

UNIVERSIDADE: ESPAÇO DE CONQUISTAS DO CONTROLE SOCIAL

UNIVERSITY: AREA OF ACHIEVEMENTS OF SOCIAL CONTROL

UNIVERSIDAD: AREA DE REALIZACIONES DE CONTROL SOCIAL

Manoel Guedes de Almeida¹
Débora Regina Marques Barbosa²
José Ivo dos Santos Pedrosa³

RESUMO

O presente trabalho aborda a inserção do tema Controle Social no espaço da formação acadêmica dos cursos de saúde como ferramenta imprescindível à efetivação das políticas ensejadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto, parte de uma revisão integrativa nas bases Scielo e Google Scholar através dos descritores Controle Social; Educação; Formação; Ensino; Mobilização; Sujeitos Sociais; Saúde; Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) e Políticas Públicas de Saúde, agrupados ou isoladamente, com o objetivo de responder à questão norteadora “como o controle social e os movimentos sociais são abordados na formação universitária em saúde?”. As mudanças no campo da saúde ensejadas pela Reforma Sanitária e a criação do SUS trouxeram consigo importantes necessidades quanto à qualificação dos profissionais do serviço. As Diretrizes Curriculares Nacionais foram implantadas em 2001 com o objetivo de reorientar a formação em saúde aos moldes das prerrogativas do SUS. Apesar disso, poucas Universidades têm se adequado às Diretrizes e, quando o fazem, desconsideram o Controle Social como parte constituinte do processo formativo.

Descritores: Controle Social; Formação em saúde; Universidades; Educação; SUS.

¹ Graduando em medicina da UFPI. E-mail: manoel.medufpi@gmail.com

² Instituto de Ensino Superior Múltiplo – IESM. E-mail: ddebora.regina@gmail.com

³ Universidade Federal do Piauí. E-mail: jivopedrosa@gmail.com

ABSTRACT

This paper discusses the inclusion of the theme social control within the academic health courses as a tool essential to the effectiveness of policies drafted by the Unified Health System (UHS). To this end, part of an integrative review in Scielo and Google Scholar as a research methodology through the descriptors Social Control, Education, Training, Education, Mobilization, Social Subjects, Health, Policy and National Curriculum Guidelines, grouped or alone, with the aim of answering the question "how social control is discussed in university education?". The changes in the health field produced by the Health Reform and the creation of Unified Health System brought with requirements relating to qualifications for service. The National Curriculum Guidelines were implanted in 2001 with the aim to reorient health education to mold the prerogatives of the Unified Health System. Nonetheless, few universities have adequate guidelines and when they do, ignore the Social Control as a constituent part of the training process.

Keywords: Social Control, Health Education, Universities, Education, Unified Health System

RESUMEN

En este trabajo se aborda la cuestión de la inserción de Control Social en los cursos académicos de la salud como una herramienta esencial para enseñadas políticas efectivas por parte del Sistema Único de Salud de Brasil (SUS). Parte de una revisión integradora en el Scielo y Google Scholar como metodología de investigación a través de descriptores de Control Social, Educación, Formación, Educación, Movilización, Asuntos Sociales, Salud, Política y Diretrizes Curriculares Nacionales (DCNs), agrupados o individualmente, con el fin de responder a la pregunta norteadora "¿cómo se explica el control social en la educación universitaria?". Los cambios en la Reforma de Salud enseñadas salud y la creación del SUS traído requisitos relativos a las cualificaciones para el servicio. Directrices Curriculares Nacionales fueron desplegados en 2001 con el objetivo de reorientar la formación en salud para moldear las prerrogativas del SUS. Sin embargo, algunas universidades tienen pautas adecuadas y, cuando lo hacen, hay que saltarse el control social como una parte constitutiva del proceso de formación.

Descriptores: Control Social, Capacitación en Salud, Universidades, Educación, SUS.

