

SGTES
SGTES
SGTES
SGTES
SGTES
SGTES
SGTES
SGTES
SGTES
SGTES
SGTES
SGTES
SGTES
SGTES
SGTES
SGTES
SGTES
SGTES
SGTES
SGTES
SGTES
SGTES

Ministério
da Saúde



Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
Departamento de Gestão da Educação na Saúde

**PÓLOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE:
ELEMENTOS PARA A DISCUSSÃO DE SUA GESTÃO E DE
SEU FINANCIAMENTO**

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, sala 717
CEP 70.058-900 - Brasília /DF
Telefones: (61) 315-2858 / 226-2303 / Fax: 315-2862
E-mails: degex@saude.gov.br / sgtes@saude.gov.br
Site: www.saude.gov.br/sgtes

Brasília-DF, 09 de Agosto de 2004.

ÍNDICE

1. ANDAMENTO DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	3
2. FINANCIAMENTO DOS PÓLOS	11
3. PROBLEMAS DETECTADOS	13
4. PROPOSTAS	15

1. Andamento da Política de Educação Permanente em Saúde

Em todo o País tem existido, desde o segundo semestre de 2003, intensa mobilização em torno da organização dos Pólos de Educação Permanente em Saúde e da instituição da política de educação permanente para o SUS. São 86 Pólos em processo de constituição, envolvendo a participação dos **gestores estaduais e municipais do SUS**, das **instituições formadoras** e das **estruturas de controle social em saúde**. Participam dos Pólos, junto às instituições formadoras, os docentes, trabalhadores e estudantes, junto ao controle social, os movimentos sociais locais e, junto aos gestores, os serviços e servidores de saúde. Na prática, os Pólos foram instituídos há exatamente seis meses, contando-se da publicação de sua primeira Portaria.

De um modo geral, as negociações e pactuações têm sido intensas e prolongadas, já que está sendo estabelecida uma nova maneira de operar – mais horizontal – envolvendo atores não habituais nos processos de gestão e controle social do SUS, mas que evidenciam a área de formação, como é o caso dos docentes e dos estudantes, que são atores institucionais com diferentes dinâmicas e culturas. Além disso, há a elaboração locorregional de políticas de educação, um âmbito e um foco novos ao sistema de saúde, embora cruciais ao conceito de educação permanente (aprendizagem permeabilizada pelo trabalho, um ensinar e aprender em situação/em contato real com as vivências do trabalho, um ensino-aprendizagem inserido ao cotidiano do trabalho e perspectiva de gestão de sistemas e serviços de saúde).

As secretarias estaduais de saúde e as instituições universitárias têm sido os atores com participação mais regular, presentes em todos as

articulações locorregionais. As SES participam da articulação de maneira ativa e organizada. Algumas orientações, presentes em vários estados, entretanto, têm trazido algumas dificuldades – por exemplo, querer sustentar a locorregionalização dos Pólos (em processo), somente nas regiões do Plano de Desenvolvimento Regional da Assistência à Saúde (PDR), **quando muitas vezes a lógica de distribuição da atenção nem sempre coincide com a distribuição das instituições formadoras e com a lógica de deslocamento de docentes, pesquisadores e estudantes para o desenvolvimento profissional.** Outra dificuldade é a transformação, em alguns casos, do Fórum Estadual de Pólos de uma instância agregadora, politizadora e de formulação de princípios e diretrizes para o sistema estadual de saúde, de uma instância que estimula a cooperação e a conjugação de esforços, a não fragmentação das propostas e a compatibilização das iniciativas com a política nacional e estadual de saúde, atendendo aos interesses do fortalecimento do SUS e sempre respeitando as necessidades locais, em uma instância formal e/ou hierárquica de aprovação de projetos e de recentralização da política de educação, comprometendo um dos principais componentes da educação permanente, que é sua organicidade junto à base local.

As secretarias municipais de saúde, embora participantes absolutamente relevantes nas decisões que são efetivamente tomadas em cada Pólo, por várias razões, têm participado de maneira menos incisiva. Temos percebido também a dificuldade de assegurar a cobertura das necessidades dos pequenos municípios. Talvez seja necessário ao Ministério da Saúde e às Secretarias Estaduais de Saúde e aos Pólos afinar sua escuta às necessidades dos pequenos municipais e elevar ainda mais as possibilidades de acolhimento à voz dos municípios. Segue sendo delicada a construção de autonomia dos municípios conjugada com a necessária coordenação e cooperação técnica e financeira estadual. Essa construção se faz necessária ao conceito dos Pólos em todas

circunstâncias e, em especial, em algumas regiões do País em que o Pólo locorregional pode ser interestadual. É o caso do Distrito Federal em articulação com municípios do seu entorno e as secretarias estaduais de Goiás e Minas Gerais, onde se utiliza exatamente o mesmo desenho da agregação conhecida como Região Integrada para o Desenvolvimento do Entorno do Distrito Federal (Ride-DF). Outras regiões vizinhas demandam agregação entre municípios e estados à semelhança da Ride-DF.

