

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

***“As Políticas Nacionais de Formação Profissional de Nível Superior em Saúde à luz de princípios e diretrizes do SUS, no período de 2003-2010”***

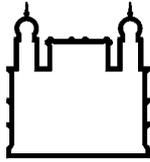
*por*

***Marcelle Costa Marinho***

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.*

*Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria de Fátima Lobato Tavares*

*Rio de Janeiro, maio de 2013.*



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

*Esta dissertação, intitulada*

***“As Políticas Nacionais de Formação Profissional de Nível Superior em Saúde à luz de princípios e diretrizes do SUS, no período de 2003-2010”***

*apresentada por*

***Marcelle Costa Marinho***

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Monica Vieira

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mônica Carvalho de Mesquita Werner Wermelinger

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria de Fátima Lobato Tavares – Orientadora

Catlogação na fonte  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica  
Biblioteca de Saúde Pública

M338 Marinho, Marcelle Costa

As políticas nacionais de formação profissional de nível superior em saúde à luz de princípios e  
Marcelle Costa Marinho. -- 2013.

141 f.

Orientador: Tavares, Maria de Fátima Lobato

Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013

1. Educação em Saúde - recursos humanos. 2. Educação Profissionalizante - recursos humanos. 3.  
Título.

CDD - 22.ed. – 610.7

Catálogo na fonte  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica  
Biblioteca de Saúde Pública

M338 Marinho, Marcelle Costa

As políticas nacionais de formação profissional de nível superior em saúde à luz de princípios e diretrizes do SUS, no período de 2003-2010. / Marcelle Costa Marinho. -- 2013.  
141 f.

Orientador: Tavares, Maria de Fátima Lobato  
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública  
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

1. Educação em Saúde - recursos humanos. 2. Educação Profissionalizante - recursos humanos. 3. Educação Superior. 4. Políticas Públicas. I. Título.

CDD - 22.ed. – 610.7



## A U T O R I Z A Ç Ã O

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Rio de Janeiro, 27 de maio de 2013.

*Marcelle Costa Marinho*

Marcelle Costa Marinho

/Fa

Ao Rafael, por me fazer ser uma pessoa melhor e mais feliz a cada dia.

## AGRADECIMENTOS

A Deus.

À minha orientadora, pela paciência e tranquilidade com que sempre conduziu as nossas reuniões, pela disponibilidade, pelo conhecimento compartilhado, pelo apoio e pela amizade.

Aos professores da Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP/FIOCRUZ, pelos ensinamentos e carinho dispensado aos alunos.

Às professoras Mônica Wermelinger e Mônica Vieira, por aceitarem o convite para compor a banca de avaliação deste estudo e por suas contribuições relevantes para o aprimoramento do mesmo.

Aos meus pais, por acreditarem que eu seria capaz.

Aos amigos, pelas palavras de carinho e por compreenderem minhas ausências frequentes nestes últimos dois anos.

E, especialmente, ao Rafael, pelo companheirismo durante esta caminhada, pelas suas (fartas) contribuições a este estudo, pelas discussões (e foram muitas...), pela paciência em me ouvir discordar quase sempre das suas opiniões (mesmo que eu estivesse errada), e por fim, por estar sempre ao meu lado me dando forças para continuar. Sem você possivelmente esta dissertação não teria passado de um projeto (que, aliás, você me ajudou a construir...).

"Não há saber que esteja pronto e completo. O saber tem historicidade pelo fato de se constituir durante a história e não antes da história e nem fora dela. Então, o saber novo nasce da velhice de um saber que antes foi novo também. E já nasce com a humildade de quem espera que um dia envelheça e suma, para que o outro o substitua".

**Paulo Freire**

## RESUMO

O estudo em questão teve como objetivo geral analisar as políticas nacionais de formação profissional de nível superior em saúde, no período de 2003-2010, tendo como referência a incorporação de princípios e diretrizes do SUS.

Para tal, foram identificados os principais fatores históricos, políticos e institucionais que permearam os debates acerca da elaboração das políticas nacionais de formação profissional para o nível superior em saúde, e em seguida buscou-se caracterizar aquelas que foram implantadas no referido recorte temporal. Por fim, as políticas foram analisadas quanto à participação social, à integralidade do cuidado e à intersetorialidade, entre 2003-2010.

Percebeu-se como principal característica das políticas analisadas a aproximação da formação dos serviços locais de saúde. Outras características apresentadas por estas políticas e que são consideradas necessárias à reorientação do modelo de formação são a proposta de inovações metodológicas e de diversificação dos cenários de aprendizagem (tal como o VER-SUS); o esforço de reorientação da formação em direção à busca de respostas às necessidades locais e regionais dos serviços (como pode ser percebido no PET-Saúde); bem como o deslocamento do eixo da formação em direção a uma prática fundamentada na atenção primária e na promoção da saúde, levando em consideração dimensões sociais, econômicas e culturais (em que pode ser citado o PRÓ-Saúde).

Na análise das categorias, observou-se que, apesar da participação social, no material analisado, ser vista como estratégica e absolutamente fundamental para o fortalecimento do SUS, esta foi representada eminentemente através da subcategoria controle social. Já com relação à segunda categoria analisada, a integralidade do cuidado, notou-se que o enfoque dado a ela nas políticas analisadas apresenta correlação com os princípios da Política Nacional de Humanização em Saúde. Por fim, é possível afirmar que a maioria dos documentos analisados aponta para o entendimento da intersetorialidade como o estabelecimento de parcerias e alianças, não dando muita ênfase à abordagem centrada na importância da ação coordenada entre todas as partes envolvidas para a melhoria das condições de vida das pessoas.

Palavras-chave: Formação Profissional em Saúde, Ensino Superior, Políticas Públicas.

## ABSTRACT

The main objective of this study is the assessment of Brazil's national policies concerning the health care education at university level, between 2003-2010, in relation to the incorporation of the SUS principles.

To achieve that, the main historical, political and institutional factors that had influence in the elaboration of these policies were identified, and then the policies implemented in the selected period were described based on a list of questions. Finally, the same policies were analyzed, based on the principles of social participation, integrality and intersectionality.

The assessment demonstrated that the main characteristic of the analyzed policies was the approach of the university level care education to the local health services. Other important features of those policies, considering the intended reorientation of the health educational model, were the methodological innovation and diversification of the learning sceneries (VER-SUS); the reorientation effort of the educational model towards the search of answers to local and regional health services needs (PET-Saúde); as well as the educational axis change, emphasizing basic care and health promotion, and considering social, economical and cultural dimensions (PRÓ-Saúde).

It could be observed in the categorical analysis that, despite the strategic emphasis conceded to social participation, it was represented essentially through the social control subcategory. The treatment conceded to the second category, integrality, showed some correlation with the principles defined by the Health Promotion Policy (Política Nacional de Promoção da Saúde). It could be also said that the majority of the analyzed documents had an underlying definition of intersectionality as the establishment of alliances and partnerships, not emphasizing the importance of coordinated action between all stakeholders.

Key words: Health Education, Public Policy.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1 APRESENTAÇÃO.....	1
1.2 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	3
1.3 JUSTIFICATIVA.....	12
1.4 ORGANIZAÇÃO DO ESTUDO.....	13
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	15
2.1 APRESENTAÇÃO.....	15
2.2 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE.....	16
2.3 FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE.....	24
3. ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS.....	40
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	46
4.1 APRESENTAÇÃO.....	46
4.2 O CONTEXTO DAS POLÍTICAS.....	46
4.3 CARACTERIZAÇÃO DAS POLÍTICAS NACIONAIS DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE.....	69
4.4 AS POLÍTICAS NACIONAIS DE ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE E PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS .....	87
CATEGORIA 1: PARTICIPAÇÃO SOCIAL.....	87
CATEGORIA 2: INTEGRALIDADE DO CUIDADO .....	95
CATEGORIA 3: INTERSETORIALIDADE.....	107
4.5 DISCUSSÃO.....	113
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	129
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	131

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### **QUADROS:**

**QUADRO 1** – CARACTERÍSTICAS DA FORMAÇÃO ATUAL EM SAÚDE E SUAS POSSÍVEIS IMPLICAÇÕES PARA O TRABALHO.....25

**QUADRO 2** – COMPARAÇÃO ENTRE AS CARACTERÍSTICAS DA FORMAÇÃO ATUAL E DE UM NOVO MODELO DE FORMAÇÃO.....34

**QUADRO 3** – PRINCIPAIS AVANÇOS E VANTAGENS DAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS EM RELAÇÃO AOS CURRÍCULOS MÍNIMOS.....55

**QUADRO 4** – SÍNTESE DAS POLÍTICAS DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE. BRASIL – 2003-2010.....67

**QUADRO 5** – MUDANÇAS NAS PORTARIAS QUE INSTITUÍRAM O PET-SAÚDE.....84

**QUADRO 6** – CARACTERÍSTICAS DE UM NOVO MODELO DE FORMAÇÃO ENFATIZADAS NAS POLÍTICAS ANALISADAS.....116

**QUADRO 7** – SÍNTESE DAS PRINCIPAIS SUBCATEGORIAS E TERMOS QUE EMERGIRAM DA ANÁLISE DOCUMENTAL À LUZ DAS CATEGORIAS ANALISADAS.....128

### **FIGURAS:**

**FIGURA 1** – ELEMENTOS DO PROCESSO DE TRABALHO.....18

**FIGURA 2** – ORGANOGRAMA DA SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE (SGTES).....61

## LISTA DE SIGLAS

APRENDERSUS – AÇÃO ESTRATÉGICA DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE  
ABRUEM – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE REITORES DAS UNIVERSIDADES ESTADUAIS E MUNICIPAIS  
ANDIFES – ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS DIRIGENTES DAS INSTITUIÇÕES FEDERAIS DE ENSINO SUPERIOR  
CEBES – CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS EM SAÚDE  
CIES – COMISSÕES PERMANENTES DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO  
CINAEM – COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL NACIONAL DE AVALIAÇÃO DO ENSINO MÉDICO  
CIT – COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE  
CF – CONSTITUIÇÃO FEDERAL  
CGR – COLEGIADO DE GESTÃO REGIONAL  
CNGTES – CONFERÊNCIA NACIONAL DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE  
CNS – CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE  
CNRHS – CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE  
CONASS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS ESTADUAIS DE SAÚDE  
CONASEMS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE  
CRTS – CÂMARA DE REGULAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE  
DAB – DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA  
DCN – DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS  
DEGES – DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE  
DEGERTS – DEPARTAMENTO DE GESTÃO E DAREGULAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE  
DESPRECARIZASUS – PROGRAMA NACIONAL DE DESPRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NO SUS  
EDUCARSUS – POLÍTICA NACIONAL DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE  
EPS – EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE  
FESP – FUNÇÕES ESSENCIAIS DA SAÚDE PÚBLICA  
GERUS – PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO GERENCIAL DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE  
IDA – INTEGRAÇÃO DOCENTE-ASSISTENCIAL  
IES – INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR  
INEP – INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA  
LAPPIS – LABORATÓRIO DE PESQUISAS SOBRE PRÁTICAS DA INTEGRALIDADE EM SAÚDE  
LDB – LEI DE DIRETRIZES E BASES DA EDUCAÇÃO NACIONAL

LOS – LEI ORGÂNICA DA SAÚDE  
MEC – MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA  
MNNP-SUS – MESA NACIONAL DE NEGOCIAÇÃO PERMANENTE NO SUS  
MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE  
NOB – NORMA OPERACIONAL BÁSICA  
NOB/RH-SUS – NORMA OPERACIONAL BÁSICA DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE  
OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE  
OPAS – ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE  
PCCS – PLANO DE CARGOS, CARREIRAS E SALÁRIOS  
PCCR – PLANO DE CARGO, CARREIRA E REMUNERAÇÃO  
PNAB – POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA  
PROESF – PROGRAMA DE EXPANSÃO DA SAÚDE DA FAMÍLIA  
PROFAE – PROJETO DE PROFISSIONALIZAÇÃO DOS TRABALHADORES DA ÁREA DE ENFERMAGEM  
PROFAPS – PROGRAMA DE FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL MÉDIO  
PROFORMAR – PROGRAMA DE FORMAÇÃO DE AGENTES LOCAIS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
PROGESUS – PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO E ESTRUTURAÇÃO DA GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NO SUS  
PROMED – PROGRAMA DE INCENTIVO A MUDANÇAS CURRICULARES DAS ESCOLAS MÉDICAS  
PRÓ-SAÚDE – PROGRAMA NACIONAL DE REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE  
PET-SAÚDE – PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA SAÚDE  
PNEPS – POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE  
PNPS – POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE  
PITS – PROGRAMA DE INTERIORIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE  
RH – RECURSOS HUMANOS  
RSB – REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA  
RORHS – REDE OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE  
SESU – SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR  
SINAES – SISTEMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR  
SGTES – SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE  
SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
SNS – SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE  
SPT-2000 – SAÚDE PARA TODOS NO ANO 2000  
SPT-SÉC.XXI – SAÚDE PARA TODOS NO SÉCULO XXI  
UNI – PROGRAMA UNIÃO COM A COMUNIDADE  
VER-SUS – PROJETO DE VIVÊNCIAS E ESTÁGIOS NA REALIDADE DO SUS

# 1. INTRODUÇÃO

---

## 1.1 Apresentação

O presente estudo consiste em uma proposta investigativa pensada e elaborada a partir de um conjunto de inquietações oriundas da minha trajetória acadêmica e profissional.

Meu interesse pela temática da formação profissional teve início durante a graduação em Enfermagem. Neste período, me deparei com algumas questões que marcaram profundamente meu olhar sobre o processo formativo em saúde. As incoerências percebidas no ensino acadêmico e a falta de correspondência deste ensino com a prática observada durante os estágios curriculares e extracurriculares foram dois fatores que me causaram estranheza e incômodo.

Deles derivam-se uma série de questões: Por que as disciplinas obrigatórias e eletivas ofertadas pela universidade são majoritariamente de caráter técnico e se voltam para a atuação hospitalar? Por que é dada prioridade aos casos clínicos incomuns, e até raros, se não os vemos nas práticas diárias nos serviços de saúde? Por que, a despeito de um discurso que incentiva a participação dos alunos nos debates acadêmicos, ainda há tão pouco espaço para o diálogo com eles na construção da grade curricular? Por que a saúde pública não é valorizada enquanto saber mesmo dentro das universidades públicas? Por que não se discute nas universidades a construção do SUS conforme preconizado pela Constituição? Por que o ensino acadêmico reproduz o que buscamos superar? De que forma este ensino está impactando as práticas de saúde?

Ao longo do processo de graduação estes questionamentos foram se colocando cada vez de forma mais clara para mim, especialmente nos dois últimos anos, nos quais tive a oportunidade de realizar estágios extracurriculares. A experiência de estagiar como acadêmica bolsista em três áreas diferentes da saúde pública (na assistência hospitalar, em um instituto de saúde mental e na secretaria municipal de saúde do RJ) clarificou dois pontos importantes naquele momento para a minha formação: a descoberta da saúde pública como um campo amplo de atuação e o distanciamento entre a formação acadêmica e as práticas profissionais.

O entendimento da complexidade e amplitude da saúde pública atraiu minha atenção para este campo. O trabalho com grupos populacionais, a ideia de promover saúde e prevenir doenças em nível local, a interação com outras áreas de conhecimento e, principalmente, a identificação com os valores defendidos pelo SUS foram fatores que estimularam minha aproximação e permanência no campo.

O distanciamento entre a formação acadêmica e as práticas profissionais tornou-se visível para mim a partir da observação dos processos de trabalho nas unidades de saúde em que estagiei. Os trabalhadores da saúde se apropriavam de um discurso vigente na academia, porém de forma incoerente com a prática cotidiana, reprodutora de ações impositivas, normativas, verticalizadas e ineficazes. Esta realidade revelava-se conflitante com a reorientação dos serviços e das práticas de saúde apregoados pelo SUS e, ainda que não possa ser atribuída somente ao ensino de nível superior, sua influência é incontestável.

Após o término da graduação busquei cursar especializações com o objetivo de aprofundar meus conhecimentos sobre saúde pública e dar vazão às questões que me sensibilizavam. Dessa forma, em 2008 ingressei na Especialização em Saúde Pública oferecida pela ENSP/FIOCRUZ e, em 2009, na Especialização em Promoção da Saúde com ênfase em Saúde da Família, na UFF. Nestas pós-graduações busquei estudar as relações entre trabalho, educação e saúde na atenção básica, mais especificamente na Estratégia Saúde da Família, local onde comecei a atuar no final de 2008.

A vivência como Enfermeira da Estratégia Saúde da Família acentuou as inquietações nascidas na academia, mas também trouxe novos conflitos, angústias e percepções. Minha inserção como profissional de saúde atuando na atenção básica me proporcionou olhar para aquelas questões de um outro lugar e, portanto, de uma nova forma. Deste modo, atentei para a interferência de aspectos estruturais nas práticas em saúde desenvolvidas no cotidiano dos serviços; o que me fez perceber que não seria possível compreender como se dão as transformações das práticas na "ponta" sem analisar criticamente como ocorre a construção das políticas que as embasam.

Este estudo é fruto destas reflexões.

## 1.2 Considerações iniciais

A partir do século XX, o surgimento de novos problemas de saúde, como o envelhecimento populacional e o conseqüente aumento do quantitativo de doenças crônicas, aliado a questões como o desenvolvimento do complexo médico-industrial e o aumento crescente dos custos da atenção, vem promovendo a necessidade de se pensar em um novo modelo para a saúde, capaz de atender a estas novas demandas. Este modelo teria por base o conceito ampliado de saúde, atuando para além da cura, na promoção da saúde, na prevenção de doenças e agravos e reabilitação dos usuários, provocando uma mudança de práticas que deveria ser acompanhada pela revisão da formação na área da saúde. No entanto, estas transformações vêm ocorrendo de forma lentificada.<sup>1</sup>

No âmbito internacional, em 1978 ocorreu a I Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, como uma resposta à necessidade de repensar a saúde mundial. O documento elaborado como produto final desta conferência, a Declaração de Alma-Ata, apresenta uma compreensão de saúde atrelada às condições de vida das populações e ao desenvolvimento social e econômico mundial, envolvendo a participação de outros setores para além da saúde. De tal modo, propunha enfatizar a expansão da oferta de cuidados primários à população mundial, privilegiando a atenção primária para o desenvolvimento destas ações, assim como incentivava a responsabilidade dos governos sobre a saúde das suas populações e a participação destas no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde. Com esta finalidade, lançou o desafio de se alcançar um nível aceitável de saúde para todos até o ano 2000, iniciativa que ficou conhecida como "*Saúde Para Todos no ano 2000*" (SPT-2000), reafirmada pela OMS em 1998 para "*Saúde Para Todos no Século XXI*" (SPT- Séc. XXI).

Com base na repercussão da Declaração de Alma-Ata, em 1986 é realizada a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, objetivando dar continuidade às discussões sobre o delineamento de uma "nova" saúde pública. Esta, em contraposição à "antiga" saúde pública, não se limitaria à cura e prevenção das doenças, mas buscaria promover a saúde, individual e coletivamente, através do reconhecimento de questões como a influência de fatores socioambientais nos padrões de saúde, a necessidade de redução das desigualdades sociais e a participação social e cidadã na saúde.

A Carta de Ottawa, resultado desta Conferência, considerando os avanços alcançados pela Declaração de Alma-Ata, dirige-se à operacionalização de meios que

permitiriam atingir o objetivo de SPT-2000. Para tanto, emprega conceitos condizentes com a "nova" saúde pública como o conceito ampliado de saúde ao assegurar que a saúde pode ser favorecida ou prejudicada por fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos, e defende a Promoção da Saúde como uma estratégia para o alcance de melhores condições de vida das populações, tendo como um dos seus compromissos a reorientação dos serviços de saúde.<sup>2</sup>

Buscando meios de efetivar este compromisso, a Carta de Ottawa explicita que a reorientação dos serviços de saúde *“requer um esforço maior de pesquisa em saúde, assim como de mudanças na educação e no ensino dos profissionais da área da saúde”*. E ainda que *“isto precisa levar a uma mudança de atitude e de organização dos serviços de saúde para que focalizem as necessidades globais do indivíduo, como pessoa integral que é”*.<sup>2</sup>

No nosso país, estas orientações serviram de base para a definição do atual conceito de saúde e, posteriormente, influenciaram a elaboração da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

No Brasil, país membro da Organização Mundial de Saúde (OMS), foram sentidas as influências dos movimentos internacionais de reforma dos sistemas de saúde, que, aliadas a experimentações práticas, levaram a propostas de mudança e à formulação de políticas públicas no intuito de enfrentar a crise na saúde. De modo que, ainda nos anos 70, ao buscar alternativas à organização dos serviços e das práticas de saúde, tem início no país uma intensa discussão de propostas de reforma do modelo de saúde, assim como do ensino e das práticas médicas. Nesse sentido, o debate político travado no âmbito do movimento de Reforma Sanitária Brasileira (RSB) teve papel fundamental.<sup>3</sup>

De acordo com Escorel (2008), o movimento de RSB, ou movimento sanitário, era composto por um grupo de pessoas ligadas ao setor saúde que compartilhavam o mesmo referencial teórico e buscavam a *“transformação do setor saúde no Brasil em prol da melhoria das condições de saúde e de atenção à saúde da população brasileira, na consecução do direito de cidadania”*<sup>4</sup> (p. 407).

Ao fundar-se num momento de múltiplas crises – *“do conhecimento e da prática médica, do autoritarismo, do estado sanitário da população, e do sistema de prestação de serviços de saúde”*<sup>5</sup> (p. 158) –, o projeto sanitário refletia um desejo de mudanças profundas e ousadas na saúde como, por exemplo, acesso universal, participação social autêntica e equidade no atendimento aos usuários. O caráter democratizante destas

propostas e o espaço que encontraram para emergir estão intrinsecamente relacionados ao momento político que o país atravessava nos anos 70.

O cenário político brasileiro naquele período se mostrava favorável ao surgimento de movimentos sociais, posto que o país vivenciava o fim de uma década de ditadura militar (1964-1974) e o processo de distensão do regime autoritário. Este fato possibilitou uma intensa mobilização política e social em prol do processo de luta pela redemocratização do país, o que contribuiu tanto para o acirramento das críticas às características do sistema de saúde quanto para a ascensão do movimento sanitário.

Sendo assim, em 1979, através do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), foi publicado um documento intitulado "*A questão democrática na área da saúde*", no qual o movimento sanitário realizava um diagnóstico da saúde, trazendo à tona uma série de insatisfações da sociedade. No que tange à formação, evidenciava que políticas de saúde inadequadas ocasionaram graves consequências aos seus trabalhadores, sugerindo para a transformação deste quadro propostas que compreendiam o planejamento da formação e da distribuição de profissionais, delegadas ao Sistema de Saúde, além da modificação dos currículos, que deveriam ser adaptados às "*necessidades sociais enfatizando a área da saúde coletiva*"<sup>6</sup> (p. 11).

Em 1986, as propostas para o campo da saúde foram amplamente discutidas na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), divididas em três temáticas principais: a saúde como direito, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde (SNS) e o financiamento do setor. De modo geral, as mudanças defendidas pelos três eixos compreendiam o entendimento do direito à saúde no seu sentido mais abrangente, garantido pelo Estado; a reestruturação do SNS no que se refere à organização dos serviços, às condições de acesso e qualidade e à política de recursos humanos; e o financiamento como responsabilidade do Estado. Para dar sustentação ao conjunto de concepções teóricas contidas neste relatório, foram apontados alguns princípios relacionados à política de recursos humanos que deveriam compor o SNS:

"capacitação e reciclagem permanentes; composição multiprofissional das equipes, considerando as necessidades da demanda de atendimento de cada região e em consonância com os critérios estabelecidos pelos padrões mínimos de cobertura assistencial; formação dos profissionais de saúde integrada ao Sistema de Saúde, regionalizado e hierarquizado; e inclusão no currículo de práticas alternativas"<sup>7</sup> (p. 11-12).

O relatório final da VIII CNS forneceu as bases para a elaboração dos princípios e diretrizes<sup>1</sup> do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal (CF) em 1988.

O momento político no qual a conferência foi realizada estimulou a defesa do direito à saúde, consolidando-o na Constituinte como o principal avanço na direção de um sistema mais igualitário. Essa conquista social legitimou a garantia da saúde como direito de todos e dever do Estado, ampliando o acesso da população às ações e aos serviços públicos de promoção, prevenção e recuperação da saúde, individual e coletivamente, e em todos os níveis de complexidade, tendo em vista a integralidade do cuidado. Entretanto, compreendendo que este direito não depende apenas da sua formalização no texto constitucional, vincula-se sua efetivação à participação da sociedade no controle dos processos de formulação das políticas, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações de saúde.

Percebe-se que, na base do processo de criação do SUS, encontram-se elementos que dialogam com as reflexões e os movimentos da promoção da saúde, como: o conceito ampliado de saúde, a necessidade de criação de políticas públicas para promovê-lo, a participação social como imprescindível para a construção do sistema e das políticas de saúde, bem como a impossibilidade do setor sanitário de responder sozinho à transformação dos determinantes e condicionantes para garantir opções saudáveis para a população.<sup>8</sup>

Na perspectiva ampliada de saúde, definida no âmbito do movimento de RSB, nas cartas da Promoção da Saúde e no SUS, busca-se a ampliação do escopo da intervenção em saúde, no intuito de que se tome como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, fazendo com que a organização do cuidado e da atenção em saúde compreenda tanto as ações voltadas para a cura quanto aquelas que incidem sobre as condições de vida da população. Neste ponto, identifica-se sua relação com o princípio de integralidade do cuidado, referido anteriormente.

---

<sup>1</sup> As diretrizes do SUS, instituídas a partir do art.198 da CF 88, compreendem: a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade. Já os princípios foram definidos somente a partir da regulamentação do SUS, com a Lei nº 8080/90 (art.7), dentre os quais se destacam: a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; a integralidade da assistência; a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; o direito à informação às pessoas assistidas, sobre sua saúde; a participação da comunidade e a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo.

A participação social, entendida como a participação ativa de todos os sujeitos envolvidos na produção do cuidado (gestores, profissionais de saúde, usuários do sistema, movimentos sociais, e outros), é vista como fundamental para impulsionar e direcionar às ações em saúde para que respondam às reais necessidades de saúde da sociedade. A PNPS enfoca a necessidade de construção e de gestão compartilhada dos processos de produção do conhecimento, de práticas e das políticas públicas no campo da saúde. <sup>8</sup>

Com relação à incapacidade do setor de lidar sozinho com as complexas questões que permeiam a saúde, a intersectorialidade é compreendida *"como uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de co-responsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania, e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem"* <sup>8</sup> (p.13).

Com base no entendimento de que estes preceitos são essenciais à implementação do SUS, impactando diretamente na reorganização dos serviços e práticas em saúde, optou-se neste estudo por conferir destaque aos seguintes princípios e diretrizes do SUS: integralidade do cuidado, participação social e intersectorialidade (compreendida aqui como uma diretriz organizativa do SUS).

Com o estabelecimento do SUS como política pública, definiu-se constitucionalmente ser de sua responsabilidade a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde (art. 200), o que foi reafirmado com a publicação da Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal nº 8080/90), que o regulamenta. Desde então, um dos grandes desafios colocados para a sua implementação tem sido formar profissionais competentes que possam contribuir para a reorientação do sistema de saúde, tal qual estabelecido pelos princípios e diretrizes do SUS. Essa temática tem ocupado espaços importantes de debate, como as Conferências Nacionais de Saúde (CNS) e as Conferências Nacionais de Recursos Humanos em Saúde (CNRHS).

Após a delegação ao SUS da formação dos seus trabalhadores, embora tenham sido suscitadas intensas discussões acerca do tema, não foram geradas políticas públicas que se voltassem para os trabalhadores da saúde nos anos 90. Por este motivo, Machado<sup>9</sup> (2005) afirma que a década de 90 pode ser denominada de *"década perdida para os recursos humanos em saúde"* e que este "esvaziamento" teve impactos importantes, caracterizando-se:

"pelo abandono da proposta de planos de carreira profissional, pela precarização do trabalho no SUS, pela desmobilização do movimento sindical identificado na perda da importância da negociação do trabalho no SUS, pela pulverização das ações educativas e formativas no âmbito do SUS e pela proliferação de escolas de saúde." <sup>9</sup> (p.277)

Ainda nos anos 90, ocorreu a elaboração da primeira versão do documento "*Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS)*"<sup>2</sup>, dedicado às questões pertinentes ao trabalho em saúde, como a valorização dos profissionais e a regulação das relações de trabalho na saúde.<sup>10</sup> Todavia, em função do quadro político vigente na época poucos resultados foram alcançados com esta NOB/RH-SUS, uma vez que se optou por privilegiar preceitos neoliberais em detrimento aos da RSB, tendo como consequência a retirada da centralidade dos trabalhadores no processo de reforma.<sup>9</sup>

Assim, ainda que seja aclamada como um dos principais pilares de sustentação do SUS, a questão da formação tem sido tratada de forma inconstante nos documentos e políticas de saúde no período pós-constituente, não se colocando como um dos temas centrais na agenda dos dirigentes políticos. Esta "omissão" vem contribuindo para a manutenção de características do sistema de saúde criticadas pelo movimento sanitário, como a fragmentação dos processos de trabalho em saúde, a medicalização e a formação orientada para o mercado, dentre outras, conformando a formação como um dos nós críticos mais importantes do SUS.