INTRODUÇÃO

A atual formação em saúde deixa a desejar quanto a valores fundamentais ao desenvolvimento humano, imprescindíveis à construção de um saber que se traduza em prática e mobilização social, ao passo que exclui dos processos formativos aspectos não abarcados pelo modelo flexneriano, biomédico *stricu sensu*, de entender a saúde e, em última análise, a vida que a sustenta. Professa, pois, uma subjetividade tecnicista, instrumento de manipulação de massas e alienação do processo do trabalho ao construir consciências profissionais sob uma ótica estritamente de mercado(1-2-3).

Nesse sentido, o Sistema Único de Saúde (SUS) assume importância não só como instrumento de assistência frente às necessidades emergentes em uma realidade em saúde complexa e dominada por iniquidades, mas deixa margem à mudança dessa realidade ao possibilitar influência civil sobre o Estado, envolvendo-os em discussão, planejamento de políticas e avaliação da gestão dos serviços de saúde.

É nesse contexto que a Universidade torna-se elo íntimo entre a ciência e a vida, formadora de verdades e ações ao permitir ao estudante entender-se como agente auto-reflexivo capaz de construir sua própria realidade e construir-se cidadão a partir dela. Mudanças estruturais e subjetivas na formação em saúde se fazem necessárias no sentido de formar profissionais reflexivos ante a situação em saúde em que se encontram, capazes de mobilizar coletivos frente a condições adversas e propor soluções para os problemas que se apresentam(3-4). No entanto, o que se observa são cursos em saúde centrados em aspectos biológicos, superespecializados e que não dialogam com os determinantes e condicionantes sociais e culturais da saúde e ignoram aspectos psicológicos tanto dos profissionais formados quanto da população assistida(3-4-8). Dessa maneira, são incapazes de formular propostas inovadoras e estruturantes, sendo suas ações pontuais restritas a um ou outro aspecto da saúde, refletindo a alienação do processo de cuidado.

OBJETIVOS

Com base nessas considerações, o presente trabalho objetiva abordar de maneira crítica os espaços do Controle Social e Movimentos Sociais na formação universitária dos cursos de saúde.

MÉTODOS

Este trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica integrativa realizada nas dependências do Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP) da Universidade Federal do Piauí (UFPI) através de busca na Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Google Scholar por meio dos descritores Controle Social; Educação; Formação; Ensino; Mobilização; Sujeitos Sociais; Saúde; Diretrizes Curriculares Nacionais e Políticas Públicas, agrupados ou isoladamente, com o objetivo de responder à questão-norteadora “como o controle social e os movimentos sociais são abordados na formação universitária em saúde?”.

Como critério de inclusão, foram utilizados trabalhos publicados em periódicos brasileiros, anais de eventos científicos nacionais ou em livros em língua portuguesa. Como critério de exclusão, fora considerada, através de busca ativa, o distanciamento com a questão norteadora deste trabalho. Tendo em vista a escassez de publicações sobre a temática em questão, optou-se por não utilizar período de publicação como critério de inclusão/exclusão.

Foi utilizado na confecção deste trabalho o desenho de ensaio como eixo estruturante, entendido como o exercício crítico de procura, de caráter exploratório, acerca de um tema ou objeto de reflexão com o objetivo de construir novas formas de abordagem ou de olhares sobre o assunto(6).

Para apresentação, síntese e análise dos dados, optou-se por abordagem descritiva, de caráter qualitativo, de modo a possibilitar observar, descrever, classificar, comparar e criticar dados e informações.

RESULTADOS

Através dos critérios de inclusão e exclusão adotados pelos autores, foram selecionados 19 trabalhos, situados no intervalo de publicação entre 1988 e 2012, distribuídos de forma heterogênea conforme os descritores utilizados, local de busca e data de publicação.

A maioria trata-se de artigos completos publicados em periódicos nacionais, seguidos por livro ou capítulo de livro e trabalho completo publicado em anais de eventos nacionais ou internacionais. Não foram selecionados resumos publicados de trabalhos científicos.