Durante todo o período de apresentação da proposta de Pólos foi dado o exemplo do DF, mas também que municípios e SES do estado de Pernambuco precisariam da articulação com municípios e SES do estado da Bahia, municípios e SES do estado do Maranhão com municípios e SES do estado do Piauí e de municípios e SES do Paraná com municípios e SES de Santa Catarina. Estes desenhos até o momento não forma pactuados.

O compromisso das universidades ainda não é plenamente institucional, sendo vigente uma participação por docentes, grupos de pesquisa, núcleos de estudos e/ou departamentos. Embora haja mais segmentos mobilizados do que havia para os Pólos de Capacitação em Saúde da Família, ainda há dificuldades em muitas instituições formadoras para compreender e aceitar a necessidade de construção coletiva das intervenções propostas e a amplitude das necessidades a responder com formação e desenvolvimento de pessoal e de instituições.

O movimento estudantil tem participado ativamente nos locais em que é organizado, sobretudo por meio das Executivas de Estudantes da área da saúde e os Diretórios e Centros Acadêmicos de medicina, enfermagem e farmácia, embora a participação das demais carreiras esteja se ampliando e sendo articulada. Os estudantes de odontologia, fisioterapia, terapia ocupacional e medicina veterinária despertaram para o SUS de maneira importante no período de discussão da implantação da

política. Em muitos Pólos os gestores do SUS ainda estão assimilando a participação ativa dos estudantes.

Em alguns Pólos, os movimentos sociais têm marcado sua presença com o objetivo explícito de colocar as necessidades, a cultura e a linguagem dos usuários como referência para a orientação das iniciativas de formação e desenvolvimento de profissionais e das instituições de serviço, de gestão e de ensino. Além disso, o respeito à autonomia dos usuários nas decisões sobre sua saúde é uma aprendizagem necessária ao cotidiano do setor.

Os Conselhos de Saúde têm participado de maneira variável, em alguns casos jogaram um papel decisivo no sentido de mediar conflitos e assegurar a possibilidade de negociação no interior dos estados e em outros têm sido a instância formal de aprovação dos projetos, não havendo imbricação dos Fóruns de Pólos com os Conselhos Estaduais de Saúde.

Cabe destacar que embora não haja restrição à participação de quaisquer interessados institucionais nos Pólos, seja do segmento legislativo, de organizações não-governamentais setoriais ou intersetoriais, de instâncias de pesquisa, ciência e tecnologia ou outras, as representações incondicionais são de três blocos de representação: os executores das políticas públicas de saúde, o aparelho formador e o controle social no SUS.

O Ministério da Saúde tem procurado cumprir um papel de *mediação* na articulação interinstitucional exigida para a constituição dos Pólos. A *mediação* e a *indução* são práticas institucionais para a qual todos estamos pouco preparados e não devem se transformar em intervenção. Quanto a *mediação*, nem os profissionais de saúde designados para as esta função dominam estes recursos pedagógicos,

nem os sistemas e serviços possuem esta familiaridade. Precisamos ser objetivos nas orientações técnicas, mas também intensificar a discussão teórica sobre a educação permanente e a sua implementação, sua práxis, no cotidiano da gestão, da rede de atenção e de formação em saúde. Assim, no caminho do aprendizado, estaremos todos –atores e autores deste processo – sob a exigência ética de aprender a construir a educação permanente no cotidiano da gestão setorial e da qualificação de agentes institucionais para o exercício dessa função.

