>CECCIM, R. B.; JAEGER, Maria Luiza; MACHADO, Maria Helena. Gestão do trabalho e da educação na saúde. Revista Brasileira de Saúde da Família (Brasília), v. 5, p. 86-103, 2004.</p> <p>JAEGER, Maria Luiza; CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antonio; MÜLLER, Ana Maria Consentino; ANJOS, Celso Bitencourt dos. Implantação do SUS no Rio Grande do Sul: linhas estratégicas da Secretaria da Saúde na Gestão Democrático-Popular eleita para o mandato de 1999 a 2002. Boletim da Saúde, Porto Alegre, v. 14, n.1, p. 09-25, 1999.</p> <p>FERLA, A.A.; JAEGER, Maria Luiza; BARICHELLO, Gilberto. A gestão da saúde no Rio Grande do Sul no período de 1999 a 2002: ousadia e inovação como marcas de um governo democrático e popular. In: Jorge Bittar. (Org.). Governos estaduais: desafios e avanços. 1ed. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2003, v. 1, p. 247-266.</p> <p>FERLA, A.A.; JAEGER, Maria Luiza; PELEGRINI, Maria Leticia Machry de. A gestão da saúde no contexto do SUS: descentralização, integralidade e controle social como desafio para os governos. In: Laura Tavares Soares. (Org.). Tempo de desafios: a política social democrática e popular no governo do Rio Grande do Sul. 1ed. Petrópolis / Buenos Aires: Vozes / Clacso, 2002, v., p. 46-84.</p> <p>FERLA, A.A.; JAEGER, Maria Luiza. Controle social como processo: a participação da população na saúde e o Oçamento Participativo no Estado do Rio Grande do Sul. In: Alcindo Antônio Ferla; Sandra Maria Sales Fagundes. (Org.). Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde no Rio Grande do Sul. 1ed. Porto Alegre: ESP/RS; Editora Da Casa, 2002, v. 1, p. 179-194.</p>

Quadro 2 – Produção Bibliográfica de Ricardo Burg Ceccim

Ator	Produção Bibliográfica/ Artigos Completos Publicados – 1980 a 2007
Ricardo Burg Ceccim	<p>CECCIM, R. B.; Invenção da saúde coletiva e do controle social em saúde no Brasil: nova educação na saúde e novos contornos e potencialidades à cidadania. Revista de Estudos Universitários (Sorocaba), v. 1, p. 29-48, 2007.</p> <p>CECCIM, R. B.; "Um sentido muito próximo ao que propõe a educação permanente em saúde": O devir da educação e a escuta pedagógica da saúde. Interface. Comunicação, Saúde e Educação, v. 11, p. 358-361, 2007.</p> <p>CECCIM, R. B.; PINTO, Luiz Felipe. A formação e especialização de profissionais de saúde e a necessidade política de enfrentar as desigualdades sociais e regionais. Revista Brasileira de Educação Médica (Impresso), v. 31, p. 266-277, 2007.</p> <p>CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; MERHY, Emerson Elias. Educación Permanente en Salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. Salud Colectiva, Buenos Aires-AR, v. 2, n.2, p. 147-160, 2006.</p>

CECCIM, R. B.; Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface (Botucatu. Impresso), Botucatu-SP, v. 9, n.16, p. 161-177, 2005.

CECCIM, R. B.; Porque uma Lei Orgânica da Educação Superior precisa contemplar de maneira especial e dedicada a articulação com o setor da saúde. Olho Mágico (UEL), Londrina PR, v. 12, n.1, p. 35-45, 2005.

CECCIM, R. B.; Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciência e Saúde Coletiva (Impresso), Rio de Janeiro-RJ, v. 10, n.4, p. 975-986, 2005.

CECCIM, R. B.; Redes de conhecimentos no SUS: a educação permanente em saúde, em ato. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, Rio de Janeiro-RJ, v. 9, n.3, p. 3, 2005.

CECCIM, R. B.; Malha de cuidados ininterruptos à saúde. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, Rio de Janeiro-RJ, v. 1, p. 103-113, 2005.

CECCIM, R. B.; Feuerwerker, Laura C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis (UERJ. Impresso), v. 14, p. 41-65, 2004.

CECCIM, R. B.; Gestión de la salud y políticas de formación de los trabajadores. Revista Panamericana de Enfermería, v. 2, p. 55-63, 2004.

CECCIM, R. B.; JAEGER, Maria Luiza; MACHADO, Maria Helena. Gestão do trabalho e da educação na saúde. Revista Brasileira de Saúde da Família (Brasília), v. 5, p. 86-103, 2004.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. Cadernos de Saúde Pública (ENSP. Impresso), v. 20, p. 1400-1410, 2004.