DISCUSSÃO

Com a Reforma Sanitária, o campo da saúde assumiu destaque quanto à luta por mudanças no modelo médico-assistencialista e centralizador de práticas em saúde, passando os ideários de promoção da saúde e qualidade de vida à imagem-objetiva orientadora de ideias e ações como parte do projeto de redemocratização do Brasil no final da ditadura militar, quando vieram à tona os efeitos da profunda desigualdade social e econômica decorrente da intensa centralização política e econômica vivenciados à época, quando apenas uma pequena parcela da população tinha acesso aos bens e serviços produzidos socialmente em detrimento de uma vasta população relegada à grave situação de pobreza ou miséria(7-8).

Almeida et. al. (2012) afirma ser imprescindível à educação em saúde com vistas à formação de profissionais voltados à promoção da saúde, no que pese o desenvolvimento da compreensão dos determinantes e condicionantes sociais, culturais e biológicos nos espaços acadêmicos, perspectivas que tiveram o Relatório Lalonde e a Carta de Otawa como marcos conceituais estruturantes(8). Apesar de seus fundamentos históricos, essa forma de entender as relações entre saúde, indivíduo e coletividades apenas nas últimas décadas tem orientado de forma mais concisa as Políticas Públicas em Saúde (PPS) e a educação em saúde no Brasil.

Quando se considera a influência da sociedade civil na elaboração das políticas de educação e saúde, essas orientações ainda são mais recentes. Com efeito, a produção da saúde exige intervenções ativas em todo o processo de determinação da saúde e doença, ou seja, intervenções voltadas para questões no âmbito da sociedade como um todo, dos grupos sociais que a compõem e dos indivíduos que a sustentam(9-10). Nesse contexto, a saúde deixa de representar um núcleo amorfo e inerte de assistência para servir de cenário e dispositivo para a construção de projetos e ações das quais a formação universitária é eminentemente indissociável e potente.

Nessa conjuntura, e ao passo que se concebe o Controle Social como luta de classes por hegemonia física e simbólica, onde cada grupo identitário organizado em um Movimento Social fundamenta um projeto ideológico com vistas a maiores influências sobre o Estado,

pode-se entender a Universidade e a formação que veicula como um território não só de confluência de poderes sociais diversos, mas também local onde nasce um novo movimento social característico no campo da saúde que se distingue do Movimento de Reforma Sanitária brasileira, majoritariamente extra-acadêmico, mas que se prossegue e se mistura a ele em sua ideologia, mas com a perspectiva de externar e internar os conhecimentos acadêmicos e populares nos espaços da cidade de forma dialógica, em igual poder e a uma só voz meio e fim à efetivação dos preceitos idealizados na Reforma Sanitária e legitimados na Constituição de 1988. Trata-se, grosso modo, de um Movimento de Reforma do Ensino em Saúde como uma reverberação da Reforma Sanitária.

Faz-se necessária, para tanto, a passagem do projeto social de formação em saúde de “Econômico – corporativo”, quando limitado às condições de trabalho e poder socialmente hegemônicos, a “Ético – político”, quando trabalho e vida são contestados seus modos e formas, enfraquecendo o poder do Estado sobre os indivíduos e a subjetividade mantenedora da ordem dominante(8-10).

Esses fatos bem se expressam no campo da saúde a partir do final da década de 70, quando novos referenciais teóricos advindos principalmente da sociologia, como os conceitos de Integralidade e Controle Social ganharam notoriedade em contraposição ao modelo político em vigência no Brasil. O ponto de inflexão registrado à época, todavia, fora a retomada do valor simbólico nos referenciais ideológicos de dominação e poder. Desse modo, consistiram no enfrentamento do modo até o então hegemônico de conceber essas relações, que naturalizava a dinâmica social, entendendo-a como estrutura inorgânica bem definida, reduzindo o homem às relações de produção e de ordem.