Paralelamente, no setor educacional, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), de 1996, tem possibilitado que questões que permeiam a formação profissional sejam repensadas e implantadas nos cursos da área de saúde através das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), aprovadas entre 2001 e 2004. No intuito de atender às necessidades de formação, as DCN se baseiam em princípios como o reconhecimento de competências adquiridas fora do ambiente escolar e o fortalecimento da articulação entre teoria e prática, com foco na flexibilização curricular e na qualidade da formação.<sup>11</sup>

---

<sup>2</sup> A NOB constitui-se num instrumento normativo infralegal que tem como escopo a operacionalização dos preceitos da legislação que rege o SUS. Por apresentar resultados positivos no estabelecimento de critérios para a atuação das três esferas de governo no que diz respeito a questões como o financiamento e as condições de habilitação para gestão nos diferentes âmbitos do governo, dentre outras, optou-se por utilizar o mesmo tipo de instrumento para normatizar a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS, 2002).<sup>10</sup>

Sendo assim, as DCN apontam para uma reforma do ensino centrada em processos educacionais capazes de gerar mudanças, isto é, que possam atuar na superação de obstáculos, tais como a desintegração entre os saberes, a ênfase nas especialidades, e a desarticulação entre ensino e serviço.

Com base nestes princípios, o Ministério da Saúde (MS) adota a seguinte definição de formação profissional em saúde:

“Processo de ensino-aprendizagem dos conhecimentos requeridos para o exercício de uma profissão ou ocupação regulamentada que se dirige à educação técnica ou superior. Tem por objetivo propiciar ao estudante ou ao trabalhador, no exercício de sua profissão, o desenvolvimento de competências técnicas, éticas e humanísticas, capacidade crítica e postura solidária perante os usuários a fim de qualificar a resposta do setor da Saúde às necessidades da população do sistema de saúde.”<sup>12</sup> (p. 26)

Esta definição traz a compreensão de que a formação profissional em saúde abrange formalmente tanto a formação técnica quanto a superior<sup>3</sup>, além de apontar para a questão do ensino orientado para a competência.

No mesmo documento citado, encontramos a seguinte definição de competência profissional:

"capacidade de articular e de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, colocando-os em ação para resolver problemas e enfrentar situações de imprevisibilidade, em uma dada situação concreta de trabalho e/ou em um determinado contexto cultural." <sup>12</sup> (p. 19)

De acordo com os conceitos citados, a formação profissional objetiva propiciar o desenvolvimento de competências ao estudante ou ao trabalhador. Entretanto, a definição destas competências está relacionada a habilidades e atitudes individuais que podem ser estimuladas e incentivadas pela formação, mas que dependem de outros fatores, como a forma como estão estruturados os processos de trabalho nos serviços de saúde e a responsabilização dos sujeitos com as suas práticas cotidianas.

Nesta perspectiva, podem ser identificados, tanto na saúde quanto na educação, movimentos objetivando a orientação da formação profissional em saúde para processos educativos capazes de articular os atributos cognitivos aos atributos relacionados às habilidades, atitudes e aos aspectos psicossociais, apontando para relações mais equilibradas entre eles. Tais processos educativos pautados pelo desenvolvimento de

---

<sup>3</sup> Saliente-se que, esta pesquisa tem como objeto de análise somente as políticas de formação voltadas para o ensino superior. Dessa forma, o termo "formação profissional" será utilizado para designar apenas processos formativos que se dão no âmbito do ensino superior, compreendendo graduação e pós-graduação.

competências se utilizam de metodologias ativas que possibilitam problematizar os processos de trabalho, buscando superar a dicotomia teoria-prática.

Para o estabelecimento de mudanças dessa natureza é imprescindível a elaboração, implantação e avaliação de políticas públicas que proporcionem direcionamento nacional às instituições formadoras de profissionais de saúde. No entanto, é possível afirmar que somente a partir da década de 2000 passam a existir, de fato, políticas nacionais de formação para o ensino superior com foco na reorientação do ensino<sup>4</sup>.

Em 2003, é criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), com a finalidade de integrar as dimensões do trabalho e da educação na saúde no que se refere à gestão dos recursos humanos. Constituída pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e pelo Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS), assume a formulação de políticas orientadoras tanto da formação quanto da gestão, qualificação e regulação dos trabalhadores da saúde, marcando o início de uma política de governo cuja proposta é garantir requisitos básicos para a valorização do trabalhador e do seu trabalho.

Concomitantemente ao início do primeiro mandato do presidente Luís Inácio Lula da Silva, a criação da SGTES gerou uma expectativa de mudanças no campo da formação profissional que alavancariam as transformações almejadas no sistema de saúde. Isto porque, apesar de instituído e regulamentado, o SUS continuava sendo uma imagem-objetivo do sistema de saúde que ansiávamos alcançar, e, para sua efetivação seria imprescindível rever o papel desempenhado pelos seus trabalhadores a partir da formação.

A articulação entre os campos do trabalho e da educação em saúde tem proporcionado a implantação de políticas de formação principalmente após o ano de 2003, como, por exemplo, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde/PRÓ-Saúde (2005) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/PET-Saúde (2007), dentre outras, que buscam transformar o modelo tradicional de organização do cuidado, tendo como ação estruturante a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde/PNEPS (2003).

---

<sup>4</sup> A exceção é o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares das Escolas Médicas (PROMED), que foi lançado em dezembro de 2001, em parceria com os Ministérios da Saúde e da Educação e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), visando o desenvolvimento e implantação de novas diretrizes curriculares para os cursos de medicina.

Passadas mais de duas décadas da “mudança estrutural” representada pelo SUS, é importante analisar em que medida as políticas concernentes à formação profissional contribuíram para a reorientação dos serviços e das práticas em saúde no Brasil. A partir destes pressupostos, foram elaboradas as seguintes questões norteadoras para esta investigação:

Quais os principais fatores políticos e institucionais que permearam o processo de elaboração das políticas nacionais de reorientação da formação profissional, centradas no ensino superior, no pós-2003?

Em que medida as políticas de formação foram influenciadas pelo ideário da Reforma Sanitária Brasileira, na perspectiva de promover as transformações pretendidas no campo da saúde?

Quais os avanços e as limitações derivadas destas políticas com relação à reorientação dos serviços e práticas na direção de um sistema de saúde mais equitativo, participativo e integral?

Ressalte-se que este estudo, apesar de considerar todas essas questões de fundamental importância para o recorte do objeto, não tenciona responder a todas elas. Dessa forma, tem-se como questionamento central:

**De que forma as políticas nacionais de formação profissional consideraram a necessidade de reorientação dos serviços e práticas de saúde, no sentido dos princípios e diretrizes do SUS, no pós-2003?**

A partir desta questão foram elaborados os seguintes objetivos:

**Objetivo Geral:**

- ✓ Analisar as políticas nacionais de formação profissional de nível superior em saúde, no período de 2003-2010, tendo como referência a incorporação de princípios e diretrizes do SUS.

**Objetivos Específicos:**

- ✓ Identificar os principais fatores históricos, políticos e institucionais que permearam os debates acerca da elaboração das políticas nacionais de formação profissional para o nível superior em saúde;

- ✓ Caracterizar as políticas nacionais de formação profissional para o nível superior em saúde implantadas no período de 2003-2010;
- ✓ Analisar as políticas nacionais de formação profissional para o nível superior em saúde quanto à participação social, à integralidade do cuidado e à intersetorialidade, entre 2003-2010.

### **1.3 Justificativa**

O campo da formação profissional em saúde apresenta desafios que demandam políticas públicas capazes de induzir mudanças em âmbito nacional, tanto no ensino quanto nos serviços e práticas, contribuindo para o avanço da construção do SUS, tal qual estabelecido pela CF de 1988. Estas políticas precisam ser permanentemente analisadas e avaliadas para que estejam adequadas à realidade de saúde brasileira.

Desde a instituição do SUS, com a ordenação de recursos humanos legalmente sob sua responsabilidade, havia uma expectativa de que o sistema público atuasse de forma indutora na reorientação do sistema de saúde, por meio da formulação e implantação de políticas voltadas para a formação profissional. Esse processo tem ocorrido de forma bastante lenta, não tendo se colocado como um tema central na agenda política, o que propicia a manutenção de características criticadas desde o período anterior ao SUS.

Dentre os diversos tensionamentos que se relacionam à temática e cujo tratamento exaustivo seria impossível em um mesmo estudo, três são os pontos principais que justificam a realização deste estudo.

O primeiro ponto a ser abordado diz respeito à relativa ausência de trabalhos acerca da articulação entre a formação profissional em saúde orientada para o ensino superior e a reorientação de serviços e práticas, principalmente que se debruçam sobre a análise das políticas nacionais na década de 2000. Este fato é evidenciado pelo baixo quantitativo de estudos disponíveis nas bases de dados nacionais. Essa lacuna pode gerar implicações no que diz respeito à adequabilidade e aplicabilidade destas políticas.

Outro ponto relevante é a descontinuidade na implementação das políticas de formação. Esse fator pode estar relacionado a entraves oriundos da sua construção – por exemplo, do momento político em que nasceram e das forças políticas que atuaram e/ou atuam no sentido de possibilitar ou limitar seu desenvolvimento –, e que irão se refletir nos diferentes espaços de práticas. Além disso, é necessário considerar que há dificuldade em

implantar políticas nacionais que sejam universais e, ao mesmo tempo, respeitem as diversidades existentes no país.

Por fim, o terceiro ponto refere-se ao distanciamento entre ensino e prática no âmbito da saúde. O ensino superior ainda tem se pautado por um modelo de cunho tecnicista, com ênfase nas disciplinas biológicas em detrimento de conhecimentos de cunho social e político, não estimulando o desenvolvimento do pensamento crítico nos alunos e formando profissionais numa lógica de trabalho voltada para o mercado. Outros aspectos estão relacionados a essa defasagem, como por exemplo, a heterogeneidade nas regiões e o papel da sociedade na manutenção do modelo de saúde.

As questões aqui expostas merecem estudos investigativos que possam, a partir da compreensão da realidade atual, abrir caminho para novas possibilidades. Nessa perspectiva, o estudo em questão busca proporcionar reflexões críticas que permitam repensar o processo de construção e implementação de políticas públicas, o ensino das profissões na área da saúde, o cotidiano das práticas desenvolvidas nos serviços de saúde, e a atuação da sociedade no que diz respeito ao controle social.

#### **1.4 Organização do estudo**

Este estudo encontra-se organizado em cinco capítulos, sendo o primeiro esta *Introdução*, que contém: o breve relato da trajetória acadêmica e profissional da autora e a origem do interesse pela temática do estudo; o marco teórico, a problematização que levou à construção da questão norteadora do estudo e os objetivos geral e específicos; e, por fim, a justificativa da relevância da pesquisa e a organização do estudo.

O Capítulo 2, denominado *Fundamentação Teórica*, é composto por três subcapítulos: *Apresentação*, que introduz brevemente os capítulos seguintes relacionando a formação e o trabalho em saúde; *Processo de Trabalho em Saúde*, no qual explora-se a categoria "trabalho", trazendo à tona questões fundamentais para a compreensão da configuração atual dos processos de trabalho e suas implicações para o campo da saúde; e *Formação Profissional em Saúde*, que tem por objetivo identificar os principais limites e fragilidades da formação profissional e suas consequências para o processo de trabalho em saúde, além de apresentar as propostas atuais que permitem repensar a formação dos

trabalhadores para o SUS, utilizando-se para tanto de referenciais teórico-conceituais provenientes dos campos da saúde e da educação.

Intitulado *Estratégias Metodológicas*, o terceiro capítulo tem como finalidade descrever o caminho metodológico percorrido para dar conta de responder às questões de pesquisa. Neste capítulo, identificou-se o estudo como qualitativo e de caráter descritivo, tendo sido desenvolvido por meio da análise de documentos oficiais do Ministério da Saúde correspondentes à implantação e implementação das políticas nacionais de formação profissional de ensino superior em saúde com relação aos princípios e diretrizes do SUS, no período de 2003 a 2010.

O quarto capítulo diz respeito aos *Resultados* encontrados e à sua *Análise*. Encontra-se dividido em cinco subcapítulos, a saber: a *Apresentação* descreve e introduz os subcapítulos seguintes; *O contexto das políticas* destina-se a resgatar e aprofundar os principais fatores históricos, políticos e institucionais ocorridos nas décadas de 90 e de 2000 que foram fundamentais para incitar o debate em torno da elaboração das políticas nacionais de formação profissional para o nível superior em saúde; a *Caracterização das políticas nacionais de formação profissional em saúde* apresenta de forma detalhada as principais características das políticas identificadas no capítulo anterior, subdividindo-se em seis capítulos, cada um relativo a uma política estudada; *As políticas nacionais de ensino superior em saúde e os princípios e diretrizes do SUS*, que objetiva analisar as políticas quanto às categorias participação social, integralidade do cuidado e intersetorialidade, estando subdividido de acordo com as categorias analisadas; e a *Discussão*, no qual busca-se, a partir dos resultados e da análise documental, discutir os principais achados do estudo à luz do referencial teórico.

O capítulo 5 contém as *Considerações Finais*, com a apresentação em tópicos dos pontos de destaque do estudo. E, por fim, o capítulo 6 traz as referências que balizaram o estudo.

## 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

---

### 2.1 Apresentação

As transformações ocorridas no sistema de saúde brasileiro pós-1988 demandaram uma reestruturação do tripé ensino-serviço-prática. Para dar sustentação a estas transformações, foi necessário dar um novo direcionamento à formação de seus trabalhadores, para que fossem capazes de atuar na reorientação do modelo de saúde vigente, contribuindo assim para a construção do SUS.

Ainda que ao Sistema de Saúde tenha sido atribuída a função de ordenar a formação de recursos humanos, e o tema tenha sido recorrente nas discussões em fóruns, seminários, conferências e outros eventos, apenas nos anos 2000 foram instituídas políticas públicas com vistas à formação de trabalhadores para atender a este novo sistema de saúde. Também neste período a temática voltou a ganhar notoriedade internacionalmente, fato que pode ser observado a partir do surgimento de movimentos importantes para as mudanças nos serviços e práticas em saúde e, conseqüentemente, para o campo da formação profissional.

O projeto das Funções Essenciais da Saúde Pública<sup>5</sup> (FESP) é um destes movimentos. Por FESP entende-se um conjunto de medidas específicas que devem ser realizadas pelo Estado através das autoridades sanitárias, em interação com a sociedade civil, com o objetivo final de melhorar a saúde das populações. Atuam como um indicador de desempenho do campo da saúde pública, apoiando a iniciativa SPT-2000 e contribuindo para a reforma dos sistemas de saúde, na tentativa de adequá-los à satisfação das necessidades de saúde atuais.<sup>13</sup>

Um dos componentes das FESP é a Promoção da Saúde. Portanto, é esperado que os países da América Latina desenvolvam seus sistemas de saúde com base nos princípios da Promoção da Saúde.

---

<sup>5</sup> O documento "*La Salud Pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción*", publicado pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) em 2002, define uma lista com onze funções essenciais da saúde pública, a saber: 1) Monitoramento, avaliação e análise da situação de saúde; 2) Vigilância de saúde pública, investigação e controle de riscos e danos em saúde pública; 3) Promoção da Saúde; 4) Participação dos cidadãos em saúde; 5) Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planejamento e gestão em saúde pública; 6) Fortalecimento da capacidade institucional de regulamentação e fiscalização em saúde pública; 7) Avaliação e promoção do acesso equitativo aos serviços de saúde necessários; 8) Desenvolvimento de recursos humanos e capacitação em saúde pública; 9) Garantia e melhoria da qualidade dos serviços de saúde individuais e coletivos; 10) Pesquisa em saúde pública; 11) Redução do impacto de emergências e desastres em saúde (tradução livre).<sup>13</sup>

No Brasil, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) foi instituída em 2006, com o objetivo de *"promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes - modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais"*<sup>8</sup> (p. 19). A Promoção da Saúde é entendida no documento como uma estratégia de produção de saúde fundada numa perspectiva ampliada de saúde, defensora de questões como a equidade, a participação social, a intersetorialidade e a reorientação dos serviços de saúde, assemelhando-se aos preceitos da Reforma Sanitária e do SUS.

Ressalte-se que, em 2006, a OMS dedicou o ano e a década iniciada neste ano aos trabalhadores da saúde, instituindo o período de 2006 a 2015 como "a década dos recursos humanos em saúde". Além disso, lançou o *"Relatório Mundial da Saúde de 2006 - trabalhando juntos para a saúde"*, que propunha *"a construção de um plano decenal, orientando que os países busquem formas de planejamento, qualificação e empregabilidade e fixação de médicos, enfermeiros e auxiliares"*<sup>14</sup> (p. 13).

Estes e outros movimentos nacionais e internacionais demonstram que a área de recursos humanos em saúde está passando por um processo de revalorização, o qual tem incentivado mudanças que já vinham ocorrendo tanto na academia (com a implantação das Diretrizes Curriculares) quanto nos serviços (com mudanças na atenção básica, especificamente a Saúde da Família), e promovido reflexões acerca dos conflitos e tensões que se dão nos campos da educação e do trabalho em saúde.

Nessa perspectiva, os capítulos que se seguem buscam abordar, respectivamente, as recentes transformações no mundo do trabalho e como estas tem impactado no campo da saúde; e os nós críticos da formação e os caminhos que vêm sendo apontados para superá-los. A estruturação destes capítulos se deu com base no entendimento de que repensar processos formativos em saúde está vinculado a repensar os campos da educação e do trabalho em saúde.

### **2.3 Processo de trabalho em saúde**

Neste subcapítulo, buscarei explorar a categoria "trabalho" com o objetivo de trazer à tona questões fundamentais para a compreensão da configuração atual dos processos de trabalho e suas implicações para o campo da saúde.

É essencial iniciar esta seção afirmando que a palavra trabalho possui caráter polissêmico, sendo, portanto, utilizada sob diversos enfoques. Para fins deste estudo, não nos parece interessante adotar um conceito único de trabalho, mas resgatar alguns elementos essenciais que possam contribuir para pensar as transformações pelas quais vem passando atualmente, tendo em mente que a compreensão de trabalho que permeia nosso imaginário é um reflexo da estruturação das sociedades num determinado período de tempo, e como tal, mutável e dinâmico.

Etimologicamente, a palavra “trabalho” é derivada do latim *tripalium*<sup>6</sup>, que significa tortura. Desse modo, o trabalho nasce como sinônimo de sofrimento, angústia e desprezo, e, conseqüentemente, aquele que exercia o trabalho era visto com desdém e tratado como um ser inferior. Essa visão foi sendo modificada ao longo dos anos, e o sentido de trabalho passou a ser entendido como sinônimo de realização pessoal, possibilidade de ascensão social, status, poder e, em última instância, dignificação do homem. Nesse sentido, a ideia do trabalho como valor social universal começa a ganhar notoriedade.

Marx contribuiu para a transformação da concepção de trabalho ao evidenciá-lo como categoria central na produção e reprodução da vida humana, argumentando que é a partir deste ato que o homem torna-se ser social.<sup>15</sup>

Na concepção marxiana, o trabalho é visto como um processo que compreende o homem e a natureza. Neste processo, o ser humano apropria-se dos recursos da natureza, modificando-a a fim de torná-la útil para sua vida; e, ao modificá-la, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza. O homem diferencia-se, assim, dos demais animais, pois o produto final de seu trabalho já existia anteriormente em sua imaginação, tornando sua ação premeditada e consciente, ou seja, idealizada a priori. Este produto final somente se transformará em mercadoria se for capaz de satisfazer alguma necessidade humana. De acordo com esta concepção, o processo de trabalho é constituído por três elementos: a atividade dirigida a um fim (o próprio trabalho); a matéria a que se aplica a este (o objeto de trabalho); e os meios de trabalho (o instrumental de trabalho).<sup>16</sup>

---

<sup>6</sup> *Tripalium* era um instrumento usado para prender animais, por agricultores e também como instrumento de tortura. Utilizado durante a Inquisição, consistia num tripé formado por três estacas de madeira no qual se colocavam escravos, e cuja função era a evisceração.

No capitalismo, o trabalhador deve produzir um artigo específico determinado pelo capitalista, o que faz com que o processo de trabalho se converta em meio de subsistência e a força de trabalho em mercadoria.<sup>15,16</sup>

No entanto, o campo da saúde, assim com os demais produtores de serviços, se distingue dos setores produtores de bens por apresentar produtos finais intangíveis, apesar de seus processos de trabalho possuírem algumas características semelhantes aos desses, como, por exemplo, o industrial. Dessa forma, a partir de um determinado problema ou necessidade de saúde individual e/ou coletiva, os serviços devem ser capazes de promover assistência adequada (a partir de atuação profissional) visando sua resolutividade, sendo esta seu produto final.

Apesar desta distinção, os escritos de Marx, mesmo discorrendo especificamente sobre a produção de bens e mercadorias, apresentam-se como referencial teórico importante para se pensar o trabalho ainda hoje. Com a finalidade de adaptar os elementos clássicos constituintes do processo de trabalho para o campo dos serviços (em particular, de saúde) evidenciando a relação entre eles, Tavares<sup>17</sup> propôs o seguinte esquema:

**Figura 1. Elementos do processo de trabalho**



**Fonte:** Tavares<sup>17</sup> (p. 68).

Na figura 1, ao inserir as categorias “sujeito de trabalho” e “atividade humana” em lugar de “objeto de trabalho” e “meios de trabalho”, respectivamente, evidencia-se o fato de que a relação que se estabelece neste processo de trabalho é iminente entre sujeitos, em que a ação não só é realizada sobre pessoas como também conta com a participação ativa destas, tornando o trabalhador (produtor) e o sujeito a quem se aplica o

trabalho (consumidor) ambos partícipes deste processo. Desta forma, o sujeito que consome o produto do trabalho também contribui na construção do mesmo, sendo considerado como corresponsável dentro deste processo.

Pode-se transpor este esquema para pensar o campo da formação profissional em saúde. Da mesma forma, o processo de ensino-aprendizagem, também produtor de serviços, é constituído por relações intersubjetivas, as quais influenciarão diretamente o próprio trabalho ou "as atividades humanas fins". A relação entre profissionais de saúde e usuários possui similaridades às relações que se dão no campo do ensino, posto que há elementos presentes que não são passíveis de normatização e são capazes de operar transformações impremeditadas, como a diversidade na atuação profissional entre indivíduos com uma formação acadêmica idêntica. Neste caso, a heterogeneidade na prestação de cuidados, não necessariamente condizentes com aqueles ensinados nas instituições de ensino, pode ser explicada pelo caráter subjetivo do trabalho.

Assim, esta característica particular dos processos de trabalho destinados à produção de serviços provoca a existência de duas diferenças fundamentais com relação aos produtores de bens, conforme colocado por Offe<sup>18</sup> (p. 23):

1) no setor de serviços "por causa da falta de homogeneidade, da descontinuidade e da incerteza temporal, social e material dos "casos" tratados pelo trabalho em serviços, frequentemente não é possível (a não ser com consequências contraproducentes) normatizar uma **função técnica de produção** para o trabalho, a ser adotada como critério de controle da execução do trabalho"; e 2) "o trabalho em serviços se distingue do trabalho na produção de bens, na medida em que ele não dispõe de um claro e inquestionado **critério de economicidade**, a partir do qual se possa derivar estrategicamente o tipo, o volume, o local e o momento de sua oferta" (grifos do autor).

Dessa forma, o autor demarca uma diferença fundamental instituída entre o trabalho industrial e o trabalho produtor de serviços que diz respeito ao tipo de racionalidade que os orienta. O trabalho industrial está submetido à racionalidade com base na produtividade técnica e organizacional, assentada em critérios econômicos; enquanto no setor de serviços, esse tipo de organização não seria apropriada, considerando que os critérios a que está submetido são de caráter qualitativo e subjetivo, como as relações interpessoais, e, portanto, incapazes de serem normatizados. Este setor teria a função de garantir e regular o trabalho produtivo, ainda que não compartilhe da sua lógica de rendimento e produtividade.<sup>18</sup>

Portanto, segundo o autor, o trabalho produtor de serviços, reconhecido como essencial e imprescindível para a sociedade, como é o caso da saúde e da educação, não se moldaria às regras estabelecidas para a produção industrial.

No entanto, uma série de mutações organizacionais, tecnológicas e de gestão que vêm ocorrendo internacionalmente no âmbito do trabalho<sup>7</sup> também tem impacto sobre o setor de serviços, tornando-o cada vez mais submetido "*à racionalidade do capital e à lógica dos mercados*"<sup>19</sup> (p.56). Assim sendo, o setor de serviços passa a entender algumas atividades anteriormente consideradas "improdutivas" (ou seja, executadas fora do núcleo central do proletariado industrial e cujo trabalho não criaria diretamente mais-valia) como produtivas, regidas pela mesma racionalidade econômica da produção no mundo industrial.<sup>19</sup> Como consequência disto, tanto os trabalhadores industriais quanto os de serviços estariam sujeitos à mesma lógica do capital: transformam sua força de trabalho em mercadoria em função da necessidade de ganhar o sustento para sua sobrevivência.

Diante deste fato, é importante ressaltar dois pontos fundamentais: 1) subjacente a esta necessidade está posta a relação entre trabalho e capital; 2) mesmo o setor de serviços não "criando diretamente mais-valia", ele é dependente da acumulação industrial, pois não há acumulação de capital autônomo no campo da saúde. Torna-se evidente, portanto, que há uma relação de interdependência entre os setores.

Concomitante a esta realidade, a tendência à desindustrialização, verificada em todos os países centrais, tem provocado o crescimento do setor de serviços, através da absorção da massa de trabalhadores desempregados pelo setor industrial. Contudo, houve paralelamente uma expansão do trabalho assalariado e um processo de "*subproletarização, presente nas formas de trabalho precário, parcial, temporário, subcontratado, terceirizado, vinculados à economia informal, entre tantas modalidades existentes*".<sup>15</sup>

Estas formas desregulamentadas de trabalho, que vêm atingindo também os trabalhadores da saúde, sem distinção entre os níveis de escolaridade, promovem a substituição de empregos formais por vínculos instáveis. Em decorrência deste processo, verifica-se o aumento da rotatividade destes trabalhadores, a fragilidade dos vínculos

---

<sup>7</sup> Dentre estas tendências podem ser citadas: falência do padrão de acumulação taylorista/fordista; redução do proletariado industrial, fabril, manual e aumento do contingente de trabalhadores no setor de serviços; expansão significativa do trabalho feminino; capitalismo mundializado; heterogeneização, precarização e flexibilização do trabalho; desregulamentação dos mercados e da força de trabalho; desconcentração do espaço físico produtivo; informatização; exclusão dos jovens e trabalhadores considerados "idosos" (com idade próxima aos quarenta anos).<sup>15,19</sup>

interpessoais no trabalho, a redução dos níveis salariais, o incentivo ao acúmulo de vínculos trabalhistas (já histórico na saúde) e à desresponsabilização, dentre outros.

O trabalho em saúde, além das características próprias do setor de serviços, possui ainda uma série de particularidades que o tornam singular. Estas especificidades são tratadas a seguir.

Santana<sup>20</sup> apresenta como características históricas dos serviços de saúde: (1) o fato de serem reconhecidamente organizações dependentes da forma de atuação e do empenho de seus trabalhadores; (2) os serviços serem prestados com base no atendimento de necessidades multidimensionais e a dificuldade de avaliá-los; (3) o distanciamento entre as necessidades de saúde e a oferta de serviços; (4) a presença de diversos e divergentes interesses no campo da oferta e consumo.

A afirmação de que o funcionamento dos serviços de saúde é reconhecidamente dependente da forma de atuação e do empenho de seus trabalhadores traz embutida a constatação de que o processo de formação aliado à implicação profissional<sup>8</sup> possuem a capacidade de interferir diretamente no resultado das ações em saúde. Se consideramos que os trabalhadores têm o poder (saber e habilidades) para serem eficazes e resolutivos em suas atividades, podemos também deduzir que existe forte responsabilização dos trabalhadores neste processo, que não depende exclusivamente de suas ações.

A prestação de atendimento de necessidades multidimensionais nos remete ao avanço dos direitos sociais e ao entendimento de "necessidades de saúde" para os usuários do sistema, mas também aponta para a complexidade que envolve o trabalho em saúde. Esta complexidade contribui para a dificuldade de avaliar os serviços, uma vez que as formas de avaliação tradicionais (epidemiológicas ou estatísticas) são criticadas por não serem capazes de se adequar às "novas" necessidades de saúde ou por não serem consideradas úteis como ferramentas para a prática profissional.