CECCIM, R. B.; ARMANI, Teresa; ROCHA, Cristianne Maria Famer. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos no Brasil. Ciência e Saúde Coletiva (Impresso), Rio de Janeiro, RJ, v. 7, n.2, p. 373-383, 2002.

CECCIM, R. B.; Inovação na preparação de profissionais de saúde e a novidade da graduação em saúde coletiva. Boletim da Saúde, Porto Alegre, RS, v. 16, n.1, p. 9-38, 2002.

CECCIM, R. B.; Informações em saúde: conexões entre o registro de dados, a clínica, a cidadania e a tomada de decisões. Ciência e Saúde Coletiva (Impresso), Rio de Janeiro, RJ, v. 7, n.4, p. 627-630, 2002.

CECCIM, R. B.; Pediatria, puericultura, pedagogia: Imagens da criança e o devir-criança. Boletim da Saúde, Porto Alegre, RS, v. 15, n.1, p. 87-106, 2001.

CECCIM, R. B.; ARMANI, Teresa Borgert. Educação na saúde coletiva: papel estratégico na gestão do SUS. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro-RJ, v. 1, n.23, p. 30-56, 2001.

CECCIM, R. B.; Diversidade e adversidade na prática da atenção à saúde. Saúde Revista do Nipesc, Porto Alegre-RS, v. 3, n.4, p. 59-77, 1999.

JAEGER, Maria Luiza; CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antonio; MÜLLER, Ana Maria Consentino; ANJOS, Celso Bitencourt dos. Implantação do SUS no Rio Grande do Sul: linhas estratégicas da Secretaria da Saúde na Gestão Democrático-Popular eleita para o mandato de 1999 a 2002. Boletim da Saúde, Porto Alegre, v. 14, n.1, p. 09-25, 1999.

Quadro 3 – Produção Bibliográfica de Roseni Rosângela de Sena

Ator	Produção Bibliográfica/ Artigos Completos Publicados – 1995 a 2007
Roseni Rosângela de Sena	<p>SENA, R. R.; SILVA, K. L.; SEIXAS, Clarissa Terenzi. Practices in Community Health toward equity: contributions of Brazilian Nursing. <i>Advances in Nursing Science</i>, v. 30, p. 343-352, 2007.</p> <p>SENA, R. R.; GOTTEMS, L.B.D.; ALVES, E.D... Brazilian Nursing and professionalization at technical level: a retrospective analysis. <i>Revista Latino-Americana de Enfermagem (Ribeirão Preto)</i>, v. 15, p. 1033-1040, 2007.</p> <p>Sena, Roseni Rosângela de; SILVA, Kênia Lara. Políticas e práticas de saúde rumo à equidade. <i>Revista da Escola de Enfermagem da USP</i>, v. 41, p. 771, 2007.</p> <p>Silva, Kenia Lara da; Sena, Roseni Rosangela de; Grillo, Maria Jose Cabral; Horta, Natalia de Cássia; Prado, Priscila Malta Coelho. Promoção da saúde como decisão política para a formação do enfermeiro. <i>Revista da Escola de Enfermagem da USP</i>, v. 41, p. 826, 2007.</p> <p>SENA, R. R.; SILVA, Kênia Lara; RATES, Hosana Ferreira; VIVAS, Karine Lara; QUEIROZ, Carla Mendes; BARRETO, Fernada Ourives. O cotidiano da cuidadora no domicílio: desafios de um fazer solitário. <i>Cogitare Enfermagem (UFPR)</i>, v. 11, p. 124-132, 2006.</p> <p>SENA, R. R.; SILVA, Kênia Lara. Nursing education: seeking critical-reflexive education and professional competencies. <i>Revista Latino-Americana de Enfermagem (Ribeirão Preto)</i>, v. 14, p. 755-761, 2006.</p> <p>SENA, R. R.; RICARDONI, C. A. Permanent education: a tool to think and act in nursing work. <i>Revista Latino- Americana de Enfermagem (Ribeirão Preto)</i>, v. 14, p. 837-842, 2006.</p> <p>SILVA, Kênia Lara; SENA, R. A formação do enfermeiro: construindo a integralidade do cuidado. <i>Revista Brasileira de Enfermagem</i>, v. 59, p. 488-491, 2006.</p> <p>SENA, R. R.; SILVEIRA, Marília Rezende da. Diversidade de práticas e saberes: o caso do Agente Comunitário de Saúde do Programa de Saúde da Família de Nova Contagem / Minas Gerais. <i>REME. Revista Mineira de Enfermagem, Belo Horizonte</i>, v. 9, n.1/2, p. 59-64, 2005.</p> <p>10. SENA, R. R.; VIEIRA, Maria Aparecida. El significado de la especialización en enfermería obstétrica desde la perspectiva de algunas egresadas del curso: relato de una experiencia. <i>Investigación y Educación en Enfermería</i>, v. 23, n.2, p. 42-55, 2005.</p>

SENA, R. R.; COELHO, Suelene. Educación en enfermería en América Latina: necesidades, tendencias y desafíos. Investigación y Educación en Enfermería, Medellín, v. XXII, n.2, p. 121-127, 2004.