Além disso, os próprios referenciais podem ser considerados pilares estruturantes de um projeto social em franco despontamento, o enfraquecimento ideológico do determinismo social em contraposição à imagem-objeto construída pelos movimentos que os embasavam(5-9-10-11). Nesse sentido, as classes subalternas edificariam um projeto ideológico que superaria a racionalidade econômico-corporativista, tornando-se protagonistas da história ao passo que agregam em seu bojo sujeitos históricos e epistêmicos capazes de romper com o censo comum e reavaliar as práticas e políticas postas, reorientando um processo de mudanças com a formação de organizações, entidades, partidos ou lideranças outras, capazes de interferir na gestão pública e orientar as ações do Estado com vistas à sua hegemonia simbólica como garantia da cidadania¹². Por seu lado, o Estado é utilizado pela burguesia

como órgão de dominação de classe, a favor de interesses da hegemonia dominante, que garantiria o consenso comum em torno da ordem do capital¹³. Isso se dá através da intervenção do Estado sobre os conflitos sociais emergentes da reprodução do capital e das relações de poder que os sustentam, implementando políticas sociais para manter a ordem socialmente dominante, interferindo na vida dos indivíduos e determinando padrões de verdade e conduta¹¹.

Ao passo que modula as relações entre os indivíduos e o mundo da vida, essa interferência modifica os territórios da cidade nos pontos de conflito entre os multi-territórios na luta por sua hegemonia política. Desse modo, mesmo os movimentos populares organizados tendo ganhado força e voz e a cidadania ter se personificado na pele do povo, vários problemas sociais permanecem viscerais, como o desemprego, a violência, a má qualidade na educação, serviços de saúde e saneamento precários, e o agravamento das desigualdades sociais e econômicas.

Com isso, os próprios mecanismos e agentes do sistema democrático, como as eleições, os partidos, o Congresso, os políticos, se desgastam e perdem a confiança dos cidadãos⁽¹⁰⁾. Essa descrença generalizada leva a um estado de anergia na população, que perde gradativamente a capacidade de reagir frente a situações potencialmente opressoras. Como fatores que impedem a implementação de políticas de saúde que dialoguem de forma interssetorial, com políticas de educação, a literatura é enfática em afirmar que, além dos econômicos e sociais decorrentes das políticas neoliberais emergentes em vários países da América Latina, há outro fator preponderante no Brasil: a formação de profissionais da área da saúde voltados quase que exclusivamente para a ciência, desprovida de qualquer implicação social⁽¹⁴⁾; o desafio maior, nesse contexto, consistira em superar a racionalidade biomédica que desconhece outras racionalidades do cuidar e que predomina no modo de operar das universidades e reforça práticas neoliberais, tecnicistas e individualistas, nos espaços de trabalho.

Os avanços vertiginosos da medicina parecem, grosso modo, coadunar todos os aspectos do paradigma biomédico, tendo subtraído a dimensão humana dos processos de construção do cuidado em saúde nos espaços da formação, enfatizando que nas escolas médicas há, na maioria dos casos, ausência do humanismo, sendo os profissionais médicos são formados tecnicamente, com sérias deficiências humanas⁽¹⁴⁾. Profissionais disformes,

com hipertrofias, sem equilíbrio, que naturalmente não conquistam a confiança do paciente que espera um profissional preparado para ter a dor, o sofrimento e a morte como ofício¹⁵.

É relevante pontuar que a formação para a área da saúde atualmente ocorre tomando por base o modelo biomédico e curativo, focalizando o homem em uma dimensão individual e fragmentada como peças de uma máquina; através de currículos rígidos, engessados, formados por disciplinas desconectadas e fragmentadas; priorizando atividades teóricas, que em seu conjunto formam a partir de uma educação tradicional e tecnicista, uma vez que a dimensão cognitiva e a técnica são as mais ressaltadas no processo formativo. Neste caso, a racionalidade biomédica que permeia a práxis na formação do médico é reprodutivista e tem como pressuposto a educação como transmissão e reprodução de ideias, técnicas, valores e hábitos conservadores da cultura sócio-profissional.

Concordante com essa visão de mundo, os hospitais, os órgãos formadores, as instituições científicas, os serviços e espaços de saúde onde vão trabalhar posteriormente os profissionais de saúde conforme esta racionalidade fragmentam paulatinamente práticas e saberes, torna-os compartimentalizados, bem delimitados, e priorizam tecnologias duras, que tem suscitados reflexões sobre a necessidade de resgatar o trabalho vivo em saúde no sentido de que saúde é a produção da integralidade na saúde⁽¹⁻¹⁶⁻¹⁷⁻¹⁸⁾.