---

<sup>8</sup> De acordo com Ceccim e Carvalho (2006), o conceito de implicação profissional "*diz respeito à relação ética e de responsabilidade dos profissionais e dos serviços para com os usuários e dos profissionais com os serviços e as políticas públicas. A implicação se apresenta no interesse genuíno de atender a cada cidadão de acordo com suas necessidades, mediante a interação por dispositivos institucionais singulares (o acolhimento pode ser um exemplo), buscando garantir e incentivar a autonomia e o respeito aos usuários das ações e serviços de saúde*" (p. 175). A implicação, portanto, relaciona-se ao grau de comprometimento dos profissionais de saúde com as ações desenvolvidas na sua rotina de trabalho. Estas ações poderão colaborar para a manutenção ou renovação das práticas em saúde, a depender tanto dos princípios políticos e ideológicos que regem a atuação profissional quanto de fatores como os constrangimentos estruturais que podem inibi-las. Ainda que não sejam o único fator disparador de mudanças, as ações profissionais são fundamentais para se pensar a reorientação do modelo de saúde.<sup>21</sup>

A terceira e a quarta características descritas pelo autor estão intrinsecamente relacionadas. Segundo ele, o distanciamento entre as necessidades de saúde da população e a oferta de serviços é uma das consequências da presença de interesses diversos no campo da oferta e do consumo. A prestação de cuidados em saúde envolve os interesses de usuários, gestores, trabalhadores da saúde, do setor público e de empresas privadas (como indústria farmacêutica e de equipamentos; empresas de planos privados de saúde e setor empresarial). Dessa forma, é preciso reconhecer que há uma teia de poderes atuantes na saúde, não só com interesses, mas principalmente com poder de barganha desigual.

Outra peculiaridade dos serviços de saúde que merece destaque é a fragmentação de seu processo de trabalho, causada pela existência de uma diversidade de categorias profissionais que integram o conceito de "trabalhador coletivo em saúde". De acordo com Santana (2001), "*tal agente coletivo é composto pelos vários trabalhadores que fazem parte de um processo produtivo, cuja característica marcante é a sua intensa divisão de trabalho*"<sup>20</sup> (p.395).

A expressão "*divisão técnica do trabalho em saúde*" é definida por Pires<sup>22</sup> como:

"A forma de organização do trabalho coletivo em saúde na qual se identificam a fragmentação do processo de cuidar; a separação entre concepção e execução; a padronização de tarefas distribuídas entre os diversos agentes, de modo que ao cuidador cabe o cumprimento da tarefa, afastando-o do entendimento e controle do processo; a hierarquização de atividades com atribuição de diferentes valores à remuneração da força de trabalho" <sup>22</sup> (p. 130-131).

Essa intensa divisão do trabalho é originária da organização do processo de trabalho em saúde marcada, principalmente a partir do século XVIII (quando os hospitais passam a ser lócus de tratamento e ensino), pelo encontro de diversos grupos que atuavam no tratamento dos indivíduos enfermos, como religiosos, boticários, físicos e leigos, dentre outros. Embora haja uma expansão significativa e uma modificação na composição destes grupos, essa peculiaridade da organização do setor saúde se mantém até os dias atuais<sup>22</sup>, com o surgimento de novas especialidades e, conseqüentemente, novas categorias profissionais nos últimos anos tendo proporcionado inclusive o aumento da divisão do trabalho.

Há conseqüências importantes que são acarretadas pela intensa divisão do trabalho em saúde, a saber: a organização do trabalho por categorias profissionais ou agrupamentos decorrentes da segmentação da oferta de empregos; a diferenciação do grau de autonomia

de cada trabalhador, de acordo com o histórico da profissão; as diferentes formas de representação das profissões no imaginário social; as formas legais de instituição do saber e os diferentes graus de controle dos estatutos corporativos.<sup>20</sup>

Apesar de intensamente criticada, a divisão do trabalho em saúde é sustentada não apenas pelas práticas institucionalizadas nos serviços, como também por meio dos processos formativos, que reproduzem a lógica da fragmentação do processo de cuidado, resultando no distanciamento entre as necessidades de saúde e a oferta de serviços e, conseqüentemente, impactando de forma negativa na qualidade do atendimento prestado.

Dessa forma, uma das conseqüências das rápidas transformações que vêm ocorrendo no mundo do trabalho diz respeito à necessidade constante de atualização dos profissionais para que possam acompanhá-las, já não sendo mais suficiente para o profissional de saúde graduar-se apenas. Por isso, têm crescido significativamente a busca por residências, especializações e pós-graduações em geral, demonstrando que a continuidade do processo formativo após a graduação passou a ser um imperativo para os trabalhadores da saúde. Esta valorização tem ocorrido inclusive nos locais de trabalho, nos quais observa-se o oferecimento de cursos e capacitações com o objetivo de qualificar o trabalhador para o desenvolvimento de ações demandadas pelo próprio serviço.

Com relação a essa nova realidade que se coloca para os campos do trabalho e da educação em saúde, Santana & Christófar<sup>23</sup> assinalam que:

“As articulações entre o processo de formação de profissionais e trabalhadores de saúde e a produção de serviços do setor expressam particularidades da relação geral entre educação e trabalho na sociedade. Até quando predominava o modelo fordista - de educação e de trabalho - era suficiente "aprender a fazer" e dominar uma tecnologia (em boa medida de base empírica ou intuitiva) para inserir-se e manter-se, até a aposentadoria, no mercado de trabalho. Hoje é preciso "aprender a aprender e compreender", usando o conhecimento como insumo estratégico na disputa concorrencial por posições instáveis numa nova realidade de mercado de trabalho”<sup>23</sup> (p.3).

Os autores se remetem à questão da qualificação imputada ao profissional de saúde numa sociedade fundada no conhecimento e na informação, na qual se exige do trabalhador não apenas uma constante atualização de seus conhecimentos, mas a capacidade de aplicá-los, revê-los e transformá-los de acordo com as necessidades que se colocam a partir da prática. Dessa forma, não basta aprender as suas atribuições técnicas, é fundamental desenvolver competências que possibilitem aos profissionais lidar com a complexidade das demandas da saúde.

Diante deste cenário, é importante frisar que a incorporação de novos modelos educacionais pelo campo da saúde precisa ser feita de forma crítica, considerando suas particularidades apresentadas anteriormente.

Percebe-se a partir das questões abordadas que os campos da formação e do trabalho por estarem imbricados se afetam mutuamente, não podendo ser compreendidos separadamente. Desta forma, qualquer reorientação dos processos de trabalho na saúde, passa pela reestruturação da formação profissional como será discutido no próximo capítulo.

### **2.3 Formação Profissional em Saúde**

Este capítulo tem por objetivo identificar os principais limites e fragilidades da formação profissional e suas consequências para o processo de trabalho em saúde e, a partir disso, apresentar as propostas atuais que permitem repensar a formação dos trabalhadores para o SUS, à luz de referenciais teórico-conceituais provenientes dos campos da saúde e da educação.

A formação profissional, por ser considerada um dos principais componentes que sustentam o sistema de saúde, tem sido discutida como fator-chave para alcançar as transformações pretendidas no campo. Contudo, ainda hoje o processo formativo guarda características criticadas pelo movimento sanitário, que impactam de modo negativo os serviços e as práticas em saúde. No quadro 1 tenta-se explicitar estas características e relacioná-las às possíveis implicações para o processo de trabalho em saúde.

**Quadro 1. Características da formação atual em saúde e suas possíveis implicações para o trabalho.**

<b>Características da formação atual</b>	<b>Implicações para o trabalho em saúde</b>
<p><b><u>Discrepância entre ensino e necessidades sociais:</u></b></p> <p>Universidade como principal instituição formadora;</p> <p>Dicotomia teoria-prática (separação clara entre as práticas executadas "na ponta" e a teoria apreendida na academia);</p> <p>Pouca importância à prática profissional cotidiana (ensino com base em "casos raros");</p> <p>Privilegio do ambiente hospitalar para a prática profissional;</p> <p>Incentivo ao trabalho individualizado.</p> <p><b><u>Inadequação de aspectos pedagógicos presentes no processo formativo:</u></b></p> <p>Centrada na "transmissão" vertical de conhecimentos;</p> <p>Estímulo à postura passiva na assimilação dos conhecimentos pelos alunos;</p> <p>Excesso de conteúdo e informações;</p> <p>Desintegração entre os saberes;</p> <p>Valorização das especialidades, em detrimento da formação de caráter geral;</p> <p>Incentivo ao tecnicismo, não valorizando aspectos subjetivos da formação (relações interpessoais);</p>	<p>Engessamento de práticas;</p> <p>Reduzida autonomia profissional (já que a atuação profissional restringe-se basicamente aos protocolos clínicos);</p> <p>Carência de habilidades para atuar com intervenções que demandem formação de caráter geral;</p> <p>Dificuldade dos profissionais de trabalhar em equipe e compartilhar saberes;</p> <p>Resistências à prática de ações em saúde para além do estritamente técnico;</p> <p>Prejuízo do vínculo na relação profissional-usuário;</p> <p>Baixa qualificação profissional para atuar em situações inesperadas ("fora do padrão" ou fora dos protocolos clínicos);</p> <p>Falta de hábito de buscar atualização e aprimoramento de seus conhecimentos (autodidatismo);</p>

**Fonte:** elaboração própria a partir de Santana *et. al.*<sup>24</sup> e Campos<sup>1</sup>.

A partir da leitura do quadro 1 podemos inferir que a formação atual ainda não corresponde às necessidades dos trabalhadores da saúde, embora já estejam sendo colocadas em prática algumas modificações tanto no sentido de inclusão de estratégias para operacionalizar o conceito ampliado de saúde, como nos métodos de ensino na busca da articulação entre teoria e prática. Essa problemática traz limitações para o desenvolvimento de práticas que sejam condizentes com a implementação do SUS, que podem ser separadas em dois grandes blocos: a discrepância entre ensino e necessidades sociais e a inadequação de aspectos pedagógicos presentes no processo formativo.

Com relação ao primeiro bloco, podemos apontar os seguintes itens contidos no quadro 1: universidade como principal instituição formadora; dicotomia teoria-prática; pouca importância à prática profissional cotidiana; privilégio do ambiente hospitalar para a prática profissional e incentivo ao trabalho individualizado.

Considerando que o objetivo final do ensino é atender às necessidades de saúde das populações, é necessário que haja uma aproximação entre aquilo que é ensinado, a "realidade observada" nos serviços e o "mundo real". Este ciclo inicia-se com a apresentação das necessidades de saúde das populações aos serviços (demanda), ou seja, aos trabalhadores, que, através de suas visões de mundo e experiências, as transmitirão às escolas, que por sua vez buscarão oferecer uma resposta (oferta) aos serviços e à população, a partir de suas próprias concepções.<sup>1</sup> Ciente de que neste ciclo inevitavelmente ocorrerão perdas de informação e distorções, é preciso ter cuidado para torná-lo o mais fidedigno possível às necessidades de saúde percebidas.

Sendo assim, a universidade teria a função de apresentar possibilidades para o enfrentamento dos problemas de saúde que incidem na sociedade, a partir das demandas percebidas pelos serviços. Porém, há especificidades inerentes aos diversos e diversificados processos de trabalho que não podem ser totalmente capturados pela academia, o que torna incoerente, portanto, pensarmos na universidade como a principal instituição formadora. Dessa forma, é imprescindível aos serviços oferecer espaços que permitam, de fato, a continuidade da formação dos trabalhadores, contemplando aspectos pertinentes aos processos de trabalho específicos de cada local e criando a oportunidade de discuti-los. Ainda que estes espaços já existam, não basta institucionalizar a prática, é preciso repensá-la constantemente.

Perdas e distorções de informações também podem contribuir para a dicotomia entre teoria e prática. Além disso, há um descompasso existente entre o tempo necessário para a incorporação de novos conhecimentos pela academia e a formação de trabalhadores aptos a aplicá-los nos serviços, bem como entre esta formação e o surgimento de resultados esperados. Nos momentos em que mudanças estruturais são implementadas observa-se com maior nitidez este desequilíbrio; portanto, é necessário criar dispositivos que possibilitem reduzi-lo, o que tem ocorrido lentamente no campo da saúde. É importante frisar que teoria e prática devem caminhar num mesmo sentido, pois são mutuamente dependentes, isto é, a prática é embasada por uma teoria que, por sua vez, transforma-se a partir da prática.

A não valorização das práticas cotidianas é outro fator que contribui para o distanciamento entre ensino e realidade. Conforme mencionado anteriormente, os serviços deveriam transmitir às escolas as principais demandas de saúde que chegam até eles e, a

partir disso, deveria ser elaborado o conteúdo dos cursos de saúde. Ao contrário, o que se observa no ensino acadêmico é uma supervalorização de assuntos que apresentam pouca relevância na prática, por se tratarem normalmente de casos raros. O abandono pela academia de temas recorrentes no cotidiano dos serviços repercute na capacidade destes de oferecer respostas às necessidades de saúde das populações.

O novo modelo de saúde incentiva a expansão da atenção primária, composta por profissionais com formação de caráter geral e habilidade para o trabalho em grupo. Dessa forma, o privilégio do ambiente hospitalar para a prática profissional e o incentivo ao trabalho individualizado são duas características da formação atual que estão diretamente relacionadas ao modelo de saúde que buscamos superar. De tal modo, a centralização das práticas no hospital é contraditória, uma vez que há carência de profissionais formados numa outra lógica de atendimento. Assim como é um contrassenso formar profissionais enfatizando ou dando prioridade ao trabalho individualizado, sem interação com outros profissionais (como, por exemplo, o realizado em consultórios particulares), enquanto os serviços são incitados a trabalhar com equipes interdisciplinares.

Há ainda que se considerar os fatores que permeiam os processos de aprendizagem e sua influência no distanciamento entre o ensino e a realidade. São exemplos destes fatores: a dificuldade de perceber as mudanças que ocorrem no saber e nas práticas de saúde, devido ao tempo que levam para ocorrer; a heterogeneidade entre comunidades ou regiões e, também, entre as escolas e os serviços de saúde; a constituição diversificada do corpo docente que integra os cursos da saúde; a reprodução no ensino acadêmico de áreas de interesse dos docentes; a resistência às mudanças por parte dos docentes; e o papel desempenhado pela sociedade na manutenção do modelo de saúde com o qual está habituada.<sup>1</sup>

Portanto, existe um conjunto de fatores subjetivos, derivados da interação interinstitucional e interpessoal, que estão postos entre o ensino e as necessidades reais de saúde que podem ser minorados, mas não eliminados. Para tanto, é absolutamente fundamental que o saber seja compartilhado, revisto e reinventado, tornando-o capaz de produzir mudanças efetivas na sociedade, como o desenvolvimento de serviços de saúde com capacidade de resolutividade, ou seja, capazes de responder de forma adequada às demandas de saúde da sociedade.

Sobre os aspectos pedagógicos inadequados para a formação em saúde, que caracterizam o segundo bloco de limitações, podemos citar o uso de método didático que se baseia na "transmissão" vertical de conhecimentos; o estímulo à postura passiva na assimilação dos conhecimentos pelos alunos; o excesso de conteúdo e informações; a desintegração entre os saberes; a valorização das especialidades e o incentivo ao tecnicismo.

O uso destes métodos pedagógicos não é oriundo e nem tampouco exclusivo da saúde, mas foi incorporado pelo campo, representando um reflexo da forma como está estruturado o ensino no país. Por este motivo, faz-se necessário buscar subsídios teóricos na área da educação para compreender as críticas que vêm sendo feitas e como podemos superá-las na formação em saúde.

De um modo geral, o método didático utilizado nas escolas de saúde se baseia na "transmissão" verticalizada de conhecimentos, o que significa dizer que o professor se coloca como uma figura autoritária, representando o detentor do saber, que o "transmitirá" aos seus alunos. Há uma relação de poder nítida do educador sobre o educando que faz com que este último seja visto como *"tabula rasa"*, ou seja, alguém que não possui conhecimento prévio e, por este motivo, cujas opiniões, percepções e anseios devem ser desconsiderados. Esse método não incentiva os alunos a interagir durante as aulas e dialogar com os saberes; ao contrário, os induz a adotar uma postura passiva diante do processo de aprendizagem, tornando-os meros receptores de informações, sem estimular sua capacidade de raciocínio.

Freire<sup>25</sup> nos ensina que o processo educativo é decorrente da percepção do homem como ser inacabado que, a partir desta percepção, inicia uma busca constante de "si mesmo". A educação implicaria, então, em *"uma busca realizada por um sujeito que é o homem"*, devendo este *"ser o sujeito de sua própria educação"*, e não o objeto dela.<sup>25</sup> Assim, ao mesmo tempo em que a educação é uma busca de cada indivíduo, Freire entende que ela só é possível por meio da interação com outras pessoas ou da *"comunhão com outras consciências"* que tenham um objetivo em comum, para que não se faça *"de umas consciências objetos de outras"*. De modo que, nessa interação não pode haver uma relação desigual de poder, já que por se tratar de um ser inacabado, o homem é sempre detentor de um saber relativo, não podendo se colocar em uma posição de *"ser superior que ensina a um grupo de ignorantes"*<sup>25</sup> (p.34).

Para o autor, o objetivo final do processo educativo deve ser formar, através do diálogo e da conscientização, cidadãos transformadores da sua própria realidade. Para isso, o ato de ensinar não pode ser sinônimo de transferência de conhecimentos, mas sim criador de possibilidades para a sua própria construção.<sup>26</sup> Para criar estas possibilidades é fundamental dar voz aos educandos, respeitar sua autonomia e seus saberes e compartilhar de suas dúvidas, curiosidades e inquietações. Ao fazer isso cria-se uma relação horizontal, na qual há possibilidade de troca de saberes e de construção de um conhecimento que não esteja limitado à assimilação dos conteúdos disciplinares, mas que proporcione ao aluno liberdade para refletir.

Outro aspecto pedagógico criticado é o excesso de conteúdo e informações presentes no processo formativo em saúde. A crença de que o acúmulo de conhecimentos é primordial para o desenvolvimento do aluno e sua futura inserção no mercado de trabalho faz com que se mantenha nos cursos de saúde um conjunto denso de disciplinas aliado a uma carga horária extensa e exaustiva, que sobrecarrega educadores e educandos. Em função da predileção pelo quantitativo de informações, relega-se ao segundo plano o debate sobre a aplicação prática dos conteúdos apresentados, o que desvirtua a finalidade da formação, prejudicando a qualidade do ensino e, posteriormente, do trabalho em saúde.

A separação dos conteúdos em disciplinas, ao mesmo tempo em que facilita o entendimento dos temas abordados por esmiuçá-los, pode incentivar a desintegração entre os saberes. Compartmentalizar o ensino nos possibilitou analisar de forma aprofundada diferentes objetos e ampliar nossos conhecimentos sobre os mesmos, o que fez com que surgissem novos campos de saberes e, conseqüentemente, novos mercados de trabalho. Nesse sentido, o cartesianismo nos trouxe benefícios inegáveis. No entanto, a busca por conhecimentos cada vez mais específicos promoveu a valorização crescente das especialidades, estimulando uma intensa divisão dos conteúdos disciplinares desintegrados entre si.

Sobre esta questão, Morin<sup>27</sup> afirma que:

"os desenvolvimentos disciplinares das ciências não só trouxeram as vantagens da divisão do trabalho, mas também os inconvenientes da superespecialização, do confinamento, e do despedaçamento do saber. Não só produziram o conhecimento e a elucidação, mas também a ignorância e a cegueira. Em vez de corrigir esses desenvolvimentos, nosso sistema de ensino obedece a eles"<sup>27</sup> (p.15).

Dessa forma, o incentivo às especialidades e à fragmentação dos conteúdos disciplinares é criticado porque, ao recortar e isolar um determinado objeto de estudo com a finalidade de apreender suas particularidades, retira-se este objeto de um contexto mais global, enclausurando-o em si mesmo. Em outras palavras, é como se fossemos capazes de observar apenas uma parte do problema, mas não sua totalidade. Esse reducionismo produz conhecimentos fragmentados que se destinam ao uso estritamente técnico, sendo, portanto, incapazes de contribuir para a compreensão e solução de questões complexas.

Nosso sistema de ensino, ao manter estas características, alimenta um método de aprendizagem que privilegia a decomposição, a separação e o isolamento, em vez de buscar recompor, integrar e agrupar. Forma, portanto, cada vez mais especialistas com olhar tecnicista e baixo potencial para o desenvolvimento de interação com outros sujeitos. Cabe aqui a reflexão de Morin<sup>27</sup> sobre o tema:

"O pensamento que recorta, isola, permite que especialistas e experts tenham ótimo desempenho em seus compartimentos, e cooperem eficazmente nos setores não complexos de conhecimento, notadamente os que concernem ao funcionamento das máquinas artificiais; mas a lógica a que eles obedecem estende à sociedade e às relações humanas os constrangimentos e os mecanismos inumanos da máquina artificial e sua visão determinista, mecanicista, quantitativa, formalista; e ignora, oculta ou dilui tudo o que é subjetivo, afetivo, livre, criador"<sup>27</sup> (p.15).

Ao direcionar a aprendizagem para temas majoritariamente de caráter técnico, desvaloriza-se um ponto crucial para a efetividade do trabalho em saúde: as relações interpessoais. A subjetividade inerente às ações humanas não pode ser negligenciada ou omitida dos processos de trabalho, pois o sucesso da construção de um plano de cuidado depende da forma como usuário e profissional e profissionais entre si se relacionam, constroem vínculos e compartilham saberes.

Retomando o quadro 1, podemos citar outras graves consequências que atingem o trabalho em saúde e podem ser atribuídas, em parte, ao processo formativo, como o engessamento de práticas; a reduzida autonomia profissional; a carência de habilidades para atuar com intervenções que demandem formação de caráter geral; a dificuldade dos profissionais de trabalhar em equipe e compartilhar saberes; a resistência à prática de ações em saúde para além do estritamente técnico; o prejuízo do vínculo na relação profissional-usuário; a baixa qualificação profissional para atuar em situações inesperadas; e a falta de hábito de buscar atualização e aprimoramento de seus conhecimentos.

Antes de discuti-las, dois pontos precisam ser levados em consideração: em primeiro lugar, estas consequências não podem ser atribuídas unicamente à formação profissional, pois existem outros fatores que influenciam os processos de trabalho em saúde; além disso, é difícil delimitar cada uma destas implicações no cotidiano dos serviços, uma vez que elas estão entrelaçadas. O conjunto delas, porém, é capaz de impactar positiva ou negativamente o objetivo final do trabalho em saúde, que é a produção do cuidado.

A formação de base tecnicista sustenta e reproduz um trabalho mecânico, que exige pouca ou nenhuma reflexão, já que é pré-determinado. A forma de utilização dos protocolos médicos e/ou de outros profissionais da saúde corrobora a afirmação anterior. Criados com a finalidade de orientar a atuação dos trabalhadores e respaldá-los legalmente, os protocolos podem ser (e muitas vezes são) utilizados como um subterfúgio para suprir as lacunas deixadas pelo ensino, no que diz respeito à garantia da qualidade *técnica* do atendimento prestado "na ponta". Nesse sentido, a sua aplicação pode causar o engessamento das práticas em saúde, restringindo o atendimento prestado ao que está contido nos protocolos, e contribuindo também para a redução da autonomia profissional.

A baixa qualificação para atuar em situações não premeditadas ou inesperadas e a carência de habilidades para intervir em problemas que demandem formação de caráter geral também são fatores intimamente relacionados ao ensino em saúde. Por serem "treinados" para lidar com casos clínicos específicos (como os programas de saúde do MS – Tuberculose, Hanseníase, DST, Hipertensão, Diabetes, Saúde da Mulher, entre outros), quando se deparam com problemas que fogem da sua rotina os trabalhadores têm dificuldade de enfrentá-los. Isso pode acontecer pela baixa valorização das práticas profissionais cotidianas por parte das instituições de ensino e dos próprios serviços de saúde. O incentivo à formação de especialistas em detrimento da formação de caráter geral ergue um obstáculo ao desenvolvimento de habilidades que proporcionem respostas adequadas às situações complexas inerentes ao processo saúde-doença.

Por sua vez, a dificuldade dos profissionais de saúde de trabalhar em equipe e compartilhar saberes guarda relação com a abordagem pedagógica adotada pelas instituições de ensino. Os cursos em saúde oferecem, em sua maioria, um conteúdo extenso de aulas expositivas nas quais a participação ativa e a interação entre os educandos é pouco estimulada ou inexistente, dificultando o desenvolvimento de competências para o trabalho

coletivo. Em vez disso, forma-se profissionais com vistas ao trabalho individualizado, em sua maioria autônomos, com capacidade de desenvolver as atribuições inerentes à sua profissão, mas não aptos a trabalhar em grupos e compartilhar saberes. Esta questão também pode causar prejuízo na relação profissional de saúde-usuário, já que é imprescindível a comunicação e o entendimento entre ambos para a construção de planos de cuidado eficazes diante de um determinado problema de saúde.

Outra implicação para o trabalho relacionada às características da formação é a resistência por parte dos trabalhadores à prática de ações em saúde para além do estritamente técnico. Essa resistência não é difícil de ser compreendida uma vez que, como já citado neste capítulo, valoriza-se a formação de especialistas em detrimento da formação de caráter mais geral. A reorientação das práticas em saúde exige a compreensão da necessidade de buscar um equilíbrio entre as ações de promoção, prevenção e cura, o que por sua vez necessita de tempo para ser assimilado tanto pelas instituições formadoras o quanto pelos trabalhadores.

Associada a estas questões há ainda a ausência de incentivo pelo sistema educacional à atualização e ao aprimoramento de conhecimentos por parte dos profissionais de saúde. De acordo com o pensamento de Morin<sup>27</sup>, encorajar o autodidatismo deveria ser o objetivo final do processo formativo, pois implica na responsabilização dos profissionais para com o seu trabalho. Em vez disso, ocorre que cada profissional responsabiliza-se apenas pela sua "área", fragmentando cada vez mais os saberes e limitando sua capacidade de responder aos problemas de saúde.

É importante frisar que todos os aspectos do ensino citados e criticados tiveram e têm função importante para a formação, mesmo que ao longo do tempo tenham se mostrado insuficientes para responder às demandas do mundo moderno. Sendo assim, não se trata de negar ou abandonar o que foi desenvolvido em termos de modelo educacional, mas sim apontar possibilidades de mudança no ensino em saúde que sejam coerentes com o conjunto de preceitos que sustentam o SUS, cientes de que não há um único caminho ou uma verdade absoluta que possa nos guiar.

Ainda que as propostas para repensar a formação profissional devam incidir sobre o sistema de saúde como um todo, para efeito deste estudo enfocaremos a atenção básica ou primária. A escolha se justifica pelo fato de que, no Brasil, optou-se por reorganizar a rede assistencial e os serviços prestados em saúde a partir da atenção básica/primária,

especificamente através da Estratégia Saúde da Família, que se constitui atualmente na porta de entrada preferencial do sistema de saúde.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica<sup>28</sup>, os fundamentos da atenção básica são:

"acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade; efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços; desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação; realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e estimular a participação popular e o controle social"<sup>28</sup> (p. 11).

Considerando a Promoção da Saúde como um dos eixos da atenção básica, propõe-se que a operacionalização de sua agenda ocorra a partir da atenção básica em saúde<sup>29</sup>. As diretrizes da PNPS compreendem: o reconhecimento da promoção da saúde como parte fundamental da busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde; o estímulo às ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações de promoção da saúde; o fortalecimento da participação social como fundamental na consecução de resultados de promoção da saúde, em especial a equidade e o "empoderamento"<sup>9</sup> individual e comunitário; a promoção de mudanças na cultura organizacional, com vistas à adoção de práticas horizontais de gestão e estabelecimento de redes de cooperação intersetoriais; o incentivo à pesquisa em promoção da saúde; e a divulgação e informação das iniciativas de promoção da saúde para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando metodologias participativas e o saber popular e tradicional.<sup>8</sup>

Tendo em vista as características da formação atual e os preceitos da atenção básica e da promoção da saúde, podemos perceber que existem divergências entre o modelo de

---

<sup>9</sup> Palavra traduzida da expressão inglesa "*empowerment*". Há contradições quanto à tradução desta palavra para o português, visto que em inglês o verbo "*to empower*" significa empossar, autorizar, outorgar poder a alguém, expressando desigualdade de condição entre indivíduos ou grupos. De modo geral, o termo está relacionado ao aumento da capacidade das pessoas de tomar decisões, com o objetivo de controlar e decidir sobre questões pertinentes à sua saúde.

atenção à saúde que queremos alcançar e o modelo educacional tradicional que utilizamos para tentar alcançá-lo. Estas divergências, associadas a outros fatores, podem repercutir de forma negativa na atenção básica, ocasionando a baixa resolutividade de suas demandas e o alto quantitativo de encaminhamentos desnecessários para especialistas, elevando os custos da atenção à saúde. Por isso, para reorganizar os serviços e transformar as práticas em saúde é imperativo rever o processo formativo.