SENA, R. R.; SILVA, Kênia Lara. A diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem como estratégia para articulação teoria e prática. Olho Mágico (UEL), Londrina, v. 11, n.1/2, p. 9-16, 2004.

SENA, R. R.; SILVA, Kênia Lara; LEITE, J. C. A.; COSTA, F. M. Projeto UNI: cenário de aprender, pensar e construir interdisciplinaridade na prática pedagógica da enfermagem. Interface. Comunicação, Saúde e Educação, Botucatu, v. 13, p. 79-90, 2003.

SENA, R. R.; MAIA, C. C. A. Sobre o pensar e o modo de fazer saúde. Saúde Mais, p. 10-10, 2003.

SENA, R. R.; SILVA, Kênia Lara. O processo de mudança na educação de enfermagem nos cenários UNI: potencialidades e desafios. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, p. 412-416, 2003.

SENA, R. R.; KRUSE, M. H. L.; DELLAROZA, M. S.; TORREZ, M. N. F. B.; ROSA, R. S. L... Estratégias para implantação das diretrizes curriculares nacionais nos cursos de enfermagem. Olho Mágico (UEL), Londrina, v. 10, n.4, p. 10-13, 2003.

SENA, R. R.; VIEIRA, Maria Aparecida. Escola Técnica de Saúde da Unimontes: escola que ensina serviço. Formação (Brasília), p. 7-27, 2003.

SENA, R. R.; FEUERWERKER, L. C. M. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em Saúde: uma avaliação das experiências UNI. Interface. Comunicação, Saúde e Educação, Botucatu, v. 6, n.10, p. 37-50, 2002.

SENA, R. R.; KRUSE, M. H. L. O Programa de Sustentabilidade: uma oportunidade de potencializar o trabalho das Escolas de Enfermagem e da ABEn. Informativo ABEn, Brasília, v. 44, n.2, p. 3-3, 2002.

SENA, R. R.; FRIEDRICH, D. B. C. Um novo olhar sobre o cuidado no trabalho da enfermeira em Unidades Básicas de Saúde em Juiz de Fora / MG. Revista Latino-Americana de Enfermagem (Ribeirão Preto), Ribeirão Preto, v. 10, n.6, p. 772-779, 2002.

SENA, R. R.; CHRISTÓFARO, M. A. C. A formação do enfermeiro. Cadernos de Currículo e Ensino, Rio de Janeiro, v. 3, p. 9-36, 2002.

SENA, R. R.; SILVA, Kênia Lara; COELHO, Suelene; BRAGA, Patrícia Pinto. Inovação no ensino da enfermagem: o UNI impulsionando a diferença. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 15, n.1/2, p. 121-127, 2002.

SENA, R. R.; CAMPOS, F. E.; FERREIRA, J. R.; FEUERWERKER, L. C. M.; CAMPOS, J. J. B.; CORDEIRO, H.; CORDONI JR, L. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, v. 25, n.2, p. 53-59, 2001.

SENA, R. R.; SILVA, Kênia Lara; COSTA, F. M.; MEIRELES, V. N. Movimento de mudança no modelo de ensino de enfermagem: um estudo de caso. REME. Revista Mineira de Enfermagem, Belo Horizonte, v. 5, p. 60-66, 2001.

SENA, R. R.; ARAÚJO, M.R.N.; LEITE, J.C.A.; SÁAR, S.R.C.; PAULA, A.F. O processo de trabalho em enfermagem: relação passado, presente e futuro. REME. Revista Mineira de Enfermagem, Belo Horizonte, v. 5, n.1/2, p. 67-72, 2001.

SENA, R. R.; FERRAZ, A. F. A tessitura de um novo tempo. REME. Revista Mineira de Enfermagem, Belo Horizonte, v. 5, n.1/2, p. 1-1, 2001.

SENA, R. R. Políticas en enfermería: análisis de tendencias. Investigación y Educación en Enfermería, Medellín, Colômbia, p. 34-42, 2000.

SENA, R. R. Novas tecnologias de ensino: desafios e potencialidades. Olho Mágico (UEL), Londrina, v. 6, n.21, p. 7-8, 2000.

SENA, R. R.; FEUERWERK, E.R.L. C. M. Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe. Sinônimos? Como se relacionam e o que têm a ver com a nossa vida?. Olho Mágico (UEL), Londrina, v. 1, n.1, p. 5-6, 1999.

SENA, R. R.; BRANT, M. J. C. G. C. Iniciativa de inovação do Ensino de Enfermagem na América Latina. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 52, n.2, p. 243-250, 1999.