Por meio de *equipes matriciais* (compostas por técnicos das três áreas de coordenações do Deges) temos procurado acompanhar e apoiar tecnicamente a implementação dos Pólos e a construção da política de educação permanente em saúde. Essas equipes são designadas como matriciais pelo esforço de expressar de maneira integrada o conjunto de áreas da política de educação para o SUS. Sabemos que há diversidade de encaminhamentos entre educação superior, técnica e popular em saúde, mas é necessário que exerçam matriciamento uma sobre a outra para superar fragmentações. Sabemos que os papéis se diferenciam e sobrepõem todo o tempo entre governo federal, estadual e municipal mas isso, antes de ser um problema para o SUS, deveria alimentar a sua singularidade, entretanto nosso passado institucional – autoritário e verticalista – poderá estar impondo suas marcas e dificultando as compreensões inovadoras, foi exatamente por isso que reivindicamos o conceito de Rodas de Gestão Interinstitucional Locorregional.

Nesse processo, apesar de tudo, têm ocorrido alguns conflitos relacionados à definição de competências e papéis entre o Ministério e as Secretarias Estaduais de Saúde e deveria caber a todos nós a manutenção do princípio e o esforço ativo da escolha do pensamento de gestão da roda.

De modo geral, ainda é baixa a apropriação dos referenciais conceituais da Educação Permanente em Saúde e há grande dificuldade em definir em cada localidade o que é **estruturante**, o que é **conjuntural** ou o que é **organizativo**. Em quase todos os locais tem havido dificuldades (esperadas) em propor iniciativas inovadoras e alternativas às listas de cursos. Precisamos do esforço constante de mudar as nossas práticas pedagógicas tradicionais e de contornar as regras clássicas de apoio técnico-financeiro. Cometemos erros por inexperiência e estranhamento, e precisamos atualizar e agilizar as relações com os organismos internacionais de cooperação e bancos de fomento e outros setores. Quando mais ações estruturais estiverem postas, mais sustentação conquistará esta política. Até lá, teremos de conviver com um misto de pragmatismo, descobertas e ousadia.

Para produzir proposições mais estruturais, é fundamental que o **papel dos estados** represente o assessoramento em análise da situação de saúde, ordenamento do sistema de atenção e suas ofertas para o desenvolvimento institucional da integralidade em saúde, da formação para o SUS, da descentralização da gestão, da regionalização da atenção e do fortalecimento das instâncias de controle social e de pactuação intergestores.

Cabe **aos municípios** colocar o conjunto da sua rede em contexto de análise de situação e de proposição crítica para a construção da resposta integral às necessidades dos usuários e para a mais fina e orgânica relação com o aparelho formador e com o controle social local.

Espera-se da **universidade** o engajamento no desenvolvimento do sistema de saúde em seus componentes de atenção, gestão, ensino e controle social. Sua participação envolve práticas de formação, de pesquisa, de documentação, de orientação científica e prestação de serviços técnicos de consultoria, avaliação e complementação

especializada da atenção à saúde.

O **papel do Ministério da Saúde** é o de provocar a abertura para a problematização das propostas e para a ressignificação coletiva na perspectiva da educação permanente e da integralidade em saúde. O Ministério da Saúde tem estimulado os Pólos a incluírem em sua agenda de reflexão local as políticas prioritárias ao SUS, demandadas pelas áreas técnicas próprias, entidades da sociedade e instituições gestoras ou de ensino em saúde mediante oficinas de trabalho específicas. Essas atividades têm possibilitado uma análise mais profunda e contextualizada – não somente dos problemas de saúde, mas da gestão do sistema, da organização e das práticas de atenção e de controle social em relação às situações relevantes do ponto de vista epidemiológico e/ou social.

Problemas em vários campos têm sido percebidos no debate local para a agenda da formação e desenvolvimento e, assim, estratégias - muito além das educativas - têm sido desencadeadas para o enfrentamento dos nós críticos mais significativos. Muitas vezes o que trava o desenvolvimento institucional e do sistema de saúde não é a falta de qualificação dos trabalhadores ou de assessoramento das instituições de ensino, mas problemas relativos aos processos de trabalho, aos acordos gerenciais, aos pactos de responsabilidade compartilhada, às oportunidades de familiaridade interinstitucional, às rotinas de consulta pública, às etapas participativas na construção de projetos etc.. O debate locorregional da educação permanente em saúde aponta questões para o ensino, a gestão, a atenção e o controle social.

Quanto à estruturação nacional dos Pólos, vale ressaltar que existem estados em que a sua construção tem enfrentado mais dificuldades ou pelo menos se encontra em etapa incipiente, apesar da realização de oficinas estaduais e reuniões entre as equipes assessoras da gestão federal e estadual. Estes estados são aqueles em que ainda não está consolidada

a elaboração de projetos ou propostas para a formação e o desenvolvimento dos profissionais com os recursos federais da política de educação permanente em saúde para o SUS.