No tocante à temática, Campos<sup>1</sup> elencou as seguintes características consideradas necessárias a um novo modelo de formação em saúde no Brasil:

"foco no trabalho em equipe multiprofissional, respeitando-se as especificidades de cada profissão e incentivando a interação entre elas; uso de metodologias pedagógicas inovadoras e centradas no estudante; atenção aos problemas de maior prevalência e relevância nos serviços de saúde locais; reorientação das pesquisas acadêmicas, de forma a responder às necessidades locais, regionais e/ou nacionais; valorização das atividades de extensão; diversificação de cenários de ensino-aprendizagem; maior ênfase na atenção primária/básica, em promoção da saúde e na determinação multifatorial do processo saúde-doença; articulação constante com o sistema local de saúde e valorização de atitudes éticas e humanísticas"<sup>1</sup> (p.1024).

O quadro 2 ilustra as diferenças entre o modelo formativo atual e o novo modelo proposto por Campos<sup>1</sup>.

**Quadro 2. Comparação entre as características da formação atual e de um novo modelo de formação.**

Características da formação atual	Características de um novo modelo de formação*
Universidade como principal instituição formadora; Centrada na "transmissão" vertical de conhecimentos; Estímulo à postura passiva na assimilação dos conhecimentos pelos alunos; Excesso de conteúdo e informações; Desintegração entre os saberes; Valorização das especialidades, em detrimento da formação de caráter geral; Incentiva o tecnicismo, não valorizando aspectos subjetivos da formação (relações interpessoais); Dicotomia teoria-prática (separação clara entre as práticas executadas "na ponta" e a teoria apreendida na academia); Pouca importância à prática profissional cotidiana (ensino com base em "casos raros"); Privilégio do ambiente hospitalar para a prática profissional; Incentivo ao trabalho individualizado.	Diversificação de cenários de ensino-aprendizagem; Uso de metodologias pedagógicas inovadoras e centradas no estudante; Atenção aos problemas de maior prevalência e relevância nos serviços de saúde locais; Valorização das atividades de extensão; Maior ênfase na atenção primária/básica, em promoção da saúde e na determinação multifatorial do processo saúde-doença; Valorização de atitudes éticas e humanísticas; Reorientação das pesquisas acadêmicas, de forma a responder às necessidades locais, regionais e/ou nacionais; Articulação constante com o sistema local de saúde; Foco no trabalho em equipe multiprofissional, respeitando-se as especificidades de cada profissão e incentivando a interação entre elas.

**Fonte:** elaborado a partir de Campos.\*

Com a finalidade de buscar subsídios que auxiliem na construção de um novo modelo de formação, foi incorporada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais a noção de competências, que, posteriormente, junto com a aprendizagem significativa, serviu de embasamento para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Estas propostas têm em comum a adoção de estratégias que apostam na capacidade do sujeito de autogovernar seu processo de formação, respeitando sua cultura e seus saberes.

A teoria da aprendizagem significativa, caracterizada como uma vertente do cognitivismo, foi formulada pelo psicólogo norte-americano David Paul Ausubel nos anos 60, em oposição à aprendizagem puramente mecânica ou repetitiva. Para Ausubel<sup>30</sup>, a aprendizagem significativa ocorre quando o aluno, ao entrar em contato com novos conteúdos, estabelece conexões entre estes e seu conhecimento prévio, fazendo com que adquiram significado, incorporando-os assim às suas estruturas de conhecimento. Diferencia-se, portanto, da aprendizagem mecânica, na qual o conteúdo a ser aprendido não consegue apoiar-se em algo conhecido, de modo que as informações novas são aprendidas sem interação com conceitos relevantes já existentes na estrutura cognitiva do aluno, através da memorização.

São necessárias duas condições para a ocorrência da aprendizagem significativa: o aluno precisa estar disposto a aprender (ele pode optar por decorar o conteúdo de forma arbitrária e literal) e o conteúdo a ser aprendido deve ser potencialmente significativo para o aluno. É preciso considerar que cada indivíduo filtrará os conteúdos que têm significado ou não para si próprio.<sup>31</sup> Dessa forma, a aprendizagem seria ao mesmo tempo significativa e funcional, ou seja, a informação nova se relacionaria com aquilo que o aluno já sabe para criar um novo conhecimento, o qual teria utilidade prática para o indivíduo na resolução de um determinado problema em uma situação real.

Pelizzari *et. al.*<sup>31</sup> identificam três pontos fundamentais relacionados à aprendizagem significativa que devem ser incorporados nas ações educativas, a saber: partir do nível de desenvolvimento do aluno, explorando seus conhecimentos anteriores; conectar ou vincular o que o aluno sabe com os novos conhecimentos, e rejeitar tanto quanto for possível a repetição, deixando que os alunos aprendam por si próprios (aprender a aprender); e ampliar e/ou modificar as estruturas dos alunos para se certificar de que houve aprendizado significativo. Destacam a participação ativa do sujeito como essencial para

que o seu conhecimento não seja uma repetição daquele formulado pelo professor ou contido nos livros, mas com que seja capaz de reelaborá-lo para construir seu próprio conhecimento.

Mais recentemente, a partir de uma releitura da teoria de Ausubel<sup>10</sup>, foi elaborada por Moreira na década de 2000 a visão crítica da aprendizagem significativa (também chamada de subversiva ou antropológica). O autor defende que aprender significativamente não é suficiente, é preciso ser crítico para não se deixar subjugar pela sua cultura, por seus ritos, mitos e ideologias, e para lidar de forma construtiva com as mudanças pelas quais a sociedade contemporânea vem passando, sem ser dominado por elas. Define sua abordagem como uma "*perspectiva que permite ao sujeito fazer parte de sua cultura e, ao mesmo tempo, estar fora dela*"<sup>32</sup> (p.7), pois ao mesmo tempo em que participa das atividades de seu grupo social, o indivíduo seria capaz de reconhecer quando a realidade está tão distante que não pode mais ser captada por este grupo.

A visão crítica da aprendizagem significativa conta com um conjunto de princípios facilitadores<sup>11</sup>, que podem ser aplicados tanto pelas instituições de ensino superior quanto pelos serviços de saúde nos processos educativos destinados aos seus trabalhadores, por tratar-se de uma abordagem centrada na mudança do foco da aprendizagem e do ensino para nos permitir compreender, analisar e conviver com as transformações do mundo moderno. Nas palavras do autor, a aprendizagem significativa subversiva ou crítica permite ao sujeito

"manejar a informação, criticamente, sem sentir-se impotente frente a ela; usufruir a tecnologia sem idolatrá-la; mudar sem ser dominado pela mudança; viver em uma economia de mercado sem deixar que este resolva sua vida; aceitar a globalização sem aceitar suas perversidades; conviver com a incerteza, a relatividade, a causalidade múltipla, a construção metafórica do conhecimento, a probabilidade das coisas, a não dicotomização das diferenças, a recursividade das representações mentais; rejeitar as verdades fixas, as certezas, as definições absolutas, as entidades isoladas"<sup>33</sup> (p. 20).

---

<sup>10</sup> Diversos autores realizaram leituras distintas da teoria da aprendizagem significativa de acordo com as suas percepções, como, por exemplo, Novak (visão humanista), Gowin (visão interacionista social), Johnson-Laird (visão cognitiva contemporânea), Vergnaud (visão da complexidade e da progressividade), Maturana (visão autopoietica), Araujo e Veit (visão computacional), dentre outros.

<sup>11</sup> Moreira (2005, p.20) enumerou os princípios facilitadores da aprendizagem significativa crítica, como: 1) Princípio do conhecimento prévio; 2) Princípio da interação social e do questionamento; 3) Princípio da não centralidade do livro de texto; 4) Princípio do aprendiz como perceptor/representador; 5) Princípio do conhecimento como linguagem; 6) Princípio da consciência semântica; 7) Princípio da aprendizagem pelo erro; 8) Princípio da desaprendizagem; 9) Princípio da incerteza do conhecimento; 10) Princípio da não utilização do quadro de giz; 11) Princípio do abandono da narrativa.<sup>33</sup>

Utiliza-se de princípios como a valorização do conhecimento prévio dos indivíduos, a interação social e a participação ativa. Seu objetivo seria a formação de sujeitos questionadores, capazes de articular conhecimentos, aptos a se relacionar com outros e a compartilhar saberes – características convergentes com aquelas que almejamos nos profissionais de saúde.

Por sua vez, amparado legalmente pela nova LDB, o conceito de competências resulta da compreensão de que as práticas profissionais não se traduzem apenas numa aplicação daquilo que foi ensinado, mas que envolvem questões mais complexas vivenciadas no cotidiano do trabalho, tais como disputas de poder, interesses privados e amarras institucionais. A atuação com base em processos competentes é dependente da interação entre os sujeitos, dos seus conhecimentos e experiências prévios, de um contexto e um projeto de ação específicos, ou seja, as competências surgem unicamente através da atuação profissional numa situação real de trabalho, sendo consideradas como atributos individuais.<sup>34,35</sup>

O referido conceito nasce a partir das transformações que vêm ocorrendo no mundo do trabalho, tais como novas formas de organização, flexibilização, forte segmentação da força de trabalho, que passam a exigir do trabalhador funções cada vez mais complexas e que englobam uma série de atribuições, como a tomada de decisões, a resolução de problemas e a capacidade de trabalhar em equipe. Para dar conta destas funções é necessário estar amparado por uma educação de caráter geral, que possibilite uma qualificação real, constituída de um conjunto de competências abarcando àquelas intelectuais e técnicas, mas também que envolvam aspectos subjetivos, como as organizacionais ou metódicas, as comunicativas, as sociais e as comportamentais.<sup>1</sup>

Para Perrenoud<sup>36</sup>, a noção de competência pode ser definida como sendo "*uma capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles*" (p. 7). Deste modo, para enfrentar um problema seria necessário lançar mão de *recursos cognitivos* diversos de forma sinérgica, dentre os quais o conhecimento. Ou seja, a construção das competências exige do profissional não apenas o acionamento de seus conhecimentos prévios, mas também de outras questões que se dão a partir da sua prática. O autor exemplifica seu ponto de vista utilizando a prática médica:

“As competências clínicas de um médico vão muito além de uma memorização precisa e de uma lembrança oportuna de teorias pertinentes. Nos casos em que a situação sair da rotina, o médico é exigido a fazer relacionamentos, interpretações, interpolações, inferências, invenções, em suma, complexas operações mentais cuja orquestração só pode construir-se ao vivo, em função tanto de seu saber e de sua perícia quanto de sua visão da situação”<sup>36</sup> (p. 8).

É interessante observar que o termo competências têm sido utilizado em substituição ao termo qualificação. Para Schwartz<sup>37</sup>, o conceito de qualificação abrangeria três dimensões: a dimensão conceitual (associada à valorização dos diplomas); a dimensão social (expressa pelo conjunto de regras e direitos provenientes do exercício profissional) e a dimensão experimental (relacionada ao conteúdo real do trabalho, incluindo a subjetividade do trabalhador). Tomando por base estas dimensões, notadamente o conceito de competências produz um enfraquecimento das duas primeiras e sobrevaloriza a última, passando a dar mais valor aos conteúdos do trabalho para além do prescrito, assim como as qualidades individuais e a subjetividade dos trabalhadores<sup>37</sup>.

Assim sendo, o currículo por competências, segundo Ramos<sup>38</sup>, deveria ser elaborado a partir da *"análise de situações concretas e da definição de competências requeridas por essas situações, recorrendo às disciplinas somente na medida das necessidades exigidas pelo desenvolvimento dessas competências"*<sup>38</sup> (p. 119). Isso significa que a redefinição dos conteúdos e do sentido do ensino proposta por este modelo visa orientar os saberes para a prática, afastando-se das disciplinas para aproximar-se das competências que emergem em situações específicas. A seleção dos conteúdos de ensino deveria ocorrer somente após a definição destas competências, levando em consideração aquilo que os alunos são capazes de compreender e dominar.<sup>37,38</sup>

As críticas desta autora ao modelo de formação por competências compreendem: o favorecimento das relações de trabalho individualizadas, por meio do incentivo ao desenvolvimento de atributos individuais em detrimento da dimensão social; bem como a dificuldade em elaborar currículos para além das normas de competência, mas que consigam estruturar os três subsistemas integrantes da competência profissional (normalização das competências; formação por competências e avaliação e certificação por competências).<sup>36,39</sup>

Em contraposição, Mardsen<sup>40</sup> afirma que a visão de competências dos autores Hager & Gonczi aponta para uma possível superação das críticas comumente realizadas a respeito desta noção. Os autores argumentam que o principal motivo para o insucesso de

alguns padrões de competências estabelecidos é a sobrevalorização das tarefas a serem realizadas pelos profissionais, em relação aos atributos ou habilidades pessoais. Deste modo, distinguem cinco características da sua concepção de competências que fariam frente às principais críticas relativas às pedagogias com base na construção de competências:

"- Integra habilidades e tarefas;

- Educação geral e educação técnica, rompendo com a dicotomia presente no modo de pensar a educação desde Sócrates.

- Possui uma abordagem holística do trabalho. Os autores defendem que certo grau de atomismo, abordagem predominante nas diferentes concepções de competência existentes, é aceitável, desde que seja acompanhado de um grau razoável de visão holística.

- O que os graduados devem ser capazes de fazer está estabelecido, mas nada se fala sobre como chegar a este estágio. Com isso, o professor tem total liberdade para definir o que e como ensinar os alunos.

- Permite a expressão da diversidade de formas possíveis de se realizar uma mesma tarefa, pois não é exigido dos trabalhadores agirem necessariamente da mesma maneira em uma dada situação, nem terem a mesma concepção sobre o trabalho que desenvolvem"<sup>40</sup> (p.22-23).

A partir da identificação dos principais problemas que atingem a formação profissional na atualidade e da forma como impactam o processo de trabalho em saúde, buscou-se discutir neste capítulo caminhos para um modelo de formação *para* o trabalho em saúde, isto é, que seja capaz de instrumentalizar adequadamente os trabalhadores para o desenvolvimento de competências que os possibilitem colaborar com a construção de um sistema de saúde mais equânime, universal, integral, resolutivo, humanizado e democrático.

### 3. ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

---

Este estudo consiste em uma pesquisa de abordagem qualitativa e de caráter descritivo, desenvolvida por meio da análise de documentos oficiais do Ministério da Saúde que serviram de base para a implantação e implementação das políticas nacionais de formação profissional de nível superior em saúde, no período de 2003 a 2010.

A partir disso, cabem aqui algumas explicações acerca do caminho metodológico traçado.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa na medida em que se debruça sobre questões constituintes da realidade social, que comumente não são passíveis de mensuração, e que demandam análises aprofundadas acerca dos aspectos subjetivos presentes nas ações humanas.

Sobre o método qualitativo, Minayo (2010) afirma ser aquele “*que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam*”<sup>41</sup> (p. 57).

O caráter descritivo da pesquisa se deve ao objetivo de descrever as características de um objeto de estudo – fato ou fenômeno – configurando-se num levantamento de dados conhecidos anteriormente, que compõem o problema estudado, e envolvem o uso de técnicas padronizadas, como por exemplo, o uso de questionários.<sup>42,43</sup> Neste caso, os dados analisados foram secundários.

No intuito de atingir os objetivos propostos pelo estudo, foram desenvolvidas as seguintes estratégias metodológicas: (1) pesquisa documental; (2) elaboração de instrumento a ser utilizado como roteiro para a pesquisa documental; (3) definição de categorias de análise; (4) análise de conteúdo a partir das categorias definidas; (5) sistematização de resultados; (6) considerações acerca dos resultados encontrados.

A pesquisa documental pode ser caracterizada como um “*procedimento que se utiliza de métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise de documentos dos mais variados tipos*”<sup>44</sup> (p. 5). É adequada para a análise de fenômenos macrossociais, assim como para a análise das mudanças sociais e do desenvolvimento histórico dos fenômenos sociais.<sup>44</sup>

Seu uso é relevante para este estudo por dois motivos: possibilita extrair importantes informações que ao serem contextualizadas histórica e sócio-culturalmente podem ampliar o entendimento sobre determinado material; e permite aliar à compreensão do campo social a dimensão temporal, favorecendo a observação da evolução e amadurecimento dos conceitos, conhecimentos, práticas, entre outros.<sup>44</sup>

A pesquisa documental compreendeu os documentos oficiais referentes às políticas nacionais de formação profissional de nível superior em saúde, entre 2003 e 2010. A definição deste recorte temporal se justifica pelo fato de a implantação da maioria destas políticas ter sido iniciada somente a partir de 2003, embora a década de 90 tenha se configurado como um momento de intensos debates e negociações na gestão da educação na saúde. Além disso, abrange o período de governo do presidente Luís Inácio Lula da Silva, no qual havia uma expectativa de mudança no ensino superior em saúde.

No período delimitado foram divulgadas pelo Ministério da Saúde as seguintes políticas dirigidas à educação superior em saúde:

- ✓ Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (2003);
- ✓ AprenderSUS (2004);
- ✓ Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do SUS – VER-SUS (2004);
- ✓ Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRÓ-Saúde (2005);
- ✓ Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde – PET-Saúde (2007).

É importante salientar que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde tem sido considerada como uma ação estruturante e transversal às outras políticas de educação no SUS.

Na seleção dos documentos oficiais foram considerados aqueles que contêm as principais orientações para a implantação e implementação destas políticas, referentes às séries de publicações do Ministério da Saúde que compreendem Textos Básicos de Saúde (série B) e Projetos, Programas e Relatórios (série C). A exceção foi o PET-Saúde, que não foi contemplado nestas publicações, tendo sido selecionada a portaria que o instituiu. Sendo assim, os documentos que corresponderam a esta seleção são identificados a seguir:

- ✓ Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde - Pólos de Educação Permanente em Saúde (2004);
- ✓ AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde (2004);
- ✓ VER-SUS/Brasil (2004);
- ✓ EducarSUS: notas sobre o desempenho do Departamento de Gestão da Educação na Saúde - Período de janeiro de 2003 a janeiro de 2004 (2004);
- ✓ Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRÓ-Saúde (2005);
- ✓ Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial (2007);
- ✓ Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (2009);
- ✓ Portaria Interministerial MS/MEC nº 421, de 03/03/10 - PET-Saúde (2010).

Ressalte-se que o documento "*EducarSUS: notas sobre o desempenho do Departamento de Gestão da Educação na Saúde - Período de janeiro de 2003 a janeiro de 2004* (2004)", embora não tenha sido considerado neste estudo como uma política de formação, foi incluído na análise por abordar a situação em que se encontravam as políticas de formação no primeiro ano de funcionamento do DEGES, tratando-se de material rico para a compreensão da evolução das mesmas, assim como dos movimentos que culminaram com a criação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

O material selecionado foi identificado por meio da disponibilidade na rede virtual, sendo considerado de acesso público e irrestrito. Grande parte deles foi encontrada no Portal da Saúde (site oficial do Ministério da Saúde que contém informações referentes ao SUS).

A avaliação preliminar do material selecionado considerou as seguintes dimensões: o contexto histórico no qual foi produzido o documento – o universo sociopolítico do autor e daqueles a quem foi destinado, independente da época em que o texto tenha sido escrito, além da conjuntura socioeconômico-cultural e política que propiciou a sua produção, buscando compreender os esquemas conceituais dos autores, seus argumentos, refutações, reações, identificação de pessoas, grupos sociais, locais e fatos aos quais se faz alusão, entre outros; o(s) autor (es) – elucidação da identidade do autor, busca dos interesses e

motivações que o (os) levaram a escrever; a autenticidade e a confiabilidade do texto – verificação da procedência do documento, avaliando também a relação existente entre o autor e o que ele escreve; a natureza do texto – a estruturação diferenciada dos textos fará sentido para o leitor que possuir certa familiaridade com o tema; os conceitos-chave e a lógica interna do texto – identificar os conceitos-chave presentes no texto e avaliar sua importância e seu sentido, de acordo com o contexto em que são empregados; para avaliar a lógica interna, deve-se examinar o desenvolvimento dos argumentos e as principais partes da argumentação.<sup>44</sup>

Após a identificação e análise preliminar do material foi elaborado um instrumento para guiar a análise documental. Construído como uma espécie de roteiro com base nos objetivos do estudo, este instrumento contém doze perguntas, que foram criadas para direcionar a leitura e a análise do material selecionado, com a finalidade de responder às questões de pesquisa. São elas:

- 1- Qual é a extensão da política? (Envolve graduação, pós-graduação e serviço?)
- 2- Que instituições e atores estão envolvidos?
- 3- Há articulação com outros ministérios, políticas e instituições?
- 4- Quais são os objetivos da política?
- 5- De que modo estes objetivos podem contribuir para a reorientação dos serviços e práticas de saúde?
- 6- Quais as estratégias recomendadas para reorientar as ações e serviços na saúde?
- 7- Há um(a) conceito/noção/definição de saúde explicitado na política? Como aborda a saúde?
- 8- Há um(a) conceito/noção/definição de formação explicitado na política? Como é abordada a formação?
- 9- De que forma a política se relaciona com a participação social?
- 10- De que forma a política se relaciona com a integralidade do cuidado?
- 11- De que forma a política se relaciona com a intersetorialidade?
- 12- Quais os avanços e as limitações destas políticas com relação à reorientação dos serviços e práticas na direção de um sistema de saúde mais participativo, integral e intersetorial?

A definição das categorias de análise ocorreu a priori, já que estas representam elementos que expressam a possibilidade de reorientação da formação profissional em saúde com base nos princípios e diretrizes do SUS, tendo se refletido no terceiro objetivo

específico do estudo, qual seja: analisar as políticas nacionais de formação profissional para o nível superior em saúde quanto à participação social, à integralidade do cuidado e à intersectorialidade, entre 2003-2010. Segundo Gomes<sup>45</sup>, a categorização pode ser realizada previamente à análise do material de pesquisa, contanto que se encontre um esquema classificatório adequado ao assunto a ser analisado.

Para tanto, foram inicialmente construídas concepções relativas a estas três categorias analíticas. Após diversas leituras e releituras dos documentos, foram selecionadas unidades de registro nas quais se identificou indícios ou ideias que apresentavam similaridade com as concepções definidas a priori. Em função do quantitativo de achados apenas aquelas consideradas mais representativas foram utilizadas. Deste modo, buscou-se analisar de que forma os documentos se relacionam com cada uma das categorias supracitadas.

Para Bardin,<sup>46</sup> (p.147) *"a categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, em seguida, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos"*. Já as categorias *"são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão das características comuns destes elementos"*. Minayo<sup>41</sup> (p.178) destaca que as categorias são, ainda, *"construções históricas que atravessam o desenvolvimento do conhecimento e da prática social"*.

Dessa forma, os documentos selecionados foram analisados com base na análise de conteúdo que, segundo Bardin<sup>46</sup>, pode ser entendida como

"um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens"<sup>46</sup> (p. 48).

Sendo assim, a análise de conteúdo se propõe a desvendar a partir de técnicas bem estruturadas aquilo que está para além do que foi verbalizado ou escrito, isto é, busca uma interpretação aprofundada acerca dos significados dos textos e/ou discursos analisados. Visa *"alcançar uma vigilância crítica ante a comunicação de documentos, textos literários, biografias, entrevistas ou resultados de observação"*, objetivando produzir novo conhecimento <sup>47</sup> (p. 308).

Considerando que a análise de conteúdo compreende um conjunto de técnicas, optou-se neste estudo pela análise temática ou categorial, que consiste em “*operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analógicos*”<sup>47</sup> (p.201). As análises temáticas, de acordo com Quivy & Campenhoudt<sup>48</sup>, são aquelas que tem como finalidade principal, a partir da verificação de alguns elementos constitutivos do discurso, revelar ou desvendar representações sociais ou o juízo dos locutores.

Assim, cada um dos documentos foi analisado para a identificação de unidades de registro, que “*se referem aos elementos obtidos através da decomposição do conjunto da mensagem*”<sup>48</sup> (p.87), buscando identificar aquelas que correspondessem às categorias analíticas definidas. Ao buscá-las emergiram subcategorias no decorrer da análise, que serão apresentadas no capítulo dos resultados e análise, e depois retomados na discussão.

O critério para a escolha das unidades de registro apresentadas no estudo foi a sua representatividade em relação aos textos e por apresentarem pontos de convergência entre si, considerando a grande quantidade de material extraído dos documentos.

As inferências foram realizadas com base na análise e discussão dos resultados encontrados pelo estudo. Oliveira<sup>47</sup> (p.571) define inferência como

"operação lógica através da qual admite-se uma proposição em virtude da sua ligação com outras proposições já aceitas como verdadeiras. A intenção maior da Análise Categorial (AC) é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e de recepção de uma mensagem, inferência esta que recorre a indicadores relativos ao texto"<sup>47</sup> (p.571).

Ainda que houvesse expectativas de que os achados do estudo pudessem estar relacionados ao referencial teórico-conceitual da Promoção da Saúde, este não foi delimitado a priori, pois buscava-se compreender de que forma os documentos se relacionavam com as categorias analíticas, como demonstra o roteiro que guiou o estudo.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

---

### 4.1 Apresentação

Este capítulo está subdividido em cinco subcapítulos. Esta *Apresentação*, é o primeiro deles, que introduz e descreve sucintamente os subcapítulos.

O segundo, intitulado "*O contexto das políticas*" busca identificar os principais fatores históricos, políticos e institucionais que permearam os debates acerca da elaboração das políticas nacionais de formação profissional para o nível superior em saúde.

O terceiro subcapítulo, "*Caracterização das políticas nacionais de formação profissional em saúde*", destina-se à apresentação detalhada das políticas nacionais de formação superior em saúde implantadas no período entre 2003 e 2010, identificadas no capítulo anterior. A caracterização destas políticas foi realizada a partir da leitura dos documentos oficiais do Ministério da Saúde que as instituem, regulamentam e orientam.

Denominado "*As políticas nacionais de ensino superior em saúde e princípios e diretrizes do SUS*", o quarto subcapítulo contém a análise das políticas nacionais de formação profissional de nível superior em saúde com relação à participação social, à integralidade do cuidado e à intersetorialidade. Para tanto, utilizou-se a análise de conteúdo temático-categorial, buscando identificar de que forma as referidas categorias aparecem nos documentos e a sua relevância na reorientação da formação profissional e das práticas em saúde.

Por fim, o último subcapítulo refere-se à "*Discussão*" dos principais achados do estudo.

### 4.2 O contexto das políticas

Para compreender o processo político que culminou com a criação e implantação das políticas nacionais de formação profissional em saúde nos anos 2000, faz-se necessário retomar e aprofundar alguns fatores ocorridos na década de 90<sup>12</sup> que foram fundamentais

---

<sup>12</sup> Entendemos que as transformações ocorridas no campo da formação profissional em saúde são um processo e, portanto, há um extenso histórico de fatores políticos, econômicos e sociais que contribuíram para modificar o campo e que se deram anteriormente à década de 90, como chamamos a atenção na introdução deste estudo. Sem negar a importância destes fatores, neste capítulo abordaremos apenas aqueles ocorridos a partir dos anos 90, pela sua proximidade com o período de recorte deste estudo - 2003 a 2010.

para incitar o debate em torno da formação profissional nesta área. Nesta década, uma série de esforços foram envidados com o objetivo de contribuir para a construção do novo sistema de saúde instituído pela Constituição Federal de 1988, dentre os quais inclui-se a tentativa de repensar a formação dos trabalhadores de saúde para adequá-la aos seus preceitos, atendendo à atribuição conferida ao SUS de ordenador do processo de formação dos recursos humanos em saúde.

Os movimentos em prol de mudanças na formação em saúde ocorridos nos anos 90 derivaram do acúmulo de experiências anteriores ao SUS, e que já refletiam essa necessidade de repensar os modos de produção da saúde no país, através da reforma do ensino e das práticas em saúde. Dessa forma, inseriam-se numa proposta maior de reforma do próprio modelo de saúde, na qual o movimento sanitário teve intenso protagonismo, como abordado na introdução deste estudo. A criação de um sistema de saúde com base em princípios como a universalidade, a integralidade e a equidade, prezando pelo cuidado humanizado e os valores éticos que permeiam o trabalho em saúde, reforçou a importância da existência desses movimentos, já que a implementação do SUS está indubitavelmente condicionada ao modo como são formados seus profissionais e à forma como estes exercem suas práticas.

Decorrentes desse processo podem ser citadas algumas iniciativas ocorridas nos anos 90 que induziram reflexões e produziram mudanças na formação em saúde, como, por exemplo, o Programa *"Uma nova iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade"* (conhecido como UNI), a Rede UNIDA, os Seminários Regionais e Nacionais de Ensino Superior em Enfermagem, e a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM).