Ao passo que práxis implica em intervenção, transformação das condições dadas pela realidade social excludente, traz consigo a necessidade de tomar como referência a busca integral do diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia fundamentados também no desenvolvimento de condições de atendimento das necessidades de saúde das pessoas e das populações, à gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado. Trata-se de uma formação voltada em si, pela formação integral do profissional, baseada também em valores humanísticos, na comunicação dialógica, que favorece a compreensão do Outro⁽¹⁶⁾.

Porém, aproximar educação e saúde, embora seja condição sine qua non diante do conceito ampliado de saúde, não tem sido empreitada fácil. O solilóquio em que ambas permaneceram, por muito tempo, impediu que estes setores contribuíssem para o fortalecimento de um sistema de saúde eficiente no cuidado em saúde prestado à população imersa na realidade brasileira. Se a saúde não procurou buscar na educação uma área de aporte para sua realização e metodologias, a educação, por sua vez, não se percebia prática

social capaz de interferir no campo da saúde e as questões mais específicas no que tange as orientações do SUS(17). Ainda que reformas neste setor tenham desencadeado, a partir de 2001, uma série de Resoluções do CNE/CES que instituíram Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação área da saúde na perspectiva da integralidade, ainda existe uma enorme distância entre o que se prescreve na lei e o que se pratica.

A formação em saúde sob os moldes flexnerianos constrói subjetivamente profissionais sob uma ótica mercadológica que dialoga com as reais necessidades sociais(2). Quando se relaciona esse fato ao contexto histórico de ditadura militar que o Brasil enfrentava à época, torna-se claro o ativo massacre ou supressão de qualquer mobilização social organizada que poderia virtualmente por fim à opressão do governo vigente.

Estratégias para adequar o processo de formação ao perfil profissional necessário ao Sistema de Saúde têm sido apresentadas desde sua institucionalização pela Lei 8080/90, por meio de iniciativas legais como as DCN, avaliação das escolas médicas protagonizada pela CINAEM entre 2000 e 2002 e espaços de formação estratégica para a consolidação do Sistema, como o Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP). Desse modo, mudar a graduação implica em mudar estruturas rígidas, romper acordos com base no corporativismo, mobilizar professores mais ocupados com as atividades de pesquisa ou com sua prática profissional e superar as pressões exercidas pelo mercado de trabalho sobre o processo de formação(17-19).

Políticas mais recentes no Brasil, por seu lado, aproximam os Ministérios da Saúde e da Educação para ações coordenadas que reduzam as distâncias entre as escolas formadoras, os serviços de assistência à saúde e comunidade, sendo editada a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde que tem propiciado processo de formação de profissionais de saúde fundamentados em inovações como equipes multiprofissionais, criação de vínculos entre o usuário e os profissionais, humanização, práticas integrativas, colocando os serviços do SUS e as comunidades como espaços vivenciais de aprendizagem(17-18-19). Tais inovações necessitam de aprofundamento e de avaliações que apontem estratégias necessárias ao processo de formação de profissionais de saúde adequados ao SUS e coerentes com as especificidades da realidade brasileira.

CONCLUSÃO

A formação em saúde veiculada no Brasil ainda assenta-se na integração ensino - serviço, não considerando a gestão e o controle social como parte constituinte do processo formativo. Desse modo, nem o estudante nem a comunidade interiorizam as políticas públicas em saúde de forma analítica como parte de sua construção acadêmica, não se entendendo, pois, como agentes moduladores das estratégias governamentais em saúde, indo, então, ao avesso da mobilização ou controle social idealizado no SUS.

Considerando que cada instituição tem uma identidade própria, as reformas não são percebidas do mesmo modo. Isso implica que somente a prática de cada instituição, de cada curso e de cada professor, imbuída pelo desejo de significar esta reforma, é que vai dizer quais os saberes que estão sendo construídos pelos futuros profissionais da educação básica, ou seja, os seus perfis conforme a racionalidade da prática dos professores de cada curso de graduação.