	<p>SENA, R. R.; LEITE, J. C. A.; MAIA, C. C. A. Acolhimento: reconstrução da prática de enfermagem em Unidade Básica de Saúde. REME. Revista Mineira de Enfermagem, Belo Horizonte, v. 3, n.1/2, p. 2-6, 1999.</p> <p>SENA, R. R.; GONÇALVES, Alda Martins. A Pedagogia do cuidado de Enfermagem. REME. Revista Mineira de Enfermagem, v. 3, n.1/2, p. 41-45, 1999.</p>
--	---

Quadro 4 – Produção Bibliográfica de Simone Edi Chaves

Ator	Produção Bibliográfica/ Artigos Completos Publicados – 2003 a 2007
Simone Edi Chaves	<p>CHAVES, Simone; As dobras possíveis da escola possível e os encontros com a formação técnica. Boletim da Saúde, Porto Alegre, v. 16, p. 95-102, 2003. 3.</p> <p>CHAVES, Simone; A formação de recursos humanos na enfermagem e sua relação com o mundo do trabalho. 1. ed. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 2004. v. 1. 127p.</p> <p>CHAVES, Simone; A formação em saúde para trabalhadores do nível médio para área da enfermagem. In: 54 Congresso Brasileiro de Enfermagem, 2003, Fortaleza. Anais do 54 Congresso Brasileiro de Enfermagem, 2003. ZOCCHÉ, D. A.; CHAVES, Simone. Avaliação institucional no Centro Universitário Metodista IPA: uma proposta de avaliação participativa. 2007. (Apresentação de Trabalho/Simpósio).</p> <p>CHAVES, Simone; GUSSATSCHENKO, L.; SANTOS, L. V. Projeto político pedagógico do Centro Universitário IPA. 2006.</p> <p>CHAVES, Simone; ZOCCHÉ, D. A.. A pedagogia da implicação Curso de graduação em enfermagem na perspectiva da integralidade da atenção a saúde. 2006.</p> <p>CHAVES, Simone; ZOCCHÉ, D. A.. A utilização do portfólio na avaliação do ensino de graduação em enfermagem: uma experiência na disciplina de Enfermagem no cuidado humano. 2006.</p> <p>CHAVES, Simone; ZOCCHÉ, D. A.; Machado, Marcelo. Integralidade das ações em saúde na casa de cuidados do IPA. 2006.</p> <p>CHAVES, Simone; ZOCCHÉ, D. A.; Torres, Odete Messa. Portfólio e avaliação: uma experiência na disciplina de iniciação ao ato de cuidado em saúde do curso de enfermagem. 2006.</p> <p>CHAVES, Simone; GUSSATSCHENKO, L.; VIEIRA, Lisiane. Projeto político pedagógico do Centro Universitário Metodista: um olhar acadêmico. 2006.</p> <p>CHAVES, Simone; A formação em saúde para trabalhadores de nível médio da área da enfermagem. 2002. 11. CHAVES, Simone; CRISTOFARO, M. A. Estudo do perfil do Técnico de Enfermagem no Brasil. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 2002.</p>

Ator	Produção Bibliográfica/ Artigos Completos Publicados – 2003 a 2007
Maria Verônica Santa Cruz de Oliveira	<p>OLIVEIRA, M. V. A. S. C.; A Educação Popular em Saúde e a Prática dos Agentes de Controle das Endemias de Camaragibe: uma ciranda que acaba de começar. Revista de APS (Impresso), v. 7, p. 1-19, 2004.</p> <p>Reis, Abigail Paz, A. A.; Vasconcelos, Eymard Mourão; OLIVEIRA, M. V. A. S. C.; OUTROS. CADERNO DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE. 2007. (Editoração/Periódico).</p>