O Programa UNI, lançado pela Fundação Kellogg em 1992, consistia no incentivo ao estreitamento de relações entre as universidades, os serviços de saúde e as comunidades, visando modificar a formação em saúde de forma sincrônica nestes três âmbitos. A participação da comunidade no programa representou uma inovação, embasada pelo entendimento de que na América Latina, em função das desigualdades sociais e da democracia ainda embrionária, seria fundamental estabelecer relações democráticas entre a população e suas organizações e as universidades e os serviços de saúde, tendo em vista a relevância social destas instituições.<sup>49</sup>

Pode-se dizer que o UNI configurou-se como uma ampliação da rede de Integração Docente-Assistencial (IDA)<sup>13</sup>, criada nos anos 80, e que permitiu a aproximação do binômio ensino-serviço, possibilitou a ampliação dos espaços de aprendizado para toda a rede de saúde e promoveu a expansão de programas de residências para todas as áreas profissionais da saúde.

De acordo com Ceccim & Carvalho<sup>21</sup> (2006):

"O conjunto das experiências de integração ensino-serviço (não apenas as incentivadas em rede) foram determinantes para a expansão das noções de atenção integral à saúde, de integração entre formação e trabalho, de integração entre ensino e pesquisa em saúde coletiva e de invenção de projetos interprofissionais na graduação, na extensão e nas especializações em serviço sob supervisão"<sup>21</sup> (p.14).

Com base no tripé ensino-serviço-comunidade, o UNI impulsionou mudanças no processo de formação em saúde por meio da incorporação de conhecimentos e tecnologias voltadas para a educação de adultos, com a introdução de metodologias de aprendizagem ativa, que colocam o educando no centro do processo de aprendizagem; e a adoção de currículos flexíveis, buscando o desenvolvimento de sua capacidade crítica e de investigação. Além disso, incentivou o desenvolvimento de currículos integrados, com base na interdisciplinaridade e na flexibilização dos conteúdos ensinados. Com relação aos serviços, buscou contribuir para torná-los mais próximos das necessidades de saúde das pessoas, visando aumentar sua capacidade de serem resolutivos e efetivos. Pretendeu-se ainda colaborar para o acesso da população aos conhecimentos necessários para que desenvolvesse a capacidade de intervir na sua própria saúde, com vistas ao fortalecimento da cidadania e da participação popular em saúde.<sup>49</sup>

A rede IDA e os projetos UNI foram importantes exemplos de movimentos pró-mudança na formação superior dos profissionais de saúde, pois buscaram aproximar a formação em saúde da realidade do SUS, objetivando responder aos anseios da população. Entretanto, obtiveram resultados limitados, já que foram mantidos aspectos dos serviços de saúde que causavam insatisfação dos usuários, assim como a fragmentação do processo de trabalho e a divisão social do trabalho entre as diferentes categorias profissionais.<sup>50,51</sup>

---

<sup>13</sup> Partindo da experiência de movimentos anteriores, a criação da rede de Integração Docente-Assistencial (IDA) objetivou articular ensino e serviços de saúde por meio de atividades de extensão, oferecendo ao estudante a oportunidade de conhecer a realidade do SUS, e inovando ao mostrar que o sistema de saúde poderia funcionar como uma rede-escola. Além de influenciar os projetos UNI, posteriormente configurou-se como componente da rede UNI-IDA.

A união da rede de projetos UNI com a rede de projetos IDA originou, em 1997, a criação da rede UNI-IDA (posteriormente Rede UNIDA), cuja finalidade era agregar pessoas, projetos e instituições, distribuídos nas diferentes regiões do país, voltados para o desenvolvimento dos profissionais de saúde e comprometidos com processos de mudança nos campos da saúde e educação.<sup>50</sup> Pautada nos projetos que estavam em andamento e nas experiências anteriores, a Rede Unida formulou uma teoria sobre as mudanças na educação dos profissionais de saúde, na qual afirma que para a formação adquirir novo rumo é imprescindível ultrapassar profissões e departamentos, instituir a multiprofissionalidade, dar lugar aos usuários e ampliar a interação com o sistema de saúde.<sup>21</sup>

Outra importante iniciativa foram os Seminários Regionais e Nacionais de Ensino Superior em Enfermagem ocorridos em meados dos anos 90, que se caracterizaram por proporcionar a substituição do paradigma da assistência às doenças pelo paradigma do cuidado humano. Esta iniciativa originou o Movimento da Educação em Enfermagem, que para Ceccim & Carvalho<sup>21</sup> (2006):

"surge como novo paradigma curricular, preconizando uma formação como o cruzamento de competência técnico-científica com competência política; estreita relação entre processo de formação e processo de trabalho e mudança nos marcos conceituais do trabalho em saúde pela compreensão conjuntural do país e do contexto sanitário. O currículo deveria favorecer as práticas voltadas para as demandas de saúde da população, em consonância com os princípios da reforma sanitária brasileira, introduzindo na ordem do currículo os temas do cuidado, da integralidade e da reforma sanitária"<sup>21</sup> (p. 15).

Também merece destaque a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), criada com a finalidade de identificar e ajudar a solucionar problemas especificamente nas escolas médicas. Esta comissão apresentou um projeto de reforma da educação para o curso de medicina, contando com o envolvimento dos diversos segmentos interessados no debate, como docentes, profissionais, gestores e estudantes, cujo desafio era orientar a formação médica pelas necessidades de saúde, integrando as ciências humanas, sociais e biológicas. O projeto CINAEM, embora não tenha sido operacionalizado, inovou ao propor uma reforma da educação nas ciências da saúde com base nas determinações da Reforma Sanitária Brasileira.<sup>21</sup>

É preciso frisar que, ainda que tenham sofrido estreitamentos, obstáculos e lacunas, essas iniciativas representaram experiências que possibilitaram principalmente o debate e a produção de conhecimentos na área da educação na saúde, tendo se tornado referência para

movimentos posteriores que buscaram dar continuidade às mudanças para a reorientação da formação profissional em saúde.

Tendo em vista o avanço representado por estas iniciativas e a premência da consolidação do SUS, sobretudo após a sua regulamentação por meio da Lei Orgânica da Saúde (nº 8080/90), esperava-se que o governo federal assumisse ainda na década de 90, através do Ministério da Saúde, a responsabilidade pela formação dos seus trabalhadores e pela regulação das suas relações de trabalho, incluindo a organização do seu regime de trabalho, das carreiras e dos processos de ingresso por concurso. Entretanto, o momento político atravessado pelo país mostrou-se desfavorável, e estas questões acabaram sendo postergadas.

Os anos 90 foram palco de grandes transformações econômicas, políticas, tecnológicas e institucionais, destinadas à inserção do país na nova ordem internacional.<sup>52</sup> Como um desdobramento deste processo, a reforma do Estado brasileiro aventada nesta década representou uma tentativa de modernização da administração pública no país, que vinha sofrendo críticas com relação à sua eficiência. Esta modernização contou com mudanças no modelo de administração de pessoal e nas formas de incorporação e gestão do trabalho. Para materializá-la, durante os governos dos presidentes Fernando Collor de Mello e Fernando Henrique Cardoso foram aplicadas estratégias políticas e econômicas, como a redução da intervenção estatal na economia, a contenção de gastos por intermédio dos ajustes fiscais, e a flexibilização das leis trabalhistas, que produziram impactos consideráveis no campo da saúde, com destaque para a área de Recursos Humanos (RH).

No governo do presidente Fernando Collor de Mello (1990-1992) ocorreu um processo de "*desconstrução da capacidade administrativa e redução da ação reguladora do Estado*"<sup>53</sup> (p.2), sob o argumento de que haveria a necessidade de diminuição do tamanho da máquina estatal (realizada por meio dos planos de demissão de pessoal), devido ao excesso de funcionários nos serviços públicos e à existência de salários abusivos por parte de uma pequena elite. A união dos planos de demissão de pessoal às medidas de redução da máquina estatal criou um ambiente inóspito à valorização e expansão da força de trabalho no setor público, especialmente para a viabilização do SUS. Em 1990, foi sancionada pelo mesmo governo a lei que instituiu o Regime Jurídico Único<sup>14</sup> para os

---

<sup>14</sup> Conjunto de normas que disciplinam as relações de trabalho dos servidores públicos civis da administração direta, autarquias e fundações.

servidores do governo federal, cuja importância reside no fato de ter sido um modelo para a elaboração dos regimes de servidores estatutários nas demais esferas de governo.<sup>53</sup>

Neste contexto, em 1992, foi realizada a 9ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), cujo relatório final apontou sérios problemas no âmbito da saúde pública, como o sucateamento e a desqualificação tecnológica e profissional da grande maioria dos serviços (públicos e privados contratados pelo poder público), a baixa resolutividade dos serviços de saúde em todos os níveis, e a má qualidade do atendimento aos usuários. O quadro sanitário apontado pela Conferência foi entendido como uma consequência direta do momento político vivenciado pelo Estado brasileiro, em particular pela adoção do projeto neoliberal. Especificamente em relação aos recursos humanos, a 9ª CNS reafirmou a necessidade de uma série de medidas, entre as quais a criação de uma política nacional de RH para o SUS, com a implantação de regime jurídico único em cada esfera de governo; a regulamentação do artigo 200 da CF, que atribui ao SUS a ordenação da formação de RH; a definição de uma política de formação e capacitação de RH; a revisão dos currículos profissionais; a garantia de escolas de formação de trabalhadores da saúde nas secretarias de saúde ou através de articulação com secretarias de educação, universidades e outras instituições públicas de ensino superior; a formação de profissionais com visão integral, comprometimento social e formação geral, dentre outras.<sup>54</sup>

Durante o governo do presidente Fernando Henrique Cardoso (1995-2003) optou-se por manter a reforma administrativa na agenda política, como parte das transformações estruturais pelas quais o Estado brasileiro passava<sup>53</sup>. Dessa forma, em 1995, foi criado o Plano de Reforma Administrativa do Estado, que estabeleceu *"novas normas jurídicas para o trabalho no setor público e determinou novos formatos às instituições com as quais o Estado pode se associar para cumprir seus objetivos de promoção de bem-estar"* (p.2).<sup>53</sup> Com isso, foi instituído um novo modelo de gestão para o setor público, sustentado pelo paradigma de administração com base em resultados, denominada administração gerencial.<sup>53,55</sup>

De acordo com Pierantoni<sup>56</sup>, a emenda de reforma do Estado<sup>15</sup>, aprovada em 1998, abalizou questões centradas nas relações de trabalho e nos contratos de gestão, a saber:

---

<sup>15</sup> Referente à emenda constitucional nº 19, de 04/06/1998, que modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal.

- ✓ Instituiu a demissão de funcionários por critérios de insuficiência de desempenho ou nos casos em que a folha de pagamento da receita da instância pagadora (federal, estadual ou municipal) ultrapasse 60% em despesas com pessoal;
- ✓ Substituiu o Regime Jurídico Único estabelecido pela lei nº 8.142, de 1990, por formas “flexibilizadas de contratação” alcançáveis pelos regimes trabalhistas vigentes em todos os níveis da administração pública;
- ✓ Definiu tetos e subtetos de remuneração, suprimindo a palavra isonomia do texto constitucional;
- ✓ Estabeleceu a possibilidade dos órgãos da administração pública firmarem contratos com o poder público, estabelecendo, entre outras coisas, autonomia em sua área de atuação;
- ✓ Possibilitou a realocação de servidores e bens públicos entre órgãos e entidades da administração. Estabeleceu, ainda, a possibilidade de formação de consórcios para a prestação de serviços públicos.

Deste modo, a reforma administrativa do Estado brasileiro, orientada por princípios gerencialistas, visou principalmente flexibilizar a estabilidade no serviço público e permitir regimes jurídicos diferenciados, aproximando as relações de trabalho no serviço público à racionalidade do setor privado, divergindo dos valores defendidos pelo movimento sanitário e das definições preconizadas pela 9ª CNS.

Podemos afirmar que, embora houvesse, num primeiro momento, uma agenda setorial integrando formuladores de políticas, gestores do SUS e trabalhadores de saúde em torno da construção de políticas de RH que prezassem pela admissão dos trabalhadores por concurso público, isonomia salarial, Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) e qualificação profissional, estes temas foram alvo de dissenso e sofreram enfraquecimento nos anos 90.<sup>57</sup>

Destaca-se ainda neste período a ocorrência da 2ª Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde (CNRHS) e da 10ª CNS, respectivamente em 1993 e 1996.

Na 2ª CNRHS, não houve alterações nas questões identificadas como prioritárias para a área de RH. Criticou-se novamente a falta de investimentos no desenvolvimento dos trabalhadores, evidenciada pela inexistência de uma política de RH explicitamente formulada, pela baixa alocação de recursos financeiros para a área, pela qualificação

insuficiente dos trabalhadores e pela inexistência de um PCCS. Sobre a formação em saúde, ressaltou-se o fato dos currículos, de modo geral, desconsiderarem os princípios da Reforma Sanitária, a falta de disciplinas que favorecessem a compreensão do contexto de saúde e as condições de funcionamento do SUS, bem como a ausência de conteúdos de formação geral. Sinalizou-se, mais uma vez, a necessidade de regulamentação do artigo 200 da CF, e foram levantadas questões como a criação de um sistema de informações sobre RH em saúde e a integração entre as instituições formadoras de RH e as instituições prestadoras de serviços de saúde.<sup>58</sup>

Similarmente, a 10ª CNS reafirmou a necessidade de implantação de uma política de RH para a saúde que contemplasse aspectos como a composição de equipes multiprofissionais; a valorização dos trabalhadores; a avaliação de desempenho das equipes; a educação continuada; a garantia de isonomia salarial para os trabalhadores em saúde federais, estaduais e municipais, entre outros<sup>59</sup>. Estipulou-se o prazo de cento e oitenta dias para que fosse organizada uma comissão especial para elaboração de propostas de PCCS abrangendo os trabalhadores de saúde de todas as esferas de governo, que deveriam ser discutidas na Mesa Nacional Permanente de Negociação. O mesmo prazo foi determinado para a apresentação, pelo MS, de um Plano de Ordenamento da Capacitação, Formação, Educação Continuada e Reciclagem de Recursos Humanos em Saúde, articulado nacionalmente, no intuito de que o ministério assumisse sua responsabilidade legal de ordenar a formação de RH. Considerando os entraves relacionados à gestão de RH no SUS, determinou-se a criação de uma Norma Operacional Básica (NOB) específica para os recursos humanos, com a finalidade de instrumentalizar gestores, formadores, trabalhadores e usuários no manejo de questões relativas ao processo de trabalho e aos trabalhadores.<sup>14</sup>

Por sua vez, no âmbito da educação, no mesmo ano da 10ª CNS questões importantes relativas ao ensino superior foram revistas.

A instituição da lei nº 9.394/96, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional (LDB), permitiu às Instituições de Ensino Superior (IES) maior flexibilidade na organização dos currículos dos cursos oferecidos, buscando reduzir a burocracia que os envolvia e atender à diversidade relativa à formação prévia e às expectativas e interesses dos educandos. Estas mudanças deveriam ocorrer nos cursos de graduação por meio da implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN).

Para compreender o impacto que as DCN acarretaram para o ensino superior, é preciso resgatar a estrutura organizacional curricular em vigor anteriormente às diretrizes curriculares: o currículo mínimo.

Criado com a finalidade de facilitar as trocas entre as diversas instituições, o currículo mínimo deveria garantir qualidade e uniformidade mínimas aos cursos de ensino superior, ficando a cargo do Conselho Federal de Educação (atual Conselho Nacional de Educação) a fixação dos currículos mínimos dos cursos de graduação, de acordo com a LDB 4.024/61 e a Lei da Reforma Universitária 5.540/68. Entretanto, os currículos mínimos, por serem demasiadamente rígidos, mostraram-se ineficazes, causando a redução da liberdade das IES na organização das suas atividades de ensino e deixando prevalecer os interesses de grupos corporativos na fixação dos currículos, ocasionando um excesso de disciplinas obrigatórias e a extensão desnecessária dos cursos de graduação. Este cenário foi alterado pela Lei 9.131/95, que imputou à Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação a competência para deliberar sobre as DCN para os cursos de graduação.

Dessa forma, as diretrizes curriculares foram concebidas em substituição ao currículo mínimo com a finalidade de proporcionar às IES orientação comum para a implantação e a implementação de seus projetos político-pedagógicos. Embora as orientações tenham caráter mandatório, devendo ser obrigatoriamente cumpridas pelas IES, respeitam a liberdade das instituições de ensino no desenvolvimento de seus projetos, conferindo-lhes maior autonomia para definir os currículos dos seus cursos.

Para nortear as diretrizes curriculares nos cursos de graduação, o MEC divulgou dois pareceres contendo as orientações gerais. O primeiro deles, o parecer CNE/CES 776/97, afirmava que as DCN deveriam contribuir para que os cursos de graduação deixassem de atuar como meros instrumentos de transmissão de conhecimento e informações e fossem reorientados para ofertar aos estudantes uma formação básica consistente, que fosse capaz de prepará-los para o enfrentamento de desafios futuros. Visando atingir estes objetivos, o documento propunha que as DCN observassem os seguintes princípios: assegurar ampla liberdade às IES com relação à composição de carga horária e especificação das unidades de estudos a serem ministradas; indicar os tópicos ou campos de estudo e demais experiências de ensino-aprendizagem que compõem os currículos; evitar o prolongamento desnecessário da duração dos cursos de graduação;

incentivar sólida formação geral; estimular práticas de estudo independente; encorajar o reconhecimento de conhecimentos, habilidades e competências adquiridas fora do ambiente escolar; fortalecer a articulação da teoria com a prática; incluir orientações para a condução de avaliações periódicas que utilizem instrumentos variados e sirvam para informar a docentes e a discentes acerca do desenvolvimento das atividades didáticas.

O parecer CNE/CES 583, aprovado pelo MEC em 2001, dá continuidade às orientações para as DCN dos cursos de graduação em âmbito nacional. Levando em consideração o disposto no parecer anterior e no Plano de Educação Nacional (Lei 10.172/01), o documento resume sua proposta em dois tópicos: no primeiro afirma que a definição da duração, carga horária e tempo de integralização dos cursos será objeto de um Parecer e/ou uma Resolução específica da Câmara de Educação Superior; e no segundo propõe que as diretrizes contemplem: perfil do formando/egresso/profissional - conforme o curso o projeto pedagógico deverá orientar o currículo para um perfil profissional desejado; competências/habilidades/attitudes; habilitações e ênfases; conteúdos curriculares; organização do curso; estágios e atividades complementares e acompanhamento e avaliação.

Sendo assim, a aprovação das DCN para os cursos de graduação delegou às IES a atribuição pela fixação dos currículos dos seus cursos e programas, com o intuito de garantir a flexibilidade, a criatividade e a responsabilidade destas instituições na elaboração de suas propostas curriculares de acordo com cada curso oferecido. Pode-se dizer que este foi o ponto central da modificação da estrutura curricular, e daí decorreram outras mudanças fundamentais para o ensino superior no país. Estas mudanças estão evidenciadas no quadro abaixo, cujo objetivo é comparar as diferenças entre os currículos mínimos e as DCN, ressaltando os benefícios destas últimas.

**Quadro 3. Principais avanços e vantagens das Diretrizes Curriculares Nacionais em relação aos Currículos Mínimos**

<b>Currículos Mínimos</b>	<b>Diretrizes Curriculares Nacionais</b>
1- Desempenho do exercício profissional como resultante das disciplinas ou matérias profissionalizantes, que deveriam estar encerradas em uma grade curricular contendo os mínimos obrigatórios fixados em uma resolução por curso.	1- Formação superior como processo contínuo, autônomo e permanente, que deve ser construído a partir de sólida formação básica e formação profissional fundamentada na competência teórico-prática, formando profissionais capazes de se adaptar às novas e emergentes mudanças.
2- As IES não tinham liberdade para reformular o estabelecido, em âmbito nacional, como componente curricular (incluindo o detalhamento de conteúdos obrigatórios).	2- Prevê a flexibilização curricular e a liberdade de as IES elaborarem seus projetos pedagógicos para cada curso, conferindo-lhes maior autonomia na definição dos currículos plenos dos seus cursos.

3-Atuação com base em transmissão de conhecimentos e informações, prevalecendo interesses corporativos responsáveis por obstáculos no ingresso no mercado de trabalho e por desnecessária ampliação ou prorrogação na duração do curso.	3- Orientam-se na direção de uma sólida formação básica, buscando o preparo do egresso no enfrentamento das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional.
4- Mensuração dos desempenhos profissionais ao final dos cursos.	4- Propõe ser um referencial para a formação de profissionais em permanente preparação, almejando progressiva autonomia profissional e intelectual do educando.
5- Pretendia ter como produto um profissional "preparado".	5- Pretendem preparar um profissional adaptável a situações novas e emergentes.
6- Fixados para uma determinada habilitação profissional, asseguravam direitos para o exercício de uma profissão regulamentada.	6- Devem ensejar diversos tipos de formação e habilitações diferenciadas em um mesmo programa.
7- Comprometidos com a emissão de um diploma para o exercício profissional.	7- Não se vinculam a diploma e exercício profissional.

**Fonte:** Elaborado com base no parecer CNE/CES 67/2003.

A partir do quadro 3 podemos observar que a implantação das diretrizes curriculares representou um conjunto de mudanças que alteraram a própria estrutura do ensino nos cursos de graduação em âmbito nacional, como, por exemplo, o entendimento da formação como processo contínuo, rompendo com a ideia de que as disciplinas curriculares simbolizam o conhecimento pleno, e por isso, ao se formarem os egressos já estariam defasados em relação ao desempenho exigido, assim como a orientação dos cursos para uma formação básica com base no desenvolvimento de competências e habilidades. Estas mudanças encerravam a necessidade de formar profissionais que se ajustassem permanentemente às emergentes mudanças sociais, tecnológicas e científicas, demandados pelo mercado de trabalho em transição.

Diante deste cenário, é possível concluir que, a despeito da ocorrência de movimentos relevantes para a formação profissional tanto no campo da saúde quanto da educação, a área de RH em saúde não teve o desenvolvimento esperado durante a década de 90. Este fator pode ter desencadeado a desmotivação dos profissionais, aliada a um importante descomprometimento ético e social com relação aos usuários e aos serviços de saúde, prejudicando o funcionamento do sistema de saúde como um todo.

A acentuada desvalorização dos trabalhadores da saúde no período pode ser ilustrada, inclusive, pelo próprio lugar ocupado pela área de RH no organograma do MS até o ano de 2003. Pertencendo ao terceiro escalão da estrutura ministerial, a área de recursos humanos encontrava-se subordinada à Coordenação-Geral de Desenvolvimento de

Recursos Humanos para o SUS, vinculada à Secretaria de Assistência à Saúde, por sua vez ligada à Secretaria Executiva do MS, e, por fim, à Secretaria de Políticas de Saúde. Por sua posição hierárquica, podemos inferir que o afastamento desta área do núcleo com poder decisório pode ter gerado perda de autonomia e dificuldade no planejamento e execução de suas atividades, dentre as quais as ações de formação para o trabalho. De acordo com Teixeira *et. al.*<sup>57</sup>, estas ações, por estarem diluídas entre as diversas secretarias ministeriais, assumiram a forma de capacitações programáticas, ou seja, ações de qualificação pontuais e fragmentadas, desenvolvidas de acordo com as prioridades de cada área.

Embora essa situação tenha se modificado somente em 2003, é possível identificar alguns processos significativos que contribuíram para as mudanças na formação profissional em saúde, bem como para a elaboração futura de políticas públicas de caráter nacional para o desenvolvimento dos trabalhadores de saúde, contradizendo a ausência de implantação de políticas de RH para a saúde nos moldes constitucionais anteriormente a este período. São eles: o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE)<sup>16</sup>, o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS)<sup>17</sup>, a Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (ROREHS) e o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares das Escolas Médicas (PROMED)<sup>14</sup>. Dentre estes, destacam-se os dois últimos pela sua relação direta com este estudo.

A Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde (ROREHS)<sup>18</sup>, criada em 1999, surgiu como uma oportunidade de acompanhar experiências voltadas para as mudanças na formação em saúde, pois se destina ao monitoramento de tendências que repercutem nas políticas de RH em saúde nos países que a integram. Como uma iniciativa patrocinada pelo MS em conjunto com o Programa de Cooperação Técnica da Representação da OPAS/OMS no Brasil, a Rede se dedica à produção de estudos e pesquisas, ofertando amplo acesso a informações e análises sobre a área de recursos

---

<sup>16</sup> O PROFAE foi formulado e implementado pelo MS nos anos de 1999 e 2000, com o objetivo de qualificar os trabalhadores da Enfermagem sem habilitação técnica para o exercício profissional. Seus resultados inspiraram a criação do Projeto de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS), que busca qualificar e/ou habilitar trabalhadores em cursos de Educação Profissional para o setor saúde.

<sup>17</sup> O PITS foi criado pelo MS em 2001, visando levar profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) a municípios que não possuíam adequado desenvolvimento da atenção básica por motivo de dificuldade de acesso ou escassez de recursos. Para fixar estes profissionais, uma das estratégias utilizadas foi o oferecimento de cursos de especialização em Saúde da Família.

<sup>18</sup> A Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde foi instituída pela portaria nº 26, de 21/09/1999, na qual identifica-se a Rede como diretamente subordinada à Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. Esta situação foi alterada posteriormente pela portaria nº 01, de 11/03/2004, que a coloca sob a coordenação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/MS.

humanos em saúde no país, com vistas a contribuir para a formulação, o acompanhamento e a avaliação de políticas e projetos nessa área.

O Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Graduação em Medicina (PROMED) foi criado em 2001 pelo MS, em parceria com o MEC e a OPAS, com base em experiências prévias (como, por exemplo, a CINAEM, citada anteriormente neste capítulo). Seu objetivo geral consistia em *"reorientar os produtos da escola médica – profissionais formados, conhecimentos gerados e serviços prestados –, com ênfase nas mudanças no modelo de atenção à saúde, em especial aquelas voltadas para o fortalecimento da atenção básica"*<sup>60</sup> (p.5). O direcionamento inicial às escolas de medicina devia-se ao fato do curso apresentar historicamente maiores problemas de formação, com tendências a especializações precoces e excessivas, e centradas no ambiente hospitalar, formando profissionais com perfil inadequado às expectativas da atenção básica. Para reverter este quadro, o programa tinha como enfoque a formação geral de médicos para o atendimento às demandas do SUS (naquele momento concentradas na ampliação da atenção básica por meio da expansão da Estratégia Saúde da Família), buscando incorporar profissionais com visão humanística, capazes de prestar cuidados contínuos e resolutivos à população.<sup>60</sup>

O PROMED pode ser considerado como a primeira política pública lançada no período pós-SUS destinada à reorientação do ensino superior em saúde. Apesar de não ter sido implantado de forma plena, seu mérito consiste na inserção do tema das mudanças curriculares no interior das faculdades de medicina. Posteriormente, em 2005, o programa serviu de base para a criação do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-Saúde).

Destaca-se ainda, no ano de 2000, a ocorrência da 11ª CNS, que representou um marco importante para a área de RH em saúde ao aprovar integralmente a terceira versão da NOB/RH-SUS, propondo sua regulamentação e implementação. Assim, em 2002 foi divulgado o documento *"Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS"*, com a finalidade de estabelecer parâmetros gerais para a gestão do trabalho, buscando superar os desafios da implementação de uma política de RH para o SUS <sup>61</sup>. Outras propostas da 11ª CNS foram: a inclusão de outros profissionais de saúde nas equipes mínimas de atenção básica, de acordo com as realidades locais e a ampliação da possibilidade de atuação clínica de profissionais não médicos; a introdução de processos de avaliação de desempenho sob

controle popular; a contraposição à Lei de Responsabilidade Fiscal no tocante às lotações no SUS; a reestruturação e o aumento dos investimentos em RH nas Secretarias Estaduais de Saúde e pactuação da Política de RH com os trabalhadores e conselhos de saúde locais; e a elaboração de PCCS adequado para os trabalhadores de saúde. No que se refere à formação profissional, a Conferência enfatizou, mais uma vez, a regulamentação do artigo 200 da CF; a revisão das estruturas curriculares e a articulação dos aparelhos formadores com os segmentos de controle social do SUS.<sup>61</sup>

No ano de 2003, o início do governo do presidente Luís Inácio Lula da Silva acarretou significativas mudanças na gestão dos serviços públicos, com importantes repercussões para a gestão do trabalho e da educação na saúde.