Quando há dificuldade de estabelecer mais prontamente acordos interinstitucionais, nenhuma proposta é aprovada e nem as iniciativas no campo das políticas prioritárias podem ser adequadamente encaminhadas – saúde da família, saúde bucal ou reabilitação psicossocial, por exemplo. No caso da saúde bucal, há o risco de atraso na implementação dos Centros de Especialidades nas localidades em que não há operacionalização dos processos de formação necessários para colocar a equipe de cirurgiões-dentistas, atendentes de consultório dentário, técnicos de higiene dental, auxiliares de prótese dentária e técnicos de prótese dentária em atuação.

O Ministério da Saúde não possuía um quadro técnico-profissional permanente, muitos trabalhadores desconheciam a natureza política do SUS e a história de gestão que todos experimentamos traz fortes traços de direção programática. Para reverter esse processo, uma equipe de técnicos do MS vem sendo qualificada desde o início de 2004 para exercer o papel de apoiador matricial aos estados e/ou às localidades. Mudar conceitos e valores sempre foi mais fácil no discurso que na prática, praticar a mudança tem sido penoso para todos os atores sociais envolvidos.

Os técnicos do Ministério da Saúde que integram as equipes matriciais devem contribuir para a veiculação, junto aos Pólos, de todas as políticas de educação para o SUS, mobilizando informações, contatos e documentação necessária ao desenvolvimento em saúde. A grande maioria dos profissionais que atuam no Deges foi distribuída entre os Pólos e se encontra em processo de formação para o apoio matricial referido.

2. Financiamento dos Pólos

Até o momento, estão em processo de proposição e execução projetos destinados a aplicar os R\$ 40 milhões referentes à primeira distribuição de recursos. Do valor pactuado, partiu-se para uma distribuição de recursos por base estadual segundo um conjunto de critérios técnicos, **relativos à proposta de gestão** (ênfase na descentralização do SUS medida pela população dos municípios em gestão plena e pelo empenho no processo de conversão do modelo assistencial pelo número de equipes de saúde família), **relativos ao exercício do controle social** (pelo número de conselheiros de saúde), **relativos à capacidade de atenção no âmbito do acolhimento populacional** (número de serviços de atenção básica à saúde), **relativos à capacidade instalada de docentes e de apoio à produção de conhecimento** (inverso do número de escolas universitárias ou técnicas para apoiar mais quem precisa instalar capacidade e, assim, trabalhar pelo provimento de capacidade local), **relativo ao tamanho da população geral** (densidade demográfica e volume de demandas) e **relativo à necessidade de processos de mudança na graduação** (número de cursos da área da saúde).

Entendemos que houve certo prejuízo no debate da política de educação permanente nas localidades devido ao *limitador* de um teto de financiamento, pois os locais se ocuparam mais em propor um *plano de aplicação dos recursos* do que estipular uma política de formação, a partir da realidade, das necessidades e das possibilidades locais. Na maioria dos projetos, até pela enorme demanda reprimida, foi mais constante uma relação de cursos de pequena duração (conjunturais)

que: projetos estruturais de educação permanente na localidade ou projetos: acadêmicos de apoio à rede de atenção; de desenvolvimento docente e da gestão; de implantação de estruturas de ensino em serviço e de documentação de práticas; de cursos de especialização; de abertura de programas de residência em diversas especialidades; de qualificação em área profissional de apoio ao processo de transformação nacional da assistência, como é o caso da reabilitação psicossocial (implantação dos centros e núcleos de atenção psicossocial com formação de psiquiatras e da equipe multiprofissional); da clínica de atenção básica à saúde (elevação da resolubilidade dos serviços e formação para a intervenção profissional clínica nas mesmas bases onde estão as unidades de atenção básica, inclusive desenvolvendo condições para mesclar práticas generalistas com práticas especialistas e de apoio matricial), de gestão do SUS (desenvolvimento gerencial e das capacidades de análise e avaliação de situação), de terapia intensivista (formação de especialistas e atualização profissional em equipes) e de composição das equipes de urgência à saúde (integração dos Núcleos de Educação em Urgências previstos na política nacional da área), entre outros.

Consideramos que pode ter sido apressado dar início ao processo de pactuação e construção das propostas tomando montantes limitadores de recursos como referência desde o primeiro momento, pois hoje não conseguimos saber o que ficou retido de necessidades, demandas e planos de sustentabilidade, uma vez que a preocupação foi maior com *um plano de aplicação* que com *uma política*. Mas neste primeiro momento, esta prática precisou ser absorvida como estratégica, tanto pelos municípios, estados e Ministério, quanto pelas instituições de ensino, movimento estudantil e movimentos sociais, pois não sairíamos do lugar discursivo.