Quadro 6 – Produção Bibliográfica de José Ivo dos Santos Pedrosa

Ator	Produção Bibliográfica/ Artigos Completos Publicados – 1992 a 2007
José Ivo dos Santos Pedrosa	<p>PEDROSA, J. I. S.; PERERIRA, E. D. S. Atenção básica e o controle social em saúde: um diálogo possível e necessário. Revista Brasileira de Saúde da Família (Brasília), v. VIII, p. 7-22, 2007</p> <p>PEDROSA, J. I. S.; A educação popular e a formação dos trabalhadores de nível médio da saúde. Trabalho, Educação e Saúde (Impresso), v. 5, p. 125-138, 2007.</p> <p>PEDROSA, J. I. S.; Notas sobre a educação popular e a política de educação permanente em saúde. Saúde em Debate, v. 30, p. 179-188, 2006.</p> <p>Piovesan, Márcia Franke; Padrão, Maria Valéria Vasconcelos; Dumont, Maria Umbelina; Pedrosa, José Ivo; Gondim, Gracia Maria; Flores, Oviomar; Lima, Luiz Felipe Moreira. Vigilância Sanitária: uma proposta de análise dos contextos locais. Revista Brasileira de Epidemiologia (Impresso), Salvador-BA, v. 8, n.1, p. 83/1-95, 2005.</p> <p>Carvalho, Cecília Maria Resende Gonçalves de; Fonseca, Carla Cristina Carvalho; Pedrosa, José Ivo. Educação para a saúde em osteoporose com idosos de um programa universitário: repercussões. Cadernos de Saúde Pública (ENSP. Impresso), Rio de Janeiro, v. 20, n.3, p. 719/3-726, 2004.</p> <p>PEDROSA, J. I. S.; Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. Ciência e Saúde Coletiva (Impresso), Rio de Janeiro, v. 9, n.3, p. 617/3-626, 2004.</p> <p>PEDROSA, J. I. S.; Educação Popular, Saúde, institucionalização: temas para debate. Interface. Comunicação, Saúde e Educação, Botucatu, v. 5, n.8, p. 137/8-138, 2001.</p> <p>PEDROSA, J. I. S.; Teles, João Batista Mendes. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. Revista de Saúde Pública (Impresso), São Paulo, v. 35, n.35, p. 303/3-311, 2001.</p> <p>PEDROSA, J. I. S.; Planejamento e monitoramento das ações de educação em saúde através dos indicadores de promoção da saúde. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife-PE, v. 1, n.2, p. 155-165, 2001.</p> <p>PEDROSA, J. I. S.; Planejamento e monitoramento das ações de educação em saúde através dos indicadores de promoção da saúde: uma proposta. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil (Impresso), v. 1, p. 155-60, 2001.</p> <p>PEDROSA, J. I. S.; Controle social no SUS: os conselhos municipais e locais de saúde e a eficácia política. Revista de APS, Juiz de Fora_MG, n.5, p. 20-25, 2000.</p> <p>PEDROSA, J. I. S.; Abordagem metodológica na análise de intervenções voltadas para mudanças nas organizações de saúde. Revista do IMIP, Recife-PE, v. 14, n.01, p. 38-46, 2000.</p> <p>PEDROSA, J. I. S.; A viabilidade da gestão local de saúde na perspectiva dos secretários municipais no Estado do Piauí, Brasil. RASPP: revista da Associação de Saúde Pública do Piauí., v. 2, p. 24-31, 1999.</p>

Quadro 7 – Produção Bibliográfica de Laura Camargo Macruz Feuerwerker

Ator	Produção Bibliográfica/ Artigos Completos Publicados – 1995 a 2007
<p>Laura Camargo Macruz Feuerwerker</p>	<p>FEUERWERKER, L.C.M. Educação na saúde: educação dos profissionais de saúde – um campo de saber e de práticas sociais em construção. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 31, p. 3-4, 2007.</p> <p>FEUERWERKER, L.C.M.; CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. Ciência & Saúde Coletiva, v. 12, p. 1400-1410, 2007.</p> <p>CARVALHO, L. C.; FEUERWERKER, L.C.M.; MERHY, Emerson Elias. Disputas en torno a los planes de cuidado en la internacion domiciliaria: una reflexion necesaria. Salud Colectiva, v. 3, p. 259-269, 2007.</p> <p>MERHY, Emerson; FEUERWERKER, L.C.M.; CECCIM, Ricardo Burg. Educación Permanente en Salud. Salud Colectiva, v. 2, p. 147-160, 2006.</p> <p>FEUERWERKER, L.C.M. O movimento mundial de educação médica: as conferências de Edinburgh. Cadernos da ABEM, v. 2, p. 30-38, 2006.</p> <p>FEUERWERKER, L.C.M. Estratégias para mudança na graduação das profissões da saúde. Cadernos da ABEM, v. 2, p. 78-80, 2006.</p> <p>FEUERWERKER, L.C.M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. Interface. Comunicação, Saúde e Educação, Botucatu, v. 9, n.18, p. 489-506, 2005.</p> <p>FEUERWERKER, L.C.M.; ALMEIDA, Marcio José de. Diretrizes Curriculares e projetos pedagógicos: é tempo de ação! Revista da ABENO, São Paulo, v. 4, n.1, p. 14-16, 2004.</p> <p>CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, L.C.M. Mudança na graduação das profissões da saúde sob o eixo da integralidade. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n.5, p. 1400-1410, 2004.</p> <p>CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 41- 65, 2004.</p> <p>FEUERWERKER, L.C.M. Certificação dos Hospitais de Ensino. Cadernos da ABEM, Rio de Janeiro, v. 1, maio, p. 41-42, 2004.</p> <p>FEUERWERKER, L.C.M. Reflexões sobre as Experiências de Mudança na Formação de Profissionais de Saúde. Olho Mágico (UEL), Londrina, v. 10, n.3, p. 21-26, 2003.</p>