Ao assumir o governo, o presidente apresentou seu Plano de Gestão do Governo através do documento "*Gestão Pública para um Brasil de Todos*", no qual explicitava seu comprometimento com a revitalização da administração pública federal, com vistas à construção de um novo perfil de Estado, pautado em princípios como a redução das desigualdades sociais e a promoção do desenvolvimento. De acordo com esta concepção, o Estado é apresentado como "solução", devendo a administração pública ser otimizada para aumentar a capacidade de governo. Essa orientação tem como princípios: a redução do déficit institucional, o fortalecimento da capacidade de formular e implementar políticas públicas, a otimização de recursos, a transparência, a participação e a ética.<sup>62</sup>

A recomposição da força de trabalho do setor público e o redesenho dos sistemas de cargos, carreiras, benefícios e concursos compunham a agenda de transformações da gestão pública para o fortalecimento do Estado, demonstrando a preocupação do governo em adotar medidas de valorização e "desprecarização" do trabalho.<sup>62</sup>

Induzido pelo momento político, o MS propôs a antecipação da realização da 12ª CNS, que aconteceria em 2004, para o ano de 2003, com a finalidade de produzir orientações para a formulação do Plano Nacional de Saúde do novo governo. Com relação ao tema de RH, a Conferência abordou a questão das limitações presentes na formação dos trabalhadores, evidenciadas a partir da expansão das equipes de Saúde da Família, que terminavam por obrigar os serviços a suprirem as deficiências da educação formal. Contudo, afirmou que a melhoria na qualidade da formação não exime o SUS da sua função de capacitar todos os aprovados em concurso público, para que compreendam e sejam capazes de atuar de acordo com a realidade e as condições de trabalho locais.

Algumas das propostas da 12ª CNS para a gestão do trabalho e da educação foram: a implantação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, com a ampliação dos já existentes; a implantação de PCCS para os trabalhadores de saúde; a construção e o gerenciamento de um banco de dados dos trabalhadores do SUS; a institucionalização das Mesas Permanentes de Negociação do SUS estaduais e municipais; a implantação de programas de avaliação de desempenho do trabalho em saúde; a implementação de uma política de "desprecarização" do trabalho no SUS e a modificação do modelo de formação dos profissionais de saúde, dentre outras.

Reafirmando a relevância da área de RH em saúde, ainda em 2003, foi constituída a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde<sup>19</sup> (SGTES), como parte de um conjunto de medidas voltadas para a reestruturação do MS. Composta pelos departamentos de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) e de Gestão da Educação em Saúde (DEGES), a nova secretaria tem a finalidade de desenvolver

"políticas e programas que buscam assegurar o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, impondo à função da gestão do trabalho e da educação a responsabilidade pela qualificação dos trabalhadores e pela organização do trabalho em saúde, constituindo novos perfis profissionais com condições de responder às necessidades de saúde da população, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS" (p. 7).<sup>63</sup>

A integração dos campos do trabalho e da educação em saúde proposta pela SGTES representa uma inovação, pois ao tentar unificá-los rompeu-se com a estrutura organizativa até então vigente na área de RH em saúde, assentada em ações fragmentadas dispersas entre as diversas secretarias ministeriais. Faz-se necessário observar que a tarefa de reunir políticas heterogêneas em uma única secretaria configura-se em um processo complexo, tendo em vista que cada uma delas apresentava características peculiares e respondia a demandas específicas das secretarias às quais estavam anteriormente ligadas, que gozavam de autonomia para lidar com estas questões.

De acordo com esta nova organização, outra modificação importante está relacionada à posição hierárquica ocupada pela área de recursos humanos em saúde, que passou a integrar o primeiro escalão do MS. Considerando que a posição política destinada a cada temática no organograma ministerial está diretamente relacionada à sua relevância

---

<sup>19</sup> Instituída pelo decreto nº 4.726, de 09/06/2003, que aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Posteriormente este documento foi revogado pelos decretos nº 5.841, de 13/07/2006, nº 5.974, de 29/11/2006 e nº 6.860, de 27/05/2009.

para o governo, e que até 2003 a área de RH fazia parte do terceiro escalão do MS, é nítida a maior prioridade conferida à questão dos trabalhadores da saúde neste governo.

**Figura 2. Organograma da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)**



Fonte: SGTES/MS.

Com a responsabilidade de enfrentar o desafio de lidar com os problemas concernentes à gestão do trabalho e da educação em saúde, negligenciados por mais de uma década, a SGTES construiu uma agenda contendo um conjunto de ações prioritárias que deveriam ser implantadas por meio dos seus departamentos.

Ao Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde, de acordo com o decreto nº 4.726/03, caberia: planejar e coordenar estudos de análise das necessidades de profissionais com perfil adequado às necessidades de saúde da população; promover e participar da articulação de pactos entre as gestões das três esferas de governo; desenvolver articulações para viabilizar o PCCS; planejar e coordenar a política de carreira profissional própria do SUS, bem como as ações de regulação profissional; propor e acompanhar sistemas de certificação de competências profissionais e articular um sistema permanente de negociação das relações de trabalho com os gestores federal, estaduais e municipais, setor privado e as representações dos trabalhadores.

No que diz respeito ao Departamento de Gestão da Educação em Saúde, é de sua competência propor e formular políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos trabalhadores da saúde nos níveis técnico e superior, buscando integrar os setores da saúde e da educação para o fortalecimento do sistema formador e do SUS. Divide-se em duas coordenações, a saber: a Coordenação-Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde, responsável pela educação superior nas profissões de saúde e a Coordenação-Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde, voltada para a educação dos trabalhadores da saúde de nível médio. A partir da atuação nestes campos, o DEGES tem por meta promover a articulação entre os seguintes eixos: a relação entre a educação e o trabalho; a mudança nas políticas de formação e nas práticas de saúde; a produção e a disseminação do conhecimento e a educação nos locais de serviço.

As principais ações do DEGERTS no período de 2003 a 2010 foram: a elaboração do Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS) e do Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS; a criação da Comissão Especial para elaboração das Diretrizes do PCCS-SUS; a instituição da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS) e a implantação do Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS).

Em consonância com o plano de governo apresentado, o DEGERTS priorizou inicialmente um dos principais problemas enfrentados pela gestão do trabalho em saúde: a "precarização" do trabalho. Para revertê-lo, de acordo com Teixeira *et. al.*<sup>57</sup> (p. 206), seriam realizadas "*ações de regularização dos vínculos trabalhistas no SUS, da substituição dos terceirizados, reposição dos passivos trabalhistas, criação de carreiras e combate ao trabalho precário*<sup>20</sup>".

Estudo realizado em 2001/2002 pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS revelou que entre 20 e 30% dos trabalhadores inseridos na Estratégia Saúde da Família apresentava vínculos precários de trabalho, assegurando que este fato pode estar relacionado com a alta rotatividade e a insatisfação dos profissionais de saúde<sup>64</sup>. Estes

---

<sup>20</sup> A definição do termo "trabalho precário" não é unânime. Para o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), o conceito relaciona-se à falta de garantia de direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, seja por meio de vínculo direto ou indireto. Por sua vez, para as entidades sindicais, trabalho precário inclui também a ausência de concurso público ou processo seletivo público para cargo permanente ou emprego público no SUS.<sup>65</sup>

fatores podem resultar na baixa dedicação destes profissionais, tendo como consequência o funcionamento incipiente dos serviços de saúde e o prejuízo de sua qualidade.

Como uma resposta a esta situação, ainda em 2003 o MS desenvolveu o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS). Consolidado como uma política de governo, o DesprecarizaSUS teria a função de reunir tanto gestores das três instâncias federativas quanto representantes de entidades sindicais para discutir formas de "desprecarizar" os vínculos de trabalho no SUS. Para a operacionalização desta política, foi criado em junho do mesmo ano o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS, caracterizado como um fórum de discussão do MS, instituído para formular políticas e diretrizes sobre a temática. Estão entre os objetivos do comitê: dimensionar e estimular a realização de concurso público nas três esferas de governo; induzir a adoção de nova concepção de relações estáveis de trabalho no SUS; propor mecanismos de financiamento pelo governo federal que estimulem as formas legais de relações de trabalho no SUS, com ênfase nas equipes de saúde da família e apoiar e estimular a criação de Comitês Estaduais e Municipais de Desprecarização de Trabalho no SUS.<sup>64</sup>

Contribuiu também para as mudanças das pautas trabalhistas a reativação da Mesa Nacional de Negociação Permanente no SUS (MNNP-SUS), que, apesar de instituída inicialmente em 1993 e depois em 1997, somente a partir de 2003, com o apoio do MS, passou a funcionar de forma regular. Composta por representantes dos governos federal, estadual e municipal, prestadores de serviço e trabalhadores de saúde, a MNNP-SUS tinha como objetivo estabelecer um fórum permanente de negociação entre seus membros, para tratar dos conflitos e demandas decorrentes das relações funcionais e de trabalho no âmbito do SUS, visando a sua democratização.

Já com relação à aprovação de um PCCS adequado para os trabalhadores de saúde, tema recorrente nas Conferências de Saúde, o MS criou em 2004 a Comissão Especial para elaboração das Diretrizes do PCCS-SUS<sup>21</sup>. Esta comissão, que contava com representantes de diferentes Ministérios, do CONASS, do CONASEMS e da MNNP-SUS, elaborou, após intenso processo de discussão, o documento *"Diretrizes Nacionais para a Instituição de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde"*, aprovado pela MNNP-SUS e pela CIT em 2006. Este documento apresentava propostas que

---

<sup>21</sup> Criada pela portaria nº 629/GM, de 08/04/2004.

buscavam orientar a elaboração de planos de carreira que tivessem estruturas e formas de desenvolvimento semelhantes, e garantissem a valorização dos trabalhadores oferecendo oportunidades de desenvolvimento profissional equivalente, associando a evolução funcional a um sistema permanente de qualificação, em busca de melhoria da qualidade da prestação dos serviços de saúde.<sup>65</sup>

Destaca-se também na agenda da gestão do trabalho a criação da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS)<sup>22</sup>, definida pelo MS como *"uma instância permanente de caráter consultivo e natureza colegiada que permitirá ao poder público reassumir seu papel na regulação do trabalho em saúde, conforme mandamento constitucional e em consonância com a Lei Orgânica da Saúde"* (p. 9)<sup>64</sup>. Dessa forma, o poder público chamava para si a responsabilidade de debater, com gestores do SUS e representações profissionais, questões relacionadas às regulamentações jurídico-legais, éticas e administrativas, que demarcam campos de exercício de atividade, tendo como desafio congregar os interesses dos profissionais de saúde à utilidade do trabalho para a sociedade. Para tanto, à CRTS seriam atribuídas as funções de apreciar ações e sugerir mecanismos de regulação profissional para as profissões e ocupações da saúde, bem como sugerir iniciativas legislativas para a regularização do exercício de novas profissões e ocupações.

Outra ação do DEGERTS foi a implantação, em 2006, do Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS), com o objetivo de apoiar a gestão do trabalho e da educação nas secretarias estaduais e municipais de saúde propondo diretrizes organizacionais e disponibilizando ferramentas, suporte e mecanismos para a sua organização, modernização e profissionalização<sup>64</sup>. O ProgeSUS originou-se a partir da percepção da necessidade de investimentos em processos de qualificação para a gestão em saúde, corroborada pela realização de estudos<sup>23</sup> que demonstraram sua fragilidade quanto à estrutura, aos recursos financeiros, à informação, entre outras.

---

<sup>22</sup> Criada pela portaria Nº 827/GM, de 05/05/2004, e alterada pela portaria nº 174, 27/01/2006.

<sup>23</sup> Destacam-se a pesquisa realizada pelo CONASS em 2004, que analisou as Estruturas de Recursos Humanos das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal; e a Pesquisa da Rede de Observatório de Recursos Humanos/Instituto de Medicina Social/UERJ, também de 2004, que estudou a capacidade gestora de recursos humanos nas secretarias de saúde em municípios com população acima de 100 mil habitantes.<sup>64</sup>

Vale destacar a articulação do ProgeSUS com as diretrizes para a gestão do trabalho explicitadas no Pacto de Gestão<sup>24</sup>, especialmente no que se refere à necessidade de empenho por parte das secretarias de estados, do Distrito Federal e dos municípios para criar ou fortalecer o setor, de modo a induzir as mudanças necessárias tanto no campo da gestão do trabalho quanto na gestão da educação na saúde.<sup>64,66</sup>

Teixeira *et. al.*<sup>57</sup> salientam que as ações realizadas na gestão do trabalho durante o governo do presidente Lula podem ser divididas em dois momentos: um primeiro momento, no qual as determinações vinham ao encontro das expectativas dos trabalhadores e seus representantes; e um segundo momento, com a priorização de questões diferentes da agenda política. Neste último, foi criado um novo modelo institucional para a gestão pública denominado Fundação Estatal<sup>25</sup> de direito privado na saúde. Por não estar sujeita às limitações de despesas com pessoal, previstas na Lei de Responsabilidade Fiscal, esta nova modalidade representaria uma tentativa de solucionar ao mesmo tempo o impasse sobre as múltiplas formas de vínculo e responder aos questionamentos dos órgãos de controle sobre a legalidade das relações de trabalho em serviços de saúde. Essa proposta permaneceu sem consenso entre gestores e representantes dos trabalhadores, não sendo assumida pelo CNS.

O DEGES, assim como o DEGERTS, também desenvolveu no período entre 2003 a 2010 um conjunto de medidas que considerou prioritárias para a gestão da educação na saúde, com foco nas políticas de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde. As medidas adotadas e a condução destas diferiram significativamente no decorrer do governo em questão, com nítida cisão entre o período compreendido entre os anos de 2003 e 2005 e o iniciado a partir deste ano em diante.

No primeiro momento foram enfatizadas as diretrizes da educação permanente, com o lançamento pelo MS do documento "*Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde*", a partir do qual se instituiu em 2004 a "*Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)*". Para operacionalizá-la, foram propostos os Pólos de Educação Permanente em Saúde; a organização de equipes matriciais do MS e o Programa de Facilitadores dos Pólos

---

<sup>24</sup> O Pacto de Gestão integra o Pacto pela Saúde, divulgado através da portaria nº 399/GM de 22/02/2006.

<sup>25</sup> Segundo Teixeira *et. al.* (2012, p.210), a Fundação Estatal "*seria uma entidade pública sem fins lucrativos, com personalidade jurídica de direito privado, instituída pelo poder público, com autonomia gerencial, orçamentária e financeira, com patrimônio próprio e receitas próprias*".<sup>57</sup>

de Educação Permanente. Além da PNEPS, faziam parte das estratégias para reorientar a formação profissional o AprenderSUS, o VER-SUS e o EnsinaSUS<sup>26</sup>.

Em meados de 2005, uma mudança na equipe que compunha o DEGES ocasionou importantes inflexões na condução da política de educação na saúde. Projetos implantados no período anterior foram revistos, e optou-se por retomar experiências prévias de incentivo às mudanças na formação profissional em saúde, como o PROMED, que influenciou o desenho do PRÓ-Saúde<sup>57</sup>. Objetivando reorientar a formação também foram implantados o PET-Saúde, na educação de nível superior; e os programas de Formação de Profissionais de Nível Médio (PROFAPS) e de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde (PROFORMAR), na educação de nível médio.

As políticas implantadas ou retomadas pelo DEGES entre 2003 e 2010, com foco na reorientação da formação profissional de nível superior em saúde, por se tratarem de objeto deste estudo serão abordadas com maior profundidade no capítulo seguinte.

É importante ressaltar que, ao tentar integrar, em uma única secretaria, duas vastas dimensões como o trabalho e a educação na saúde, que durante anos funcionaram de forma isolada e desarticulada uma da outra, inevitavelmente surgiram limitações, resistências e desafios. Por isso, há necessidade de utilização de dispositivos legais que possam induzir e orientar esta aproximação. Deste modo, merece destaque a criação da portaria interministerial nº 2.118 de 03/11/2005, que institui a parceria entre o MS e o MEC para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de RH na área da saúde, com os seguintes objetivos: o desenvolvimento de projetos e programas que articulem as bases epistemológicas da saúde e da educação superior; a produção, aplicação e disseminação de conhecimentos sobre a área; o incentivo à constituição de grupos de pesquisa e à criação de cursos de especialização em avaliação da educação superior na área da saúde e o estímulo à promoção de eventos para socialização de experiências e divulgação de estudos e produção técnico-científica. A viabilização desta parceria ocorreria por meio da constituição de uma Comissão Técnica Interministerial, com a função de aproximar os ministérios ao mesmo tempo em que instituiria o compartilhamento de responsabilidades entre eles. apoiar

---

<sup>26</sup> O EnsinaSUS consiste em uma linha de atuação do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS), do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), que tem como objetivo identificar, apoiar e desenvolver experiências de ensino e pesquisa capazes de transformar a formação em saúde, com base no princípio da integralidade.

Durante o recorte temporal do estudo, ocorreram ainda a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (CNGTES) e a 13ª CNS.

Com o tema “*Trabalhadores de Saúde e a Saúde de Todos os Brasileiros: práticas de trabalho, de gestão, de formação e de participação*”, foi realizada em 2006 a 3ª CNGTES, que contou com a participação de usuários, profissionais de saúde, representantes de gestores e prestadores de serviço do SUS. De acordo com o documento que subsidiou as discussões desta Conferência, seu objetivo era propor diretrizes nacionais para a implementação da política de gestão do trabalho e da educação na saúde, além de ampliar a participação e a corresponsabilização dos diversos segmentos do SUS na execução dessa política<sup>67</sup>. Abordou temas como: a "desprecarização" do trabalho, o PCCS, a negociação e regulamentação do trabalho em saúde, a graduação das profissões de saúde orientadas para o SUS, os pólos de educação permanente em saúde e a interação com o movimento estudantil da área. Esta Conferência foi a primeira a ser realizada após a instituição da SGTES, sendo marcada pela substituição do termo "recursos humanos" por "gestão do trabalho", como uma forma de valorização dos trabalhadores, entendendo-os não como mais um dos componentes necessários para o funcionamento dos serviços, (como, por exemplo, os recursos financeiros), mas como o próprio serviço de saúde.

Ocorrida no ano seguinte, a 13ª CNS representou um marco para a saúde, uma vez que se tornou a primeira conferência a ser coordenada por um presidente eleito do CNS. Fizeram parte do debate questões relacionadas à inversão do modelo de atenção, ao combate à "precarização" do trabalho e à implantação dos cargos de carreira única do SUS. Foram propostos: a formulação de uma política de redirecionamento dos cursos de graduação e pós-graduação, em parceria entre MS e MEC, que favoreça a reorientação e melhoria da qualidade da formação; a ampliação do PRÓ-Saúde para outros cursos de graduação e a implementação de ações semelhantes ao VER-SUS; a implementação de uma política pública de incentivo à mudança, em todos os níveis de formação de profissionais de saúde; a garantia da "desprecarização" do trabalho na saúde com a implantação imediata do Plano de Cargo Carreira e Remuneração (PCCR-SUS); a garantia da implantação das Mesas de Negociação Permanente do SUS, nas esferas estadual e municipal; dentre outros.

Por fim, apresenta-se abaixo o quadro 4, elaborado por Teixeira *et. al.*<sup>57</sup>, que apresenta uma síntese dos principais tópicos referentes a momentos distintos das políticas de gestão do trabalho e da educação em saúde, no período de 2003 a 2010.

**Quadro 4. Síntese das Políticas de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Brasil - 2003-2010.**

<b>Gestão do Trabalho em Saúde</b>	
<b>1º momento (01/2003-03/2007)</b>	<b>2º momento (03/2007-12/2010)</b>
<p><b>Estratégias:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Construção de agenda positiva com prioridade no processo de despreciação, instituição de MNNP, Comissões PCCS/SUS, Câmara Técnica de Regulação, Sistema de Informação, Apoio à EC 51 e Programa de Qualificação da Gestão do Trabalho (ProgeSUS).</li> </ul> <p><b>Mecanismos Institucionais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Novo espaço na estrutura do Ministério da Saúde.</li> <li>- Estímulo à criação de Comitês e Câmaras Técnicas, Mesa de Negociação, inclusão do campo no PNS e Pacto de Gestão.</li> <li>- Conferência Gestão do Trabalho e Educação em Saúde.</li> </ul> <p><b>Financiamento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Criação de programa orçamentário próprio para a área.</li> <li>- Maior orçamento para gestão da educação.</li> </ul> <p><b>Adesão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Forte apoio a nova agenda pela gestão tripartite do SUS;</li> <li>- Baixa incorporação pelos estados e municípios das diretrizes federais para a gestão do trabalho.</li> </ul>	<p><b>Estratégias:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Segmentação da agenda: proposta da fundação estatal - com previsão de mudanças nas relações de trabalho;</li> <li>- Prioridade na qualificação da gestão ProgeSUS e Programa Nacional de Desenvolvimento Gerencial no SUS (PNDG);</li> </ul> <p><b>Mecanismos Institucionais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Criação de uma Diretoria de Programas (SGTES).</li> </ul> <p><b>Financiamento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Unificação dos orçamentos - rubrica orçamentária 1.436 em 2008.</li> <li>- Inclusão no Mais Saúde com destinação de recursos.</li> </ul> <p><b>Adesão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aprovação de leis sobre novos formatos institucionais FE e ampliação de adoção de contratos com OS nos estados e nos municípios.</li> </ul>
<b>Gestão da Educação em Saúde</b>	
<b>1º momento (01/2003-07/2005)</b>	<b>2º momento (07/2005-12/2010)</b>
<p><b>Estratégias:</b></p> <p>Prioridade na Educação Permanente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Foco no processo de trabalho.</li> <li>- Formação de ativadores de mudanças.</li> <li>- Reorientação da formação profissional em saúde: AprenderSUS, VER-SUS e EnsinaSUS.</li> </ul> <p><b>Mecanismos Institucionais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Polos de Educação Permanente - condução da implantação da política; maior protagonismo das instituições de ensino na condução dos polos. Inclusão do campo no PNS.</li> </ul> <p><b>Financiamento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Concentração de recursos antes dispersos nos diferentes programas do Ministério da Saúde - programa orçamentário próprio para a área; gestão de recursos financeiros pelos polos.</li> </ul> <p><b>Adesão:</b></p>	<p><b>Estratégias:</b></p> <p>Prioridade na reorientação da formação profissional.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PRÓ-Saúde I, PRÓ-Saúde II e PET-Saúde.</li> <li>- Educação profissional - Profaps, Proformar.</li> <li>- Retorno ao binômio ensino-serviço.</li> <li>- Ampliação da parceria com o MEC. Transferência da condução da política de educação permanente.</li> <li>- Maior protagonismo das secretarias de saúde.</li> <li>- Revisão da política de Educação Permanente.</li> </ul> <p><b>Mecanismos Institucionais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inclusão do campo no Pacto de Gestão.</li> <li>- Conferência Gestão do Trabalho e Educação em Saúde.</li> <li>- Criação de Colegiados de Gestão Regional (CGR), no interior dos quais se instituem as Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES).</li> <li>- Extinção dos polos.</li> </ul> <p><b>Financiamento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ordenação dos recursos financeiros pelas secretarias de</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alta adesão às ações propostas.</li> <li>- Questionamentos em relação ao funcionamento dos polos.</li> </ul>	<p>Saúde.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Forte redução na execução orçamentária em 2008.</li> <li>- Inclusão no Mais Saúde com destinação de recursos.</li> </ul> <p><b>Adesão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificuldades na formulação e execução de planos estaduais de Educação Permanente.</li> <li>- Ampliação do número de CIES em funcionamento no país.</li> </ul>
---	--

Fonte: Teixeira *et.al.* (2012, p. 221).<sup>57</sup>

### 4.3 Caracterização das políticas nacionais de formação profissional em saúde

#### 4.3.1 Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)

Na década de 80, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) convocou grupos de trabalho de diversos países da América Latina com o fim de elaborar e colocar em prática uma proposta de reorientação do processo de desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, como uma resposta às transformações que vinham ocorrendo no mundo do trabalho. A temática ganhou relevância naquele momento devido ao contexto de crise social, econômica e política, decorrente das transformações por que passava o capitalismo, e que resultou numa intensa pressão na área de recursos humanos para que se adequasse às mudanças que o setor saúde enfrentaria. A associação destes fatores levou à criação da proposta de Educação Permanente em Saúde (EPS).<sup>51,68</sup>

No Brasil esta proposta se consolidou através da portaria nº 198/GM/MS de 13/02/2004, que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor. No mesmo ano foi publicado pelo Ministério da Saúde o documento *"Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde - Pólos de Educação Permanente em Saúde"*, visando elucidar a proposta e divulgar as orientações e diretrizes para a sua implantação, por meio da criação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde.

O documento define Educação Permanente em Saúde como:

"proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão, e as instituições formadoras"<sup>69</sup> (p. 9).

A EPS propõe um estreitamento entre a formação e o trabalho com o objetivo de diminuir as discrepâncias existentes entre estes dois mundos, partindo do entendimento de que os processos de qualificação dos trabalhadores devem estar voltados para atender às necessidades de saúde das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde. Representa, assim, uma possibilidade de superar as críticas quanto à inadequação das características do processo formativo para o trabalho em saúde através da condução de um processo de aprendizagem significativa que, com base na reflexão crítica sobre as situações reais de trabalho, busque a aproximação entre aquilo que é ensinado, o que é realizado e as demandas dos serviços, visando transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho.

O objetivo da PNEPS é:

"Definir uma proposta nacional de formação e desenvolvimento para o conjunto dos profissionais de saúde, capaz de tratar de Educação e Trabalho, promover mudanças nas Práticas de Formação e nas Práticas de Saúde, promover articulação entre Ensino, Gestão, Atenção e Controle e criar Pólos de Educação Permanente em Saúde"<sup>69</sup> (p. 40).

Esta política representa uma proposta de formação *para* o trabalho, colocando-o como categoria central para a mudança das práticas em saúde, assim como eixo do processo educativo, pois parte do princípio de que o lugar em que estas práticas ocorrem é também um espaço de aprendizagem e reinvenção dos processos de trabalho em saúde. Sendo assim, a reorientação da formação tem como escopo o preparo de profissionais para atuar em sincronia tanto com as transformações pelas quais o trabalho vem passando em nível mundial quanto com as necessidades do sistema de saúde nacional. Dessa forma, a EPS, ao constituir-se como o eixo transformador da gestão da educação e do trabalho em saúde, assume o desafio de ser transversal às políticas de saúde.

De acordo com o documento, a EPS parte do pressuposto de que a formação e o desenvolvimento devem ocorrer de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar, para que sejam capazes de propiciar:

"a democracia institucional; o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem; o desenvolvimento de capacidades docentes e de enfrentamento criativo das situações de saúde; o trabalho em equipes matriciais; a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde; a constituição de práticas tecnológicas, éticas e humanísticas"<sup>69</sup> (p. 10).

Por sua amplitude, a política demanda o desenvolvimento de ações no âmbito da formação técnica, de graduação, de pós-graduação e de serviços, envolvendo instituições e

atores diversos, a saber: universidades e instituições de ensino com cursos na área da saúde, incluindo as áreas clínicas e da saúde coletiva; escolas de saúde pública; escolas técnicas de saúde do SUS; centros formadores; núcleos de saúde coletiva; hospitais universitários e de ensino; estudantes da área de saúde; profissionais em formação; trabalhadores da saúde; dirigentes; gestores estaduais e municipais; movimentos ligados à gestão social das políticas públicas de saúde e usuários.<sup>69</sup>

O documento ressalta ainda que a implantação da PNEPS deverá ocorrer em articulação com:

"o Conselho Nacional de Saúde, com o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass), com as Secretarias Estaduais de Saúde, com os Conselhos Estaduais de Saúde, com o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), com as Secretarias Municipais de Saúde, com os Conselhos Municipais de Saúde, com o Ministério da Educação (MEC), com as entidades de profissionais e de ensino das profissões de saúde, com as entidades estudantis e com os movimentos e práticas de educação popular em saúde, entre outros"<sup>69</sup> (p.6).

Como um auxílio à implementação da política, em 2009 é divulgada pelo Ministério da Saúde uma nova publicação sobre a temática, através da Série Pacto pela Saúde. O volume 9 desta série, intitulado *"Política Nacional de Educação Permanente em Saúde"*, pretende *"ser um instrumento orientador do trabalho dos Estados, Distrito Federal e Municípios na construção e acompanhamento dos seus termos de compromisso de gestão e planos de saúde, no que se refere à educação na saúde"*<sup>70</sup>.

Organizado em três capítulos, o documento apresenta inicialmente a portaria GM/MS nº 1.996 de 20/08/2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da PNEPS; no capítulo seguinte explicita as diretrizes sobre as responsabilidades do Pacto de Gestão para a área da educação na saúde; e, no terceiro e último capítulo, traz um artigo técnico produzido pela pesquisadora María Cristina Davini, chamado *"Enfoques, problemas e perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde"*.

A portaria GM/MS nº 1.996 visa *"fornecer a adequada base normativa para a organização dos processos de gestão da educação na saúde"*<sup>70</sup> (p.6). Aborda principalmente o papel dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) e das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) na implementação da PNEPS, oferecendo orientações sobre suas atribuições e funcionamento de modo geral. Representou uma importante modificação na condução e na orientação da política ao

extinguir os Pólos de Educação Permanente em Saúde e substituí-los pelas CIES, reforçando a estratégia de descentralização e regionalização do SUS e alinhando a política às diretrizes do Pacto pela Saúde (publicado em 2006). Vale ressaltar que essa modificação ocorreu após um processo de mudanças na composição da equipe da SGTES, como descrito no capítulo anterior.