As Universidades, nesse contexto, constituem ferramentas de coesão do projeto social ideológico de saúde sobre o qual se mobilizam ações e se modulam políticas. Esses pontos de inter-relacionam de maneira dinâmica. Não há forma de mobilização social que não passe, necessariamente, por uma mudança estruturante que envolva o ensino crítico da vida. Nesse sentido, cabe às instituições de ensino criarem ferramentas de mobilização civil no sentido da auto-reflexão, para que depois se articulem na luta por melhores condições de vida. Em escala mais abrangente, partindo-se de necessidades sociais articuladas e sujeitos históricos e epistêmicos vinculados com a comunidade em que vive e suas reais necessidades, ações seriam moduladas segundo sua forma. Mas a gestão também deve dar margem à mobilização, sendo mais participativa, flexível à realidade e subjetividades locais.

REFERÊNCIAS

1. MERHY, E.E. A cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.
2. PAGLIOSA, F. L., DA ROS, M. A. O Relatório Flexner: para o Bem e para o Mal. Revista brasileira de educação médica. 32 (4) : 492 – 499 ; 2008

3. ALMEIDA, M. G. AZEVEDO-NETO, R. N. H.; CARVALHO, W. R; BARBOSA, V. R. A.; MONTEIRO, R. N. S.; PEDROSA, J. I. S. Entre o Saber e o Agir: O Subjetivo na Formação do Profissional Médico. Revista Brasileira de Educação Médica. 2011.
4. CECCIM, R. B.; ARMANI, T. B. Educação na saúde coletiva: papel estratégico na gestão do SUS. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 23, p. 30-56, 2001.
5. CORREIA, M. V. C. Que controle social na política de Assistência Social? In: Serviço Social & Sociedade, Ano XXIII n. 72. São Paulo: Cortez, 2002.
6. TOBAR, F; YALOUR, M. R. Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: editora Fioxruz, 2001.
7. WESTPHAL, M. F.; O Movimento Cidades/Municípios Saudáveis: um Compromisso com a qualidade de vida. Ciência & Saúde Coletiva, 5(1):39-51, 2000.
8. ALMEIDA, M. G.; SILVA, TMGV; NUNES, A. F.; PEDROSA, J. I. S.; FRANÇA, L. D. Cidade: substrato para a promoção da saúde – um campo de lutas de construções. Anais do I Simpósio Internacional sobre território e promoção da saúde. Uberlândia. UFU, 2012.
9. ALMEIDA, E. S.; Cidade/município Saudável - a questão estratégica: o compromisso político. Saúde e Sociedade, 6(2):71-81.1997.
10. CORREIA, M. V. C. A Relação Estado e Sociedade e o Controle Social: fundamentos para o debate. In: Serviço Social & Sociedade, Ano XXIV n. 77. São Paulo: Cortez, 2004.
11. CORREIA, M. V. C. Controle social na saúde. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional, São Paulo: Cortez, 2006.
12. CARVALHO, J. M. Cidadania no Brasil: o longo caminho. Rio de Janeiro. 11ª Ed. Civilização brasileira, 2008.
13. IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 6.ed. São Paulo: Cortez/Celats, 1988.
14. LAMPERT, J. B. Tendências de mudanças na formação médica no Brasil [Tese] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, 2002
15. PITTA A. Hospital: dor e morte como ofício. 3 ed São Paulo: Hucitec, 1994

16. FREIRE, Paulo. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
17. CECCIM, R.; BILIBIO, L. F. S. *Articulação com o movimento estudantil da área da saúde: uma estratégia de inovação na formação de recursos humanos para o SUS*. In: FERLA, A. A.; 2004.
18. FEUERWERKER, LM. *Gestão de processos de mudança na graduação em Medicina*. In: MARINS, J.J.N.; REGO, S.; LAMPERT, J.B.; ARAUJO, J.G.C. (ORG) *Educação Médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo, HUCITEC, 2004. p.17-40.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde*. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.