Apesar dos esforços em contrário, há muita lentidão na pactuação,

além de projetos terem ficado engavetados pela falta de instrumentos de gestão adequados (uma política nova, em um departamento novo, em uma Secretaria nova, com novas propostas de condução e sem equipe prévia). Com a recente criação de um núcleo operacional dos Pólos no Deges, aliada à recomposição das equipes matriciais e ao desafio de eliminar preciosismos dos analistas de projeto, esses problemas estão sendo superados. A tramitação financeira e a operacionalização interna caminham para uma nova etapa de implementação, minimizando os problemas já detectados, conforme apontados pelos municípios e os estados a cada contato.

O processo de produção dos projetos e planos ainda é bastante lento. Já no primeiro semestre de 2003. A Sgtes, sensível às necessidades de formação e compreendendo o efeito limitador gerado pela distribuição dos recursos finitos, operou com o máximo de agilidade possível no custeio de principalmente residências e especializações e utilizou os recursos da área da educação previstos na política nacional como *além dos pólos*. A este financiamento convencionou-se chamar extra-teto, buscando-se assegurar o debate nos Pólos em constituição e não ameaçar a sua implementação.

3. Problemas detectados

Vários problemas têm ocorrido ao longo deste primeiro semestre de execução da política nacional de educação permanente em saúde e de implantação de seu dispositivo estrutural, os Pólos. No esforço de resumir, apresentamos uma sumarização da análise realizada pela equipe de apoiadores do Deges:

- a) Tem sido longo o tempo transcorrido para a pactuação nas locorregiões e também para que as diferentes instituições executoras (secretarias estaduais, municipais e instituições de ensino) apresentem a documentação necessária para o processo formal de convênio ou contrato. Componentes consensuais que poderiam caminhar para financiamento aguardam etapas consolidadas. Na maior parte dos casos, entre a proposta inicial e a entrega do projeto definitivo passam-se de 4 a 6 meses.
- b) Em alguns estados, em lugar da pactuação de diretrizes e prioridades e do estabelecimento de garantia à transparência em processos, métodos e escolhas no fórum estadual, foi instituída instância intermediária para a apreciação dos projetos, o que tem implicado tempo adicional para elaboração e aprovação dos projetos. Em outros casos, ademais do tempo necessário para a construção e pactuação dos projetos, tem havido dificuldade de incluir a aprovação das propostas na pauta das CIB e dos CES.
- c) A apreciação dos projetos pela Sgtes/MS, depois da pactuação, tem sido em torno de um mês, especialmente depois da publicação da portaria. Em alguns casos, no entanto, a pactuação tem-se prolongado excessivamente.
- d) Depois de emitido o parecer do Deges, os projetos para contratação ou convênio devem seguir outros trâmites, tais como os do Fundo Nacional de Saúde, da Opas ou da Unesco. O tempo médio de tramitação tem sido de mais 4 meses, chegando a até 6 quando envolve tramitação internacional pelas organizações de apoio.
- e) A contratação ou convênio pelo FNS tem tido o inconveniente da cláusula que restringe remuneração de servidores públicos para

atividades docentes (está sendo elaborado parecer jurídico que oferece interpretação favorável ao exercício de ensino em serviço por servidores públicos, na condição de instrutoria e de orientação em serviço).

- f) Tanto a Opas como a Unesco propõem o estabelecimento de relações de cooperação técnica e de regras de gestão como parte da cooperação para a gestão financeira, o que representa uma novidade ainda não fortemente estabelecida pelo projeto original. Os projetos com valor superior a 100 mil dólares, até o momento, têm de receber a aprovação de Washington, no caso da Opas, ou de Paris, no caso da Unesco, casos em que a tramitação pode superar 6 meses de trâmite. Desencadeamos um novo relacionamento com estas organizações, buscando estabelecer a cooperação técnica e de gestão do financiamento da forma mais ágil possível.

- g) Os critérios para distribuição dos recursos por estado produziram efeito claramente redistributivo. Alguns estados, sobretudo os da Amazônia Legal, passaram a dispor de recursos que são superiores a tudo o que já haviam recebido anteriormente para desenvolvimento dos profissionais de saúde. Nos estados mais populosos, entretanto, os recursos revelaram-se insuficientes para iniciativas de impacto. A situação que se colocou é a de que o impacto da política também fica bastante prejudicado temporariamente, pois a alocação de capacidades onde elas não existem é morosa e delicada, enquanto que a baixa alocação onde há ampla capacidade não permite que ela se expresse nacionalmente. Esta situação precisa ser atenuada.