O segundo capítulo busca problematizar as responsabilidades das esferas subnacionais na gestão da educação na saúde, com base no Pacto de Gestão. Para tanto, se utiliza de tópicos compostos, cada um, por uma gama de questões sustentadas pela legislação concernente ao SUS, como as portarias interministeriais e as resoluções do colegiado tripartite, dentre outras.

O artigo que compõe o terceiro capítulo do documento objetiva apresentar as estratégias pedagógicas utilizadas nos processos de qualificação dos trabalhadores nos serviços de saúde, discutindo a diferença entre capacitação e educação permanente e apontando problemas no modelo pedagógico utilizado. Por fim, discute e problematiza a proposta de Educação Permanente.

Atualmente em vigor, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde é considerada pelo Ministério da Saúde como uma proposta de ação estratégica que tem o objetivo de contribuir para a transformação e a qualificação das práticas em saúde, colocando-se, dessa forma, como estruturante às demais políticas de formação em saúde.

#### 4.3.2 EducarSUS<sup>27</sup>

Após a criação do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) em 2003, os programas e projetos relacionados à formação em saúde que estavam dispersos em outras secretarias ministeriais foram agrupados, somando-se àqueles criados ao longo do primeiro ano de existência do departamento. Dessa forma, houve a preocupação de reunir em um consolidado todas as ações prioritárias que tinham sido implementadas neste período, dando origem ao documento *"EducarSUS: notas sobre o desempenho do Departamento de Gestão da Educação na Saúde - Período de janeiro de 2003 a janeiro de 2004"*.<sup>71</sup>

---

<sup>27</sup> Friso que, para fins deste estudo, o documento não foi considerado como uma política de formação profissional de nível superior em saúde, mas foi incluído na análise documental por se constituir numa ferramenta importante para compreender a evolução destas políticas.

Assim, o referido documento buscava a compreensão da situação naquele momento das políticas de educação para o SUS, com vistas a orientar uma coordenação nacional de formação e desenvolvimento para os trabalhadores da saúde e da gestão social das políticas públicas.

Criado inicialmente como um documento interno, de circulação restrita, posteriormente passou a ser disponibilizado ao público, pela compreensão da sua importância como instrumento para o aprimoramento das políticas nacionais de educação e trabalho no SUS.

O conjunto de ações tratadas abrangia a formação técnica, a graduação, a pós-graduação e os serviços em saúde, além de, conseqüentemente, instituições de ensino superior, instituições formadoras (nível técnico e profissionalizante) e associações de ensino. Estas, por sua vez, contavam com a participação de diversos atores, como estudantes, docentes, preceptores, tutores, orientadores de serviços, profissionais em formação, trabalhadores, profissionais, gestores, movimento estudantil, conselheiros de saúde, movimentos sociais e população.<sup>71</sup>

Ao traçar um panorama das ações governamentais desenvolvidas no período, o documento fez uma distinção importante entre as consideradas prioritárias que tiveram continuidade linear e as ações resultantes de iniciativa original do governo então vigente.

Sobre o primeiro grupo o documento afirmava que *"todos os projetos deixados prontos pelo governo anterior tiveram sua continuidade assegurada"*<sup>71</sup>. São eles:

"os cursos de especialização e as residências em saúde da família, os cursos de especialização para equipes gestoras, os cursos de educação profissional para auxiliares e técnicos de enfermagem e o mestrado profissional em gestão do SUS conduzido pelo Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA) no Estado de Goiás, [...] a especialização pedagógica dos docentes de educação técnica em enfermagem e os projetos financiados junto aos Polos de Capacitação em Saúde da Família"<sup>71</sup> (p. 7).

Outras ações e projetos foram mantidos, tendo sido detectada, no entanto, a necessidade de sua repactuação e/ou resignificação. Isto ocorreu nos seguintes casos:

"cursos de formação de conselheiros de saúde no Programa de Apoio ao Fortalecimento do Controle Social no SUS (PAFCS), projetos selecionados pelo Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Graduação em Medicina (Promed), Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde (Proformar) e do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits)"<sup>71</sup> (p.7).

Com relação às ações de inovação imputadas ao governo vigente, destacou-se "a interrupção e/ou a total reconfiguração de atividades e processos".<sup>71</sup> Dentre estes, o documento citava: a interrupção e substituição dos Pólos de Capacitação em Saúde da Família pelos Pólos de Educação Permanente em Saúde; a reorientação do mestrado profissional em gestão de sistemas de saúde; alterações na forma de financiamento do componente 2 do Programa de Expansão da Saúde da Família (PROESF); a reconfiguração do Programa de Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde (GERUS) e dos cursos de especialização em saúde da família para os municípios de áreas remotas, de difícil provimento e/ou de difícil fixação de profissionais.<sup>71</sup>

Com base na análise das experiências anteriores no campo do desenvolvimento dos profissionais de saúde, o *EducarSUS* buscava em sua formulação articular os elementos fundamentais para propiciar as transformações nas práticas de saúde e educação. Estes elementos foram:

"a articulação entre a educação e o trabalho; composição de processos e práticas integradoras no ensino, locais de serviço e na organização do SUS; a articulação entre o ensino, a gestão, a atenção à saúde e o controle social sobre o SUS como o pensar da formação; a rede de gestão e de serviços do SUS como escola; a mudança nas práticas de formação e de saúde como construção da integralidade da atenção à saúde da população; a educação permanente de trabalhadores para o SUS; e as políticas de formação e desenvolvimento com bases locais (rodas para a gestão da educação permanente no SUS)"<sup>71</sup> (p.20).

Partindo dos resultados e das avaliações de iniciativas anteriores, estes elementos foram pensados com o objetivo de reduzir o distanciamento entre ensino, prática e as necessidades de saúde das pessoas, utilizando-se principalmente da aproximação entre os campos da saúde e da educação. Todavia, embora mencionasse o imperativo da mudança nas práticas de formação, o documento não tinha por objetivo apresentar um método pedagógico apropriado para nortear essa mudança.

Por fim, o documento descrevia a situação em que se encontravam naquele momento os projetos centrais de responsabilidade da gestão federal do SUS no campo da educação na saúde, a saber: Educação Permanente em Saúde; AprenderSUS; Projeto de Desenvolvimento da Gestão Social das Políticas Públicas de Saúde; Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do SUS; Projeto de Residência Integrada em Saúde; Projeto de Formação Técnica em Itinerário para o SUS; Programa de Serviço Civil Profissional em Saúde e Política de Educação na Saúde para os Hospitais de Ensino.

Ressalte-se que, ao abordar estes programas e projetos, o documento não tinha por objetivo analisá-los, mas apenas esboçar um desenho de cada um deles dentro do período assinalado, identificar seus "nós" críticos ou fragilidades e apontar para estratégias que buscassem superá-los.

#### 4.3.3 AprenderSUS

Em 2004, foi lançado pelo Ministério da Saúde, em articulação com o Ministério da Educação, o documento *"AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde"*, que consistia em uma política de formação voltada para o ensino superior com o objetivo de ampliar a qualidade da atenção à saúde da população através da orientação das graduações em saúde para o princípio da integralidade.<sup>72</sup>

Elaborado em parceria com a Associação Brasileira de Reitores das Universidades Estaduais e Municipais (ABRUEM), a Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior (ANDIFES) e o Laboratório de Pesquisas sobre Práticas da Integralidade em Saúde (LAPPIS), o documento pretendia aproximar o sistema de saúde e as instituições de ensino superior e/ou associações de ensino, dando continuidade às ações que já vinham ocorrendo com a criação da SGTES no ano anterior, adotando a integralidade como eixo da mudança na formação de graduação. Para tanto, contaria com a participação dos seguintes atores: estudantes, pesquisadores, docentes, dirigentes universitários, preceptores, tutores, orientadores de serviço, gestores, trabalhadores, profissionais e movimentos sociais.

A política considera que a integralidade é o princípio adequado para se fundamentar a transformação nos campos da atenção e da gestão de serviços e sistemas, pois asseguraria a ampliação e o desenvolvimento da dimensão cuidadora pelos profissionais, tornando-os capazes de lidar com questões para além da terapêutica e da epidemiologia – como, por exemplo, os aspectos subjetivos que envolvem o cuidado – , e portanto, os tornaria mais responsáveis pelos resultados das suas práticas. Além disso, implicaria em acolhimento, maior autonomia para os usuários, no reconhecimento da necessidade do trabalho em equipe, na mudança nas relações de poder que se dão entre profissionais e entre profissionais de saúde e usuários, e na ampliação dos referenciais com que os profissionais trabalham, possibilitando-os compreender e agir melhor sobre os determinantes do processo saúde-doença.

Dessa forma, o AprenderSUS aposta na integralidade como indutora de práticas inovadoras que devem ser incentivadas nos processos formativos desde a graduação. Sobre esta questão, o documento assinala que:

"A integralidade requer a implementação clara e precisa de uma formação para as competências gerais necessárias a todos os profissionais de saúde, tendo em vista uma prática de qualidade, qualquer que seja o local e área de atuação, uma formação que desenvolva a capacidade de análise crítica de contextos, que problematize os saberes e as práticas vigentes e que ative processos de educação permanente no desenvolvimento das competências específicas de cada trabalho" <sup>72</sup> (p.8-9).

Assim, o documento evocava práticas pedagógicas e conceitos da área da educação considerados fundamentais para guiar a formação em saúde, tais como: as competências gerais e específicas, o desenvolvimento de capacidade de análise crítica de contextos, a problematização de saberes e práticas e a educação permanente. Enfatizava ainda que o foco da mudança nos processos formativos deveria ser a orientação metodológica dos cursos de saúde, e não as modificações realizadas nos currículos, e que este deslocamento deveria ocorrer em conformidade com as Diretrizes Curriculares Nacionais.

Para atingir seu objetivo a política propunha as seguintes estratégias:

- ✓ a convocação das instituições de ensino superior para a apresentação de iniciativas inovadoras de integralidade no ensino em saúde, com o objetivo de *"desencadear um processo de geração de informação acadêmica, disseminação e mobilização de saberes e práticas que tomem a integralidade como eixo da mudança na formação de profissionais de saúde, no âmbito do ensino de graduação."* <sup>72</sup> (p.11);
- ✓ a implementação de ações capazes de contribuir com a ampliação do pensamento crítico dinamizador da mudança na graduação em saúde, a saber: 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 e apoio à produção de conhecimento sobre estes processos;
- ✓ a articulação entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação;
- ✓ o desenvolvimento de linha adicional de financiamento aos Pólos de Educação Permanente em Saúde;

- ✓ a sistematização de experiências, mostrando a possibilidade de produção de benefícios de curto prazo para a formação, para o exercício profissional e para os serviços de saúde.

#### 4.3.4 Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS/Brasil)

Em 2002, foi criada pelo Ministério da Saúde a Assessoria de Relações com o Movimento Estudantil e Associações Científico-Profissionais de Saúde, na tentativa de aproximar os estudantes da área da saúde de projetos destinados à criação de uma política de educação voltada para futuros profissionais do SUS. Esta iniciativa apostava na "força" da centralidade dos estudantes como impulsionadores da reorientação dos processos formativos, com a produção de impacto nas práticas desenvolvidas nos serviços de saúde. Dentre as diversas propostas de vivências que surgiram, uma ganhou maior destaque: a Vivência-Estágio na Realidade do SUS (VER-SUS), cujo projeto-piloto ocorreu no Estado do Rio Grande do Sul, tendo sido ampliado posteriormente para outros estados do país.

A expansão deste projeto deu origem ao VER-SUS/Brasil, implementado nos meses de janeiro e fevereiro de 2004 em dez municípios distribuídos em todas as regiões do país, visando proporcionar aos estudantes universitários um período de 15 a 20 dias de vivências em unidades de saúde municipais, com suporte pedagógico e despesas de alimentação, hospedagem e transporte custeadas pelo MS.<sup>73</sup>

Configurando-se numa das estratégias que integram a Política de Educação para o SUS, o projeto surgiu com a finalidade de propiciar aos estudantes a experiência de conhecer a realidade no SUS, considerando-o como um novo espaço de aprendizagem, entendendo o trabalho em saúde como um dispositivo educativo capaz de produzir mudanças na formação em saúde. Este projeto inovou ao ser fruto de parceria entre a SGTES, o MS, o Movimento Estudantil da área da saúde e as Secretarias Municipais de Saúde.

Ainda no ano de 2004 foi publicado o documento "*VER-SUS/Brasil*", que consistia em um compilado de textos cedidos por autores e editoras da área da saúde, com a finalidade de contribuir com ideias que pudessem inquietar, sustentar e elucidar reflexões e experiências compreendidas no período da graduação<sup>73</sup>. São eles:

- ✓ Articulação com o Segmento Estudantil da Área da Saúde: uma Estratégia de Inovação na Formação de Recursos Humanos para o SUS;
- ✓ Fazendo Oficina;
- ✓ Comunicação e Educação: uma Prática de Saúde;
- ✓ Introdução ao Debate sobre os Componentes da Caixa de Ferramentas dos Gestores em Saúde;
- ✓ Sistema Único de Saúde como Rede em Prática Pedagógica;
- ✓ Modelos Tecno-Assistenciais em Saúde: da Pirâmide ao Círculo, uma Possibilidade a ser Explorada;
- ✓ O Ato de Cuidar: a Alma dos Serviços de Saúde;
- ✓ Modelos de Atenção à Saúde: a Organização de Equipes de Referência na Rede Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais;
- ✓ 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;
- ✓ Novos Desafios Educacionais para a Formação de Recursos Humanos em Saúde;
- ✓ Bases Freireanas: Falar de Freire, Falar como Freire ou Deixar de Falar?
- ✓ A Construção de Novos Modelos Acadêmicos de Atenção à Saúde e de Participação Social;
- ✓ Construindo a Possibilidade da Participação dos Usuários: Conselhos e Conferências no Sistema Único de Saúde;
- ✓ Humanização na Saúde e Cidadania: o Caminho para o SUS;
- ✓ Debatendo a Presença das Classes Populares nos Projetos UNI;
- ✓ Os Desafios para o SUS e a Educação Popular: uma Análise Baseada na Dialética da Satisfação das Necessidades de Saúde.

O documento afirma que o projeto VER-SUS/Brasil apresentava como meta:

"Contribuir para a formação de profissionais críticos e sensíveis às necessidades de saúde da população brasileira e do fortalecimento do SUS. Além disso, com o VER-SUS/Brasil, espera-se a criação de novas relações de compromisso e de cooperação entre estudantes, gestores de saúde, instituições de ensino superior e movimentos sociais, para efetivar

a integralidade em saúde e a educação significativa de profissionais" <sup>73</sup> (p. 7).

Portanto, o projeto pretendia estimular a integração entre a formação e a gestão setorial, a atenção em saúde, o controle social e os processos de educação na saúde, no intuito de contribuir para a formação de profissionais comprometidos com a sua prática e com a saúde pública, que compreendessem a sua importância como atores sociais centrais para a construção do sistema de saúde.

De acordo com o documento, são objetivos do VER-SUS:

"Valorizar e potencializar o compromisso ético-político dos participantes no processo de implantação do SUS; provocar reflexões acerca do papel do estudante como agente transformador da realidade social; contribuir para a construção do conceito ampliado de saúde; sensibilizar gestores, trabalhadores e formadores da área da saúde, estimulando discussões e práticas relativas à educação permanente e às interações entre educação, trabalho e práticas sociais; contribuir para o amadurecimento da prática multiprofissional e interdisciplinar, para a articulação interinstitucional e intersetorial e para a integração ensino-serviço-gestão-controle social no campo da saúde; contribuir para o debate sobre o projeto político-pedagógico da graduação em saúde e sobre a implementação das diretrizes curriculares nacionais e das diretrizes constitucionais do SUS, fortalecendo os compromissos do SUS com o ensino da saúde; estimular a inserção dos estudantes no Movimento Estudantil e em outros Movimentos Sociais." <sup>74</sup>

Poderiam participar do VER-SUS os estudantes universitários brasileiros regularmente matriculados nos cursos integrantes da área da saúde, de acordo com a resolução 287/98 do Conselho Nacional de Saúde.<sup>28</sup> Além destes, a coordenação nacional do projeto optou por incluir os cursos de Administração Hospitalar e de Administração de Sistemas e Serviços de Saúde, prevendo, ainda, a possibilidade de participação no projeto de estudantes universitários de outros cursos. Participariam também docentes e dirigentes universitários, gestores, o movimento estudantil e os movimentos sociais.

Nova edição do VER-SUS foi lançada pelo MS em 2011, buscando, a partir das atuais políticas prioritárias e dos novos processos organizativos do SUS, propiciar vivências aos estudantes universitários da saúde e de outras áreas no campo da atenção básica, tendo como escopo o entendimento do funcionamento das Redes de Atenção à Saúde e dos sistemas municipais e regionais de saúde.

---

<sup>28</sup> A resolução 287/98 do Conselho Nacional de Saúde considera que os seguintes cursos de graduação integram a área da saúde: Biologia, Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

#### 4.3.5 Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-Saúde)

Instituído pela Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101 de 03/11/2005, o PRÓ-Saúde visa a aproximação entre a formação de graduação e as necessidades da atenção básica, que, no Brasil, se traduzem pela estratégia de saúde da família. Apesar de almejar a indução da reorientação na formação do ensino em saúde como um todo, inicialmente o programa contemplou apenas os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia, levando em conta que estes eram os cursos que formavam profissionais para o trabalho na Estratégia Saúde da Família.

Considerando a ampliação da atenção básica e a inserção de outros profissionais neste nível de atenção por meio da criação dos Núcleos de Apoio à Estratégia de Saúde da Família (NASF), o PRÓ-Saúde foi posteriormente estendido a todos os cursos de graduação da área da saúde através da publicação da Portaria Interministerial MS/MEC nº 3.019 de 27/11/2007. Assim, os projetos foram separados em dois grupos: *PRÓ-Saúde I*, que abrange os cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia; e *PRÓ-Saúde II*, compreendendo os demais cursos de saúde. Com o programa atualmente em vigor, os projetos ainda se mantêm organizados desta forma.

Em 2005, o MS divulgou o documento "*Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRÓ-Saúde*", elaborado com o apoio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e em parceria com a Secretaria de Educação Superior (SESu) e com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), do Ministério da Educação. Este teve como inspiração a avaliação dos resultados do Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina (PROMED), primeira iniciativa governamental que buscava apoiar a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de medicina, com o objetivo de adequar a formação médica à realidade do SUS. O PRÓ-Saúde buscava intervir no processo formativo de modo a deslocar o eixo da formação em direção a uma prática em sintonia com as necessidades sociais, pautada pela proposta de hierarquização das ações de saúde, e que levasse em consideração as dimensões sociais, econômicas e culturais da população.<sup>75</sup>

Dessa forma, a política teria como objetivo geral "*incentivar transformações do processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à população,*

*para abordagem integral do processo saúde-doença*"<sup>75</sup> (p.17), e como objetivos específicos:

"reorientar o processo de formação em medicina, enfermagem e odontologia, de modo a oferecer à sociedade profissionais habilitados para responder às necessidades da população brasileira e à operacionalização do SUS; estabelecer mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas de medicina, enfermagem e odontologia, visando tanto à melhoria da qualidade e à resolubilidade da atenção prestada ao cidadão quanto à integração da rede pública de serviços de saúde e à formação dos profissionais de saúde na graduação e na educação permanente; incorporar, no processo de formação da medicina, enfermagem e odontologia, a abordagem integral do processo saúde-doença e da promoção de saúde; ampliar a duração da prática educacional na rede pública de serviços básicos de saúde" <sup>75</sup>(p.17).

Para atingir estes objetivos, o documento convocava as instituições de ensino superior e os serviços públicos da área da saúde à construção de propostas que apresentassem as seguintes características: detalhamento do modelo macrocurricular que pretendia adotar; apresentação da proposição de reajuste dos conteúdos para orientar a formação à atenção básica; contemplação do cumprimento dos eixos apresentados pelo programa; explicitação clara e objetiva do detalhamento do grau de envolvimento do corpo docente e do pessoal do serviço na construção da proposta, bem como o grau da institucionalização do projeto, tanto no âmbito da universidade quanto do serviço público de saúde; e indicação do grau de engajamento/parceria com a rede de saúde, incluindo a forma de participação dos serviços em cada etapa da formação. <sup>75</sup>

Sendo assim, o PRÓ-Saúde:

"Tem a perspectiva de que os processos de reorientação da formação ocorram simultaneamente em distintos eixos, em direção à situação desejada apontada pelas IES [Instituições de Ensino em Saúde], que antevê uma escola integrada ao serviço público de saúde e que dê respostas às necessidades concretas da população brasileira na formação de recursos humanos, na produção do conhecimento e na prestação de serviços, em todos estes casos direcionados a construir o fortalecimento do SUS" <sup>75</sup> (p. 5).

Nesse sentido, o programa propunha três eixos para se pensar a reorientação da formação em saúde: orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica. Para avaliação dos cursos, cada um destes eixos seria subdividido em três vetores, com a finalidade de tipificar as escolas em estágios, variando entre tradicionais ou conservadoras (estágio 1) até as que alcançaram a situação desejada (estágio 3). Portanto, a avaliação da reorientação da formação profissional, realizada com base no desenvolvimento destes

eixos, não visaria à padronização do ensino em saúde, mas a indução do seu processo de mudança.

Em 2007, o MS, em parceria com o MEC, publicou novo material sobre a política, intitulado "*Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRÓ-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial*", cujo objetivo era explicitar os aspectos referentes ao desenvolvimento e à avaliação dos projetos financiados, a fim de contribuir para o processo de implementação do PRÓ-Saúde em âmbito nacional.<sup>76</sup>

Este documento dividia-se em três capítulos que abordavam, respectivamente: a apresentação da proposta do PRÓ-Saúde, contemplando todos os cursos da área da saúde, diferentemente da primeira publicação sobre o tema; a explicitação de como ocorreu o processo de seleção dos projetos e a implantação do programa; e, por último, o desenvolvimento potencial do programa, explorando tópicos específicos que possam guiar as mudanças nos processos formativos no período da graduação, envolvendo a ênfase nos determinantes de saúde, a integração básico-clínica no âmbito ambulatorial, a orientação clínica baseada em evidências, a investigação como instrumento pedagógico, a inversão do modelo assistencial do SUS e o acompanhamento interno e auto-avaliação das escolas de saúde.

#### 4.3.6 Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde)

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), instituído pela Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.507, de 22/06/2007, consiste numa estratégia do PRÓ-Saúde que inicialmente se destinava a fomentar grupos de aprendizagem tutorial nas práticas do SUS. Posteriormente, com a publicação da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.802, de 26/08/2008, estes grupos passaram a ser restritos à Estratégia de Saúde da Família; ainda, mais recentemente, a Portaria Interministerial MS/MEC nº 421, de 03/03/2010, que revoga as outras duas, estabelece a atuação destes grupos tutoriais em áreas estratégicas para o SUS.

Além da modificação quanto à abrangência do PET-Saúde, outras alterações importantes no programa podem ser identificadas nas portarias posteriores à de 2007, como as referentes à caracterização do programa, aos editais temáticos, aos objetivos, ao

pagamento de incentivos e bolsas, à participação das instituições públicas e privadas e às condições para a continuidade do financiamento das bolsas. Este subcapítulo se restringirá às características definidas na mais recente delas.

Encontra-se a seguir um quadro comparativo mostrando as diferenças entre as portarias relativas ao PET-Saúde quanto às características descritas.

**Quadro 5. Mudanças nas portarias que instituíram o PET-Saúde.**

<b>Tipo de mudança</b>	<b>Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.507, de 22/06/ 2007</b>	<b>Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.802, de 26/08/ 2008</b>	<b>Portaria Interministerial MS/MEC nº 421, de 03/03/2010</b>
<b>Quanto à abrangência</b>	O PET-Saúde destina-se a fomentar grupos de aprendizagem tutorial nas práticas do SUS.	O PET-Saúde destina-se a fomentar grupos de aprendizagem tutorial na Estratégia Saúde da Família.	o PET-Saúde destina-se a fomentar grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o SUS.
<b>Quanto à caracterização do programa</b>	O PET-Saúde caracteriza-se como instrumento para viabilizar programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências, dirigidos, respectivamente, aos profissionais e aos estudantes da área da saúde, de acordo com as necessidades do SUS.	O PET-Saúde constitui-se em um instrumento para viabilizar programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências, dirigidos aos estudantes da área, de acordo com as necessidades do SUS.	O PET-Saúde tem como pressuposto a educação pelo trabalho, caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho, dirigidos aos estudantes dos cursos de graduação e de pós-graduação na área da saúde, de acordo com as necessidades do SUS, tendo em perspectiva a inserção das necessidades dos serviços como fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas instituições de ensino.
<b>Quanto aos editais temáticos</b>	Não faz menção	Não faz menção	Conforme as necessidades e especificidades de ações das Secretarias e/ou órgãos do Ministério da Saúde (MS), poderão ser lançados Editais Temáticos no âmbito do PET Saúde.
<b>Quanto aos objetivos</b>	I - possibilitar que o Ministério da Saúde cumpra seu papel constitucional de ordenador da formação de profissionais de saúde por meio da indução e do apoio ao desenvolvimento dos processos formativos necessários em todo o País, de acordo com características sociais e regionais; II - contribuir para a formação de profissionais de saúde com perfil adequado às necessidades e às políticas de saúde do País; III - sensibilizar e preparar	I - possibilitar que o Ministério da Saúde cumpra seu papel constitucional de ordenador da formação de profissionais de saúde por meio da indução e do apoio ao desenvolvimento dos processos formativos necessários em todo o País, de acordo com características sociais e regionais; II - estimular a formação de profissionais e docentes de elevada qualificação técnica, científica, tecnológica e acadêmica, bem como a atuação profissional pautada	I - possibilitar que o Ministério da Saúde cumpra seu papel constitucional de ordenador da formação de profissionais de saúde por meio da indução e do apoio ao desenvolvimento dos processos formativos necessários em todo o País, de acordo com características sociais e regionais; II - estimular a formação de profissionais e docentes de elevada qualificação técnica, científica, tecnológica e acadêmica, bem como a atuação profissional pautada

	<p>profissionais de saúde para o adequado enfrentamento das diferentes realidades de vida e de saúde da população brasileira em todo o território nacional;</p> <p>IV - induzir o provimento e favorecer a fixação de profissionais de saúde capazes de promover a qualificação da atenção à saúde em todo o território nacional; e</p> <p>V -fomentar a articulação entre ensino e serviço na área da saúde.</p>	<p>pelo espírito crítico, pela cidadania e pela função social da educação superior, orientados pelo princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, preconizado pelo Ministério da Educação;</p> <p>III - desenvolver atividades acadêmicas em padrões de qualidade de excelência, mediante grupos de aprendizagem tutorial de natureza coletiva e interdisciplinar;</p> <p>IV - contribuir para a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área da saúde;</p> <p>V - contribuir para a formação de profissionais de saúde com perfil adequado às necessidades e às políticas de saúde do País;</p> <p>VI - sensibilizar e preparar profissionais de saúde para o adequado enfrentamento das diferentes realidades de vida e de saúde da população brasileira;</p> <p>VII - induzir o provimento e favorecer a fixação de profissionais de saúde capazes de promover a qualificação da atenção à saúde em todo o território nacional; e</p> <p>VIII - fomentar a articulação entre ensino e serviço na área da saúde.</p>	<p>pelo espírito crítico, pela cidadania e pela função social da educação superior, orientados pelo princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, preconizado pelo Ministério da Educação;</p> <p>III - desenvolver atividades acadêmicas em padrões de qualidade de excelência, mediante grupos de aprendizagem tutorial de natureza coletiva e interdisciplinar;</p> <p>IV - contribuir para a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área da saúde;</p> <p>V - contribuir para a formação de profissionais de saúde com perfil adequado às necessidades e às políticas de saúde do País;</p> <p>VI - sensibilizar e preparar profissionais de saúde para o adequado enfrentamento das diferentes realidades de vida e de saúde da população brasileira;</p> <p>VII - induzir o provimento e favorecer a fixação de profissionais de saúde capazes de promover a qualificação da atenção à saúde em todo o território nacional; e</p> <p>VIII - fomentar a articulação ensino-serviço-comunidade na área da saúde.</p>
<p><b>Quanto ao pagamento de incentivos e bolsas</b></p>	<p>I - incentivo para cada profissional que realiza educação em serviço e pertence às equipes básicas da Estratégia Saúde da Família e dedica-se à preceptoria de residência de medicina de família e comunidade credenciada junto à CNRM;</p> <p>II - incentivo para cada profissional que realiza educação em serviço e pertence às equipes básicas da Estratégia Saúde da Família e dedica-se à preceptoria de alunos de graduação de odontologia, enfermagem ou medicina de Instituições de Ensino Superior - IES públicas ou de IES privadas que sejam bolsistas do Programa Universidade para Todos -</p>	<p>I - iniciação ao trabalho, destinada a estudantes de graduação monitores regularmente matriculados em Instituições de Educação Superior - IES integrantes do PET-Saúde com o objetivo de produzir conhecimento relevante na área da atenção básica em saúde;</p> <p>II - tutoria acadêmica, destinada a professores das IES integrantes do PET-Saúde que produza ou oriente a produção de conhecimento relevante na área da atenção básica em saúde;</p> <p>III - preceptoria, destinada a profissionais pertencentes às equipes da Estratégia Saúde da Família que realizem orientação a alunos de graduação da área da saúde das IES integrantes do PET-</p>	<p>I - iniciação ao trabalho, destinada a estudantes regularmente matriculados em Instituições de Educação Superior (IES) integrantes do PET Saúde, com o objetivo de desenvolver vivências e produzir conhecimento relevante em áreas prioritárias na produção da saúde;</p> <p>II - tutoria acadêmica, destinada a professores das IES integrantes do PET Saúde que orientem as vivências em serviço e produzam ou orientem a produção de conhecimento relevante na área da saúde;</p> <p>III - preceptoria, destinada a profissionais pertencentes aos serviços de saúde que realizem orientação em serviço a estudantes</p>

	<p>PROUNI ou que sejam de cursos participantes do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pro-Saúde;</p> <p>III - bolsa de iniciação científica a estudantes de graduação regularmente matriculados em IES, com o objetivo de produzir conhecimento relevante na área da atenção básica em saúde; e</p> <p>IV - bolsa de tutoria acadêmica a professores vinculados à IES públicas, que produza ou oriente a produção de conhecimento relevante na área da atenção básica em saúde.</p>	<p>Saúde;</p> <p>IV - preceptoria, destinada a profissionais pertencentes às equipes da Estratégia Saúde da Família que realizem orientação em serviço de residentes de Medicina de Família e Comunidade de programas credenciados junto à Comissão Nacional de Residência Médica.</p>	<p>participantes do Programa.</p>
<p><b>Quanto à participação das instituições públicas e privadas</b></p>	<p>Não faz menção</p>	<p>Instituições de Educação Superior - IES públicas;</p> <p>IES privadas integrantes do PRÓ-Saúde;</p> <p>IES privadas que desenvolvam atividade curricular em serviço na Estratégia Saúde da Família, atestada pelo respectivo gestor municipal ou estadual ao qual se vincular o serviço.</p>	<p>Instituições de Educação Superior - IES públicas;</p> <p>IES privadas sem fins lucrativos, que desenvolvam atividade curricular em serviços de saúde, atestada pelo respectivo gestor municipal, estadual ou federal ao qual se vincular o serviço.</p>
<p><b>Quanto às condições para a continuidade do financiamento das bolsas</b></p>	<p>Núcleos de Excelência Clínica Aplicada na Atenção Básica</p>	<p>Núcleos de Excelência Clínica Aplicada na Atenção Básica.</p>	<p>Não há</p>

Fonte: elaboração própria a partir das portarias que instituem e regulamentam o PET-Saúde.