	<p>FEUERWERKER, L.C.M.; SENA, Roseni R. Contribuição ao movimento de mudança na formação dos profissionais de saúde: uma avaliação das experiências UNI. Interface. Comunicação, Saúde e Educação, Botucatu, v. 6, n.10, p. 37-50, 2002.</p> <p>FEUERWERKER, L.C.M. A formação de médicos especialistas e a residência médica no Brasil. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 25, n.57, p. 39-54, 2001.</p> <p>CAMPOS, Francisco Eduardo; FERREIRA, José Roberto; FEUERWERKER, L.C.M.; SENA, Roseni Rosângela de; CAMPOS, João José Batista; CORDEIRO, Hesio; CORDONI JR, Luis. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, v. 25, n.2, p. 53-59, 2001.</p> <p>FEUERWERKER, L.C.M. Estratégias para a mudança da formação dos profissionais de saúde. Caderno CE. Caderno de Currículo e Ensino, Rio de Janeiro, v. 2, n.4, p. 11-23, 2001.</p> <p>FEUERWERKER, L.C.M.; ALMEIDA, Marcio José de. O Programa de Saúde da Família e o Direito à Saúde. Olho Mágico (UEL), Londrina, v. 6, n.22, p. 22-26, 2000.</p> <p>FEUERWERKER, L.C.M.; COSTA, Heloniza Oliveira Gonçalves; BARBOSA, Neusa; KHALIL, Maria Eunice. O processo de construção da Rede UNIDA. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, v. 22, p. 9-17, 2000.</p> <p>FEUERWERKER, L.C.M. A construção de sujeitos no processo de mudança da formação dos profissionais de saúde. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, v. 22, p. 18-24, 2000.</p> <p>FEUERWERKER, L.C.M. Algumas reflexões sobre o desenvolvimento do Programas UNI. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, v. 22, p. 63-70, 2000.</p> <p>FEUERWERKER, L.C.M. Cinco Caminhos para Não Abrir Espaços de Transformação do Ensino Médico. Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, v. 23, n.2-3, p. 21-26, 1999.</p> <p>FEUERWERKER, L.C.M. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. Interface. Comunicação, Saúde e Educação, Botucatu, v. 2, n.3, p. 51-71, 1998.</p>
	<p>FEUERWERKER, L.C.M.; SENA, Roseni R. Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe. Sinônimos? Como se relacionam e o que têm a ver com a nossa vida? Olho Mágico (UEL), Londrina, v. 5, n.18, p. 5-6, 1998.</p> <p>FEUERWERKER, L.C.M.; MARSIGLIA, Regina. Estratégias para mudanças na formação de RHs com base nas experiências IDA-UNI. Divulgação em Saúde para Debate, Londrina, v. 12, p. 24-28, 1996.</p>

Quadro 8– Produção Bibliográfica de Francisco Eduardo de Campos

Ator	Produção Bibliográfica/ Artigos Completos Publicados – 1977 a 2007
Francisco Eduardo de Campos	<p>FERREIRA, José Roberto; CAMPOS, F. E.; HADDAD, Ana E; CURY, Geraldo Cunha. The challenge of improving health and medical care through undergraduate medical education Pro-saude.Health Education (London), v. 20, p. 75-75, 2007.</p> <p>FERREIRA, José Roberto; CURY, Geraldo Cunha; CAMPOS, F. E.; HADDAD, Ana E; Gusso, G.D.F. A Construção de parcerias como estratégia para o sucesso do Pró-Saúde. Cadernos da ABEM, v. 3, p. 53-61, 2007.</p> <p>CAMPOS, F. E.; PIERATONI, Celia Regina; Machado, Maria Helena. Conferências de saúde, o trabalho e os trabalhadores da saúde; a expectativa do debate. Cadernos RH Saúde, v. 3, p. 9-12, 2006.</p> <p>CAMPOS, F. E.; PIERATONI, Celia Regina; Viana, Ana luiza A; FARIA, RMB; HADDAD, Ana E. Os desafios atuais para a Educação Permanente no SUS. Cadernos RH Saúde, v. 3, p. 41-54, 2006.</p> <p>CAMPOS, F. E.; AGUIAR, R. A. T. A Expansão da Atenção Básica nas grandes cidades e a Especialização em Saúde da Família como estratégia para sua viabilidade. Cadernos RH Saúde, v. 3, p. 103-108, 2006.</p> <p>CAMPOS, F. E.; HAUCK, Volker. Networking Collaboratively: The Brazilian Observatory on Human Resources in Health Networking collaboratively: The Brazilian observatório on human resources in health in: Analysis Discussion Paper; no. 57L, Maastricht, ECDPM.-... Internet Research, v. 00, p. 117.8 CAM-34, 2005.</p>