4. Propostas

- 1) Manter os princípios da atual estrutura distributiva, buscando, entretanto, re-equilibrar os pesos estabelecidos por estado relativos a:
(1) Reduzir o peso do critério “Concentração de Equipamentos de Ensino (inversão)” de 15 para 10; (2) Aumentar o peso do critério de “População Total” de 10 para 13 e (3) Aumentar o peso do critério “Unidades de Saúde” de 15 para 17. Com isso, a distribuição contempla estados mais populosos e com maior capacidade instalada tanto na conquista de impacto da política segundo o volume de resultados e visibilidade de sua potencialidade quanto na implementação de ações de retaguarda desses estados aos de menor capacidade instalada. Esse ajuste implicará o equilíbrio dos critérios acordados pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), **com o estabelecimento de apoio dos estados com maior capacidade instalada de docência e pesquisa aos de menor capacidade**. Esta prática terá que ser ativamente mediada pelo Ministério da Saúde, segundo critérios negociados pela Comissão Nacional de Acompanhamento de Política de Educação Permanente em Saúde e deverá assegurar dois impactos: maior execução da política e maior solidariedade entre Pólos, como também previsto na política.

- 2) Estipular que os recursos estabelecidos para cada estado passe a ser entendido como um *balizador*, isto é, não deve mais restringir o esgotamento da formulação da política de formação e da apresentação de projetos. Sempre que a necessidade de recursos ultrapassar o balizador, ela será considerada pela política de educação em todas as suas outras previsões (cursos de especialização, residência, educação técnica, educação popular, SES Educadoras, Municípios Colaboradores em Educação Permanente, VER-SUS, educação na saúde nos hospitais de ensino etc.), assim, poderá, ser

apresentado o pleito de valores superiores ao previsto. Sempre que a necessidade de recursos ultrapassar o balizador, esse valor será discutido pela Comissão Nacional de Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde de acordo com critérios a serem estabelecidos e pactuados na CIT.

- 3) Alocar recursos do Ministério da Saúde, na ordem de R\$ 100.000.000,00 (cem milhões de reais), em junho de 2005, novo valor será pactuado, assegurando-se que todos os Pólos tenham a possibilidade de utilizar o saldo das distribuições de recursos financeiros já realizadas. Estes valores limitam a distribuição dos recursos para a educação permanente, mas não engessam os Pólos em prazos definitivos. Ao longo de todo o período, componentes consensuais podem ser apresentados. Os saldos sempre se somarão aos novos valores, exceto por pactuações posteriores que venham justificar alocações diferenciadas na construção *em processo* da política.
- 4) Estabelecer como atribuição das equipes matriciais de acompanhamento dos Pólos a avaliação de forma, conteúdo e previsão orçamentária dos projetos para constatar inconsistências ou necessidade de reacomodação de planos de trabalho e potencialidades solidárias entre os Pólos de acordo com as diretrizes para validação dos projetos.
- 5) Publicar até 31 de agosto de 2004 a Portaria nomeando a Comissão Nacional de Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde e definir como pontos de pauta: pactuação das diretrizes para a validação de projetos; construção e estabelecimento de critérios técnicos para a distribuição financeira a ser usado no próximo ano e processos de transferência e contratualização eficazes e ágeis.

- 6) Construir condições objetivas para que os Pólos venham configurar instância regular do SUS, agregando os atores da gestão, formação e controle social, bem como construir critérios e possibilidades para a transferência de recursos fundo-a-fundo para os estados e os municípios e para a rede pública de ensino na consolidação de mecanismos regulares de implementação da educação permanente em saúde.

- 7) Construir pactos interestaduais para as localidades em fronteiras interestaduais e, junto ao Sistema Integrado de Saúde do Mercosul (SIS Mercosul), possibilidades de cooperação e desenvolvimento de fronteiras internacionais, construindo ativamente o apoio de estados, uns aos outros.

- 8) Desencadear processo de formação de facilitadores de educação permanente em saúde com caráter de formação em massa para a ampla apropriação de conceitos e processos dessa pedagogia (curso de formação à distância com componentes presenciais para 6 mil profissionais ainda em 2004 e mais 6 mil em 2005).