O PET-Saúde é operacionalizado através da disponibilização de bolsas para iniciação ao trabalho (para estudantes regularmente matriculados em instituições de ensino superior integrantes do programa), para tutoria acadêmica (professores de instituições de ensino superior integrantes do PET-Saúde que orientem as vivências em serviço e produzam ou orientem a produção de conhecimento relevante na área da saúde) e para preceptoria (profissionais pertencentes aos serviços de saúde e que realizem orientação em serviços aos estudantes do PET-Saúde).<sup>77</sup>

De acordo com a portaria mais recente:

"O PET-Saúde tem como pressuposto a educação pelo trabalho, caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho, dirigidos aos estudantes dos cursos de graduação e de pós-graduação na área da saúde, de acordo com as necessidades do SUS, tendo em perspectiva a inserção

das necessidades dos serviços como fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas instituições de ensino." 78

Dessa forma, o programa envolve atores e instituições diversas, desde estudantes de graduação e pós-graduação, profissionais de saúde, professores e pesquisadores, até instituições de ensino superior, tanto públicas quanto privadas, desde que integrantes do PRÓ-Saúde e instituições de ensino superior privadas que desenvolvam atividade curricular em serviços de saúde, atestada pelo respectivo gestor municipal, estadual ou federal ao qual o serviço está vinculado.

São objetivos do PET-Saúde:

"possibilitar que o Ministério da Saúde cumpra seu papel constitucional de ordenador da formação de profissionais de saúde por meio da indução e do apoio ao desenvolvimento dos processos formativos necessários em todo o País, de acordo com características sociais e regionais; estimular a formação de profissionais e docentes de elevada qualificação técnica, científica, tecnológica e acadêmica, bem como a atuação profissional pautada pelo espírito crítico, pela cidadania e pela função social da educação superior, orientados pelo princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, preconizado pelo Ministério da Educação; desenvolver atividades acadêmicas em padrões de qualidade de excelência, mediante grupos de aprendizagem tutorial de natureza coletiva e interdisciplinar; contribuir para a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área da saúde; contribuir para a formação de profissionais de saúde com perfil adequado às necessidades e às políticas de saúde do País; sensibilizar e preparar profissionais de saúde para o adequado enfrentamento das diferentes realidades de vida e de saúde da população brasileira; induzir o provimento e favorecer a fixação de profissionais de saúde capazes de promover a qualificação da atenção à saúde em todo o território nacional; e fomentar a articulação ensino-serviço-comunidade na área da saúde". 78

O PET-Saúde foi inspirado no Programa de Educação Tutorial - PET, do Ministério da Educação, que buscava apoiar grupos de estudantes de graduação na realização de atividades extracurriculares que complementassem sua formação acadêmica, sob a orientação de um professor tutor, contando com o auxílio de bolsas de estudo concedidas pelo MEC. O programa pretendia, assim, atender de forma mais adequada às necessidades do curso de graduação e/ou ampliar e aprofundar os objetivos e conteúdos programáticos que integrassem sua grade curricular, com vistas à melhoria da qualidade dos cursos de graduação apoiados pelo PET. 78

No PET-Saúde, além do professor tutor, há também a figura do preceptor, que deve ser necessariamente um profissional do serviço de saúde. Este recebe capacitação pedagógica do professor tutor para, junto a este, realizar o acompanhamento dos alunos,

orientando-os e estimulando-os nos seus processos de aprendizagem com base em uma prática comprometida ética e socialmente.

Dessa forma, ao estender-se tanto aos professores e alunos de graduação e pós-graduação quanto aos profissionais de saúde inseridos no SUS, o programa, atualmente ainda em vigor, pode contribuir para promover a integração entre o ensino e os serviços, a valorização pela academia das demandas de saúde de maior prevalência e relevância nos sistemas de saúde locais, e a troca de saberes e o aprendizado conjunto entre estes atores.

#### **4.4 As políticas nacionais de ensino superior em saúde e princípios e diretrizes do SUS**

A seguir apresentam-se os resultados da análise dos documentos oficiais correspondentes às políticas quanto à relação que estabelecem com a *participação social*, a *integralidade do cuidado* e a *intersetorialidade*.

##### Categoria 1: Participação social

O conceito de participação assume diferentes significados de acordo com os contextos políticos, sociais e culturais em determinada época ou lugar. Desta forma, este termo sofreu modificações no campo da saúde desde a década de 70 até os anos 90.

Segundo Minayo<sup>41</sup>, "*todo conceito é historicamente construído e para se entender seu alcance ou para reformulá-los, nas ciências sociais, se preconiza que sejam analisados em sua origem e percurso, de forma crítica*" (p.177). Assim, em uma pesquisa não seria suficiente compreender os conceitos, mas seria preciso também "*entender o sentido histórico e sociológico de sua definição e das combinações que produzem*" <sup>41</sup> (p.177). Por isso, adiante serão apresentados brevemente os conceitos anteriores à participação social.

O termo *participação comunitária* foi inicialmente empregado em programas de extensão de cobertura de saúde preconizados pelas agências internacionais para a América Latina nos anos 70, que buscavam incentivar o trabalho não qualificado da população nas ações sanitárias e valorizar a organização autônoma da comunidade para o alcance de melhorias sociais. Entretanto, em países que viviam contextos ditatoriais, como o Brasil, não foram implementados adequadamente. Derivado do primeiro, o termo *participação popular* substituiu a categoria 'comunidade' por 'povo', referindo-se à população excluída

ou subalternizada no acesso a bens e serviços. Em oposição ao sistema político então vigente, o objetivo da participação passou a ser a democratização da saúde.<sup>79</sup>

O conceito de *participação social* ganhou expressão apenas na década de 90, quando se estendeu a participação em saúde a todos os setores da sociedade. O reconhecimento da pluralidade de vozes e de interesses, significou uma nova compreensão de cidadania, expressa através da lei 8.142/90, que definiu como obrigatória a criação de duas instâncias colegiadas de participação em saúde: as conferências e os conselhos. Na composição destas instâncias estariam representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, tendo os últimos representação paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

Considerando estas questões, optou-se por definir esta categoria a partir do conceito de participação social desenvolvido por Escorel e Moreira<sup>80</sup>:

"Um conjunto de relações culturais, sociopolíticas e econômicas em que os sujeitos, individuais ou coletivos, diretamente ou por meio de seus representantes, direcionam seus objetivos para o ciclo de políticas públicas, procurando participar ativamente da formulação, implementação, implantação, execução, avaliação e discussão orçamentária das ações, programas e estratégias que regulam a distribuição dos bens públicos e, por isso, interferem diretamente nos direitos de cada cidadão" <sup>80</sup> (p. 231).

Este conceito engloba apenas as formas institucionalizadas de participação; existem, porém, outras:

• **não institucionalizadas**, como movimentos populares e organizações não governamentais que têm interferência em ações, programas e políticas ou que se articulam com dirigentes governamentais de forma direta, sem passar pelos colegiados participativos;

• **semi-institucionalizadas e paralelas**, como a Plenária de Conselhos de Saúde que disputa com as CNS a tarefa de estabelecer as diretrizes da política nacional de saúde;

• **induzida por organismos internacionais**, nas quais a existência de conselhos com participação da população é exigência para financiamentos internacionais de projetos como a despoluição da baía da Guanabara (Delgado, 2002)" <sup>80</sup> (p.232).

O conceito mencionado guiou a leitura dos documentos, a partir da qual foram selecionadas as unidades de registro apresentadas a seguir.

No documento *"Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde - Pólos de Educação Permanente em Saúde"*

(2004) a subcategoria *controle social* está evidenciada como um dos fatores-chave para a efetivação da política, como pode ser verificado nas seguintes unidades de registro:

"Ao se colocar em evidência a formação e o desenvolvimento para o SUS, por meio da construção da educação permanente, propõe-se a agregação entre desenvolvimento individual e institucional; entre serviços e gestão setorial; e entre atenção e *controle social*, visando à implementação dos princípios e das diretrizes constitucionais do SUS" <sup>69</sup> (p.9).

"As instâncias de gestão e *controle social* também podem exercer sua própria transformação, desenvolvendo compromissos com a inovação da *gestão democrática* e *participativa*. A roda a ser caracterizada para a gestão colegiada e interinstitucional de Educação Permanente em Saúde tem natureza política e crítico-reflexiva, isto é, pensar a partir dos usuários e comprometer-se com práticas de atualização ativa" <sup>69</sup> (p.23).

Além do *controle social*, surgem, na segunda unidade de registro apresentada, outras duas subcategorias: *gestão democrática* e *gestão participativa*. Ao lado dos pólos de educação permanente em saúde, a presença destas subcategorias na política representou uma inovação, ao proporcionar uma horizontalidade na condução do sistema de saúde. Ressalte-se que, com a constituição dos pólos de educação permanente em saúde, criou-se um espaço para a participação organizada da população nos processos de gestão da educação em saúde que anteriormente a esta política era inexistente. Deste modo, destaca-se a possibilidade da população participar diretamente na construção, implantação, implementação e avaliação de políticas públicas de saúde, configurando-se como o núcleo central da política, como mostra a próxima unidade de registro:

"O núcleo central da política de educação e de desenvolvimento do trabalho em saúde é constituído pela própria população, cujas necessidades sanitárias e mesmo de educação para a *gestão social* das políticas públicas de saúde devem ser contempladas, promovendo o desenvolvimento da sua *autonomia* diante das ações, dos serviços, dos profissionais e dos gestores de saúde" <sup>69</sup> (p.16).

A identificação das subcategorias *gestão social* e *autonomia* reforça a relevância da participação social para a política de educação permanente em saúde. Percebe-se uma preocupação e ao mesmo tempo uma expectativa de que a participação da população na gestão acarrete na aproximação entre as práticas profissionais e as demandas de saúde, resultando no aumento da resolutividade dos serviços. Para tanto, refere-se à promoção do desenvolvimento da *autonomia* das pessoas e à qualificação de profissionais para que fortaleçam o *controle social* no setor.

O documento "*AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde*" (2004), assim como o anterior, não apresenta uma definição ou conceituação de

participação social, porém é possível identificá-la por meio das subcategorias *controle social* e *autonomia*, como podemos observar nas duas unidades de registro abaixo:

"No entanto, apesar dos intensos debates, múltiplas proposições e das inovações introduzidas pelos movimentos de mudança na graduação na área da saúde, a orientação predominante na formação ainda é alheia à organização da gestão setorial e ao debate crítico sobre os sistemas de estruturação do cuidado à saúde, a graduação nos cursos da área tem permanecido impermeável ao *controle social (os conselhos de saúde)*" <sup>72</sup> (p. 5-6).

"A formação não pode tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos, mas a busca do desenvolvimento de condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da 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" <sup>72</sup> (p. 6-7).

O uso da subcategoria *controle social* no documento está vinculada à participação social nos conselhos de saúde, com o objetivo de contribuir na formulação e no acompanhamento das políticas de saúde, inclusive as de formação profissional, para que se aproximem das necessidades e demandas de saúde da população. A subcategoria *autonomia* é vista como essencial para que as pessoas sejam capazes de alcançar o controle social. Nesse sentido, o texto critica o avanço restrito do controle social no que diz respeito à formação em saúde, principalmente em função do distanciamento desta em relação àquele, bem como é enfatizada a importância da participação social para a reorientação do ensino em saúde.

A crítica à impermeabilidade ao controle social nos processos de formação estende-se ao trabalho em saúde. Na unidade de registro a seguir, pode-se inferir que as práticas em saúde estão comprometidas com interesses diversos, com exceção aos dos usuários.

"A maneira como são estruturados e funcionam os processos de formação e de práticas profissionais em saúde configura um quadro de raciocínio propositivo e avaliativo comprometido com muitos tipos de interesse, exceto o dos usuários. O trabalho das equipes e das organizações de saúde deveria, entretanto, centrar-se na correspondência aos interesses do usuário, inclusive de contribuir para a sua *autonomia* e para a sua *capacidade de intervenção sobre sua própria vida*" <sup>72</sup> (p. 6).

Ao afirmar que as práticas em saúde deveriam estar focadas no cuidado usuário-centrado, e que os profissionais de saúde deveriam cooperar com a participação dos usuários nesse processo, é mencionada novamente a subcategoria *autonomia*, que aparece associada à *capacidade das pessoas de intervir sobre sua própria vida*. Observe-se que neste último trecho é possível identificar também a subcategoria *"empoderamento"*, ainda

que não explicitada dessa forma no texto. Essa é a única vez que o termo aparece no documento.

O documento "*VER-SUS/Brasil*" (2004), por se tratar de um compilado de textos, traz a categoria *participação social* em contextos diferenciados, como apresentado adiante.

No texto "*Articulação com o Segmento Estudantil da Área da Saúde: uma Estratégia de Inovação na Formação de Recursos Humanos para o SUS*", que tem como objetivo divulgar experiências sobre a formação em saúde ocorridas no Estado do Rio Grande do Sul, a atuação dos profissionais de saúde é apontada como um dos entraves para o alcance do *controle social*, como se constata na seguinte unidade de registro:

"O despreparo dos profissionais recém-formados para atuarem na complexidade inerente ao sistema de saúde, compreender a sua gestão e compreender a ação de *controle social* da sociedade sobre o setor é uma constatação frequente"<sup>73</sup> (p.9).

O *controle social* é entendido no texto como a capacidade de a sociedade se organizar para controlar as ações do setor saúde. A partir do texto, é possível inferir que a inexistência ou o tratamento pouco prestigiado dentro da grade curricular de conteúdos sobre a saúde pública/coletiva e o SUS nos cursos de graduação, aliada à ênfase no ensino tecnicista, curativo e medicalizador em detrimento do desenvolvimento de habilidades de cunho subjetivo, reforça a reprodução de um ensino que mantém um distanciamento entre profissionais de saúde e usuários, dificultando o acolhimento, a comunicação e o vínculo entre eles, e prejudicando sobremaneira o entendimento e a contribuição dos profissionais para o desenvolvimento de mecanismos de controle social.

A unidade de registro a seguir, retirada do texto "*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*", vai ao encontro da abordagem observada no documento "*AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde*", na medida em que atribui ao *controle social* a responsabilidade por participar na formulação e avaliação das políticas de formação, direcionando-as para as necessidades de saúde da população.

"A avaliação permanente e a participação efetiva do *controle social* junto à formação serão importantes, também, para se dimensionar a adesão dos programas e projetos aos ditames ou necessidades dos próprios usuários do SUS"<sup>73</sup> (p.174).

Embora a unidade de registro sublinhe a necessidade de avaliação permanente da formação em saúde, o texto enfatiza que a construção de sistemas de avaliação de ensino ainda precisa avançar para contribuir de forma decisiva no atendimento às demandas dos serviços em saúde, do SUS, das necessidades de formação dos alunos e do atendimento à população. Assim, o *controle social* é imprescindível para a criação de sistemas de avaliação que sejam adequados e possibilitem a adesão dos serviços, melhorando a qualidade da assistência à saúde.

O texto "*O Ato de Cuidar: a Alma dos Serviços de Saúde*" relaciona a produção do cuidado com a *autonomia* dos usuários, ao afirmar que:

"Supomos que este processo [de trabalho em saúde] permita a produção da saúde, o que não é necessariamente verdadeiro, pois nem sempre esse processo produtivo impacta ganhos dos graus de *autonomia* no modo do usuário andar na sua vida, que é o que entendemos como saúde em última instância, pois aquele processo de produção de atos de saúde pode simplesmente ser "procedimento centrada" e não "usuária centrada", e a finalidade última pela qual ela se realiza se esgota na produção de um paciente operado e ponto final, ou em um paciente diagnosticado organicamente e ponto final, o que não é estranho a ninguém que usa serviços de saúde no Brasil. Nós, enquanto usuários, podemos ser operados, examinados, etc., sem que com isso tenhamos necessidades/direitos satisfeitos" <sup>73</sup> (p. 114).

Considerando a *autonomia* o escopo do processo de trabalho em saúde, produzir saúde implicaria fundamentalmente em facilitar a construção da *autonomia* dos usuários para lidar com seu "modo de andar na sua vida". Isso significa não "culpabilizar" os indivíduos pelas suas condutas ou escolhas, mas sim compartilhar com eles a responsabilidade de assumi-las. Neste ponto, assemelha-se ao documento "*AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde*", tanto no modo como compreende a autonomia quanto no cuidado usuário-centrado.

A unidade de registro demonstra também que para o estabelecimento de um plano de cuidados é central que a resposta às demandas ou necessidades de saúde das pessoas não se restrinja às ações pontuais realizadas pelos profissionais de saúde no seu dia-a-dia, mas seja ampliada ao estabelecimento de vínculo, acolhimento, troca de informações, entre outros. Reorientar a formação nesse sentido é fundamental.

Os processos desencadeados pelos projetos UNI (citados anteriormente no capítulo "O contexto das políticas") são o objeto de análise do texto "*A Construção de Novos Modelos Acadêmicos de Atenção à Saúde e de Participação Social*". A unidade de registro apresentada a seguir discorre sobre os efeitos da participação individual e coletiva no UNI:

"Um outro aspecto fundamental a ser destacado é que o fortalecimento das organizações comunitárias e da participação coletiva não se deu em detrimento da participação individual ou do "borramento" das diferenças e da diversidade. Pelo contrário, foi a partir do "*empoderamento*" de cada pessoa que se construiu a liderança e a participação coletivas. Os projetos têm sido uma oportunidade de rearticular regulação com emancipação, dando conta de um novo equilíbrio entre cidadania e subjetividade, como Santos (1994) sugere ser importante" <sup>73</sup> (p.231-232).

A forma como foi empregada a subcategoria "*empoderamento*" na unidade de registro acima, permite distinguir suas duas faces: individual e coletiva. Para além disto, comprova a possibilidade de se articular ambas, sem que uma se sobreponha a outra, mostrando que sua complementaridade é essencial para a participação coletiva, entendida como sinônimo de participação social. Associado ao "empoderamento" surge o conceito de *emancipação*. Tratando-se de um dos resultados do UNI, a importância desta experiência

reside no fato de poder ser estendida a outras políticas de saúde, servindo como um exemplo da potencialidade da participação social para a reorientação da formação.

No documento "*EducarSUS: notas sobre o desempenho do Departamento de Gestão da Educação na Saúde - período de janeiro de 2003 a janeiro de 2004*" (2004) apresenta-se um conjunto de elementos fundamentais da Política de Educação para o SUS, (que posteriormente viria a ser a Política de Educação Permanente em Saúde), dentre os quais destaca-se a unidade de registro abaixo, na qual a participação social pode ser identificada através da subcategoria *controle social*.

"a articulação entre o ensino, a gestão, a atenção à saúde e o *controle social* sobre o SUS como o pensar da formação" <sup>71</sup> (p. 20).

Apenas três unidades de registro fazendo referência à categoria participação social foram identificadas no documento "*Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial*" (2007). Na primeira, retirada das orientações gerais fornecidas pelo documento, especificamente no que se refere ao campo da formação no curso de enfermagem, foram encontradas as subcategorias *autonomia* e "*empoderamento*", esta última identificada através da expressão "*capacidade para lidar com a saúde*", como apresentado a seguir:

"Nesse aspecto a formação caminha para a superação da produção de cuidados de enfermagem inscrita na lógica do "procedimento técnico", da "rotina de cuidados" e das "atividades preventivas", buscando-se hoje conceber um processo produtivo que construa com os cidadãos graus de *autonomia* que causem impacto em sua qualidade de vida, ou seja, em sua *capacidade para lidar com a saúde* levando em conta suas limitações, assim como os diferentes graus de dependências" <sup>76</sup> (p.41).

Analogamente ao texto "*O Ato de Cuidar: a Alma dos Serviços de Saúde*", que compõe o VER-SUS, e ao documento "*AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde*", compreende-se que o trabalho em saúde deve estar organizado de acordo com os problemas de saúde dos usuários, e que deve contribuir para a construção da sua autonomia.

Na segunda unidade de registro, que versa sobre a ênfase nos determinantes de saúde, identifica-se novamente a subcategoria "*empoderamento*" por meio do uso da expressão "*capacidades para o autocuidado individual e o autocuidado orientado para o coletivo*", como observa-se abaixo:

"Nesse contexto, há especificidades profissionais que dizem respeito a cada núcleo central de saber e, embora, aos três campos profissionais em causa nesse programa corresponda à valorização dos determinantes sociais pode-se destacar, em relação ao enfermeiro, sua identidade social em torno do cuidado de enfermagem à pessoa, à família e à comunidade, deslocando o foco central da doença. Essa especificidade se estende, ainda, à prevenção individual e coletiva das vulnerabilidades e dos riscos de adoecer, assim como às ações que conduzem à reabilitação que inclui o

desenvolvimento de *capacidades para o autocuidado individual e o autocuidado orientado para o coletivo*, numa dimensão societária" <sup>76</sup> (p.45).

A terceira unidade de registro, localizada no capítulo acerca do desenvolvimento potencial do PRÓ-Saúde, no tópico sobre a inversão do modelo assistencial do SUS, deixa claro o posicionamento do documento frente à participação social no controle das ações de saúde:

"E mesmo que tivéssemos um horizonte muito favorável, sem a curva ascendente de mortes de pessoas sadias na flor da idade, quando poderiam estar desfrutando a vida e retribuindo à sua própria família e à sociedade, não seria razoável que uma sociedade assim desenvolvida tomasse parte na decisão e *no controle das ações do Estado*?! Ter saúde exige cuidado e atenção, mas acima de tudo responsabilidade e escolha. Não é possível prometer a salvação para uma população que sequer *participa da discussão e da tomada de decisões*" <sup>76</sup> (p.54).

Esta unidade de registro, apesar de não representar uma orientação ou diretriz da política, faz menção à subcategoria *controle social*, através da expressão grifada. Percebe-se que a participação social é considerada condição *sine qua non* na reorientação do modelo de saúde; mais do que isso, ela é tratada não apenas como um direito, mas também um dever. A relevância desse dever fica evidenciada no documento quando o mesmo afirma que as mudanças nos serviços e práticas em saúde são tão dependentes da corresponsabilização da sociedade pelos seus próprios problemas de saúde quanto da resolutividade da atenção básica e da qualidade da formação dos profissionais de saúde.

Por fim, a categoria *controle social* aparece no documento "*Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*" (2009) através da Portaria GM/MS nº 1996, de 20/08/2007, que define as diretrizes para a implementação da política. A referida portaria, nos seus artigos quinto e vigésimo segundo, determina a inserção do *controle social* na formulação, condução e desenvolvimento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde por meio da participação nas Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) e na Comissão Nacional de Acompanhamento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, como é possível verificar nas unidades de registro abaixo:

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

**IV** – Movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do *controle social* no SUS" <sup>70</sup> (p.10).

"Art. 22º - Reativar a Comissão Nacional de Acompanhamento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde com a atribuição de formular políticas nacionais e definir as prioridades nacionais em educação na saúde. Esta Comissão será composta por gestores das três esferas de governo, além de atores do *controle social*, das instituições de ensino e de trabalhadores dos serviços e suas respectivas representações"<sup>70</sup> (p. 15).

Adicionalmente, cabe destacar que a análise dos documentos *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRÓ-Saúde (2005)* e *Portaria Interministerial MS/MEC nº 421, de 03/03/10 - PET-Saúde (2010)* não permitiu a identificação de nenhuma unidade de registro relativa à definição de participação social utilizada.

### Categoria 2: Integralidade do cuidado

Com relação à segunda categoria analisada, a *integralidade do cuidado*, sua definição se mostrou complexa, uma vez que o termo possui significados diversos.

O termo *integralidade* tem sido utilizado frequentemente no campo da saúde para referir-se a uma das diretrizes básicas do SUS, instituída pela CF de 1988. No entanto, essa expressão não aparece no texto constitucional, mas sim *atendimento integral*. Conforme o artigo 198, o sistema de saúde estaria organizado de acordo com o "*atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.*"<sup>81</sup>

Posteriormente, com a Lei 8080/90, que regulamenta o SUS, a integralidade surge como um dos princípios do sistema de saúde. De acordo com o artigo 7º, as ações e serviços de saúde deveriam obedecer ao princípio da "*integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema*"<sup>82</sup>. Embora, nos termos da lei, integralidade seja mais abrangente do que atendimento integral, ela tem sido largamente empregada para designar esta diretriz.

A partir deste arcabouço jurídico, a integralidade tem suscitado diferentes interpretações e significados. Tendo em vista a polissemia do termo, foi fundamental buscar a compreensão dos seus diferentes sentidos para que fosse possível a adoção daquele que melhor se relacionasse com o objeto deste estudo. Deste modo, optou-se por empregar as noções de integralidade defendidas pelo autor Ruben Mattos.<sup>83</sup>

Noções, segundo Minayo<sup>41</sup> (2010), "*dizem respeito aos elementos de uma teoria que ainda não possuem clareza suficiente para alcançar o status de conceito e são usados como "imagens" para explicações aproximadas do real*" (p.177).

Tomando como ponto de partida alguns dos usos da integralidade, o referido autor expõe três conjuntos de sentidos do termo: um conjunto de sentidos que incidem sobre as práticas profissionais em saúde; outro diretamente relacionado à organização dos serviços e das práticas em saúde, e um último conjunto que se aplica às respostas governamentais aos problemas de saúde.

O primeiro conjunto de sentidos incide mais diretamente sobre as práticas profissionais, pois se preocupa com a identificação abrangente das necessidades de saúde dos usuários dos serviços. Assim, os profissionais de saúde teriam a responsabilidade de atuar criando e aproveitando as oportunidades para desenvolver as ações de prevenção, levando em consideração as necessidades de saúde que estão para além da prevenção e do controle de doenças.<sup>83</sup>

No segundo conjunto de sentidos, a integralidade é vista como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, caracterizada pela busca incessante de ampliação das possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional. Ou seja, o modo de organização dos serviços deve estar sempre aberto à assimilação de necessidades de saúde não contempladas pela organização anterior<sup>83</sup>. O autor acredita que o modo de perceber e apreender estas necessidades de saúde está vinculado ao "*diálogo entre diferentes sujeitos e entre seus diferentes modos de perceber as necessidades de serviços de saúde*"<sup>83</sup> (p. 57).

O último conjunto de