	<p>CAMPOS, F. E. Networking Collaboratively: The experience of the observatories of human – Resources in Brazil – Cahiers de Sociologie et Demographie Médicales. Cahiers de Sociologie et Démographie Médicales , v. 45, p. 173-208, 2005.</p> <p>CAMPOS, F. E.; ALBUQUERQUE, Eduardo da Motta e. Contemporary specificities of labour in the health care sector: introductory notes for discussion. Human Resources for Health, v. 3, p. 4-8, 2005.</p> <p>CAMPOS, F. E.; BELISÁRIO, Soraya Almeida. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. Interface. Comunicação, Saúde e Educação, Botucatu-SP, v. 5, n.9, p. 133-158, 2001.</p> <p>CAMPOS, F. E.; FEUERWERKER, Laura; SENA, R. R.; CAMPOS, João Batista; CORDEIRO, Hésio; CORDONI JÚNIOR, Luiz. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. Revista Brasileira de Educação Médica, Brasília-DF, v. 25, n.2, p. 53-59, 2001.</p> <p>CAMPOS, F. E.; CHERCHIGLIA, Mariângela Leal; GIRARDI, Sábado Nicolau. Gestão, profissões de saúde e controle social. Caderno da 11a Conferência Nacional de Saúde, Brasília-DF, p. 83-99, 2000.</p> <p>CAMPOS, F. E.; ALBUQUERQUE, Eduardo Mota e. As especificidades contemporâneas do trabalho no setor saúde: notas introdutórias para uma discussão. Revista de Economia Contemporânea, Belo Horizonte, v. 3, n.2, p. 97-124, 1999.</p> <p>CAMPOS, F. E. A globalização e a educação médica – estaríamos no momento de um padrão médico global? Bol Abem, Rio de Janeiro, v. 26, n.2, p. 1-2, 1998.</p> <p>CAMPOS, F. E.; BADUY, S. R. Programa de saúde da família: oportunidade para a transformação da educação dos profissionais de saúde. Olho Mágico, Londrina, v. 5, n.16, p. 4-5, 1998.</p>
--	---

Quadro 9 – Produção Bibliográfica de Ana Estela Haddad

ATOR	Produção Bibliográfica/ Artigos Completos Publicados – 2006 a 2007
Ana Estela Haddad	<p>HADDAD, A. E.; ALKMIM, M. B. M.; CHAO, LW; ROSCHKE, S. Brazilian National Telehealth Program. The International Educational and Networking Forum for e-Health, Telemedicine and Health ICT, v. 1, p. 321-323, 2007.</p> <p>ALENCAR, C. J. F.; SEQUEIRA, E.; CHAO, LW; HADDAD, A. E. Homem Virtual como Objeto de Aprendizagem em Odontopediatria. Brazilian Oral Research (Impresso), v. 21, p. 34, 2007.</p> <p>FERREIRA, J. R. A.; CAMPOS, F. E.; HADDAD, A. E.; CURY, G. C. The challenge of improving health and medical care through undergraduate medical education. Education for Health (Abingdon. Print), v. 20, p. 75, 2007.</p> <p>FERREIRA, J. R. A.; CURY, G. C.; CAMPOS, F. E.; HADDAD, A. E.; GUSO, G. D. F. A Construção de Parcerias como Estratégia para o Sucesso do Pró-Saúde. Cadernos da ABEM, v. 3, p. 53-61, 2007.</p> <p>CAMPOS, F. E.; PIERANTONI, C. R.; HADDAD, A. E.; VIANA, A. L. D.; FARIA, R. M. B. Os desafios atuais para a educação permanente no SUS. Cadernos RH Saúde, Brasília, v. 3, n.01, p. 41-53, 2006.</p> <p>ROS, M. A.; PIERANTONI, C. R.; HADDAD, A. E.; RIBEIRO, C.; SEVERO, D. O.; SOUZA, T. T. Residência Multiprofissional em Saúde da Família: uma conquista do Movimento Sanitário. Cadernos RH Saúde, Brasília, v. 3, n.1, p. 109-117, 2006.</p>

Quadro 10 – Produção Bibliográfica Ena de Araújo Galvão

ATOR	Produção Bibliográfica/ Artigos Completos Publicados
Ena de Araújo Galvão	<p>SANTOS, I.; SOUZA, A. M. A.; GALVÃO, E. A. Subsídios para a formulação de uma Política de Profissionalização para o pessoal da Enfermagem, sem qualificação, empregado no setor saúde – Brasil. Educación Médica y Salud, v. 22, p. 200-210, 1988.</p>

Quadro 11 – Produção Bibliográfica Celia Regina Pierantoni

ATOR	Produção Bibliográfica/ Artigos Completos Publicados – 1994 a 2007
<p>Celia Regina Pierantoni</p>	<p>VARELLA, Tereza; PIERANTONI, Celia Regina. A Migração de Enfermeiros: um problema de Saúde Pública. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 7, p. 211, 2007.</p> <p>PIERANTONI, Celia Regina; VARELLA, Thereza Christina; FRANÇA, Tania. Recursos Humanos e Gestão do Trabalho em Saúde: teoria para a prática. Cadernos RH Saúde, Brasília, v. 3, n.1, p. 29-40, 2006.</p> <p>PIERANTONI, Celia Regina; CAMPOS, Francisco Eduardo de; VIANA, Ana Luiza D'ávila; FARIA, Regina Martha Barbosa; HADDAD, Ana Estela. Os Desafios Atuais para a Educação Permanente no SUS. Cadernos RH Saúde, Brasília, v. 3, n.1, p. 41-54, 2006.</p> <p>PIERANTONI, Celia Regina; VARELLA, Thereza Christina; FRANÇA, Tania. A Formação Médica: capacidade regulatória de estados nacionais e demanda dos Sistemas de Saúde. Cadernos RH Saúde, Brasília, v. 3, n.1, p. 91-102, 2006.</p> <p>PIERANTONI, Celia Regina; ROS, Marco Aurélio da; HADDAD, Ana Estela; RIBEIRO, Carla; SEVERO, Denise Osório; SOUZA, Thaís Titon de. Residência Multiprofissional em Saúde da Família: uma conquista do Movimento Sanitário. Cadernos RH Saúde, Brasília, v. 3, n.1, p. 109-118, 2006.</p> <p>PIERANTONI, Celia Regina; PORTO, Sílvia Marta. Estudo sobre Formas Contratuais dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS): modalidades e alternativas de contratação. Cadernos RH Saúde, Brasília, v. 3, n.1, p. 175-188, 2006.</p> <p>PIERANTONI, Celia Regina; GALVÃO, Ena de Araújo; CAMPOS, Francisco Eduardo de; RODRIGUES, Euzi Adriana Bonifácio; DURÃES, Mônica Diniz. As Escolas Técnicas do SUS: uma abordagem histórica. Cadernos RH Saúde, Brasília, v. 3, n.1, p. 61-84, 2006.</p> <p>PIERANTONI, Celia Regina. Avaliação de Processo na Implementação de Políticas Públicas: a Implantação do Sistema de Informação e Gestão de Recursos Humanos em Saúde (SIG-RHS) no Contexto das Reformas Setoriais. Physis. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n.1, p. 59-92, 2003.</p> <p>PIERANTONI, Celia Regina. A Utilização da Metodologia da Problematização no Curso Introdutório para Saúde da Família do Pólo de Capacitação da UFJF. Revista de Atenção Primária à Saúde, Minas Gerais, v. 6, n.2, p. 57-132, 2003.</p> <p>PIERANTONI, Celia Regina. Classificação Brasileira de Ocupações – 2002. Perspectivas para Análise do mercado de trabalho em saúde com o foco na enfermagem. Formação (Brasília), Brasília, v. 6, p. 55-68, 2002.</p> <p>PIERANTONI, Celia Regina. As Reformas do Estado, da Saúde e Recursos Humanos: limites e possibilidades. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 6, n.2, p. 341-360, 2001.</p>

Quadro 12 – Produção Diniz Ferreira Gusso

ATOR	Produção Bibliográfica/ Artigos Completos Publicados – 2004 a 2007
Renato Diniz Ferreira Gusso	<p>CASTRO FILHO, E. D.; GUSSO G; DEMARZO, M. M. P.; STEIN, A.; SCHNEIDER, J. C. ; DALLA, M. D. B. ; ANDERSON, M. I. P. ; TAVARES, M. R. G. ; RODRIGUES, R. D. ; CASTRO FILHO, J. A.; AGUIAR, R. A. T. . A especialização em MFC e o desafio da qualificação médica para a Estratégia Saúde da Família: proposta de especialização, em larga escala, via educação à distância. Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade, v. 3, p. 199-209, 2007.</p> <p>FERREIRA, J. R.; CURY, G. C.; CAMPOS, F. E.; HADDAD, A. E.; GUSSO G. A construção de parcerias como estratégia para o sucesso do Pró-Saúde. Cadernos da ABEM, v. 3, p. 53, 2007.</p> <p>HAQ, C.; GUSSO G; ANDERSON, M. I. P. Strengthening primary health care with family and community medicine in Brazil. Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade, v. 2, p. 196-202, 2006.</p> <p>Anderson MIP; GUSSO G; Castro Filho ED. Medicina de Família e Comunidade: especialistas em integralidade. Revista de APS (Online), v. 8, p. 1-12, 2005.</p> <p>GUSSO G. Atención Primaria de Salud en Brasil: pasado reciente y retos. SEMERGEN: Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista, v. 30, p. 408-410, 2004.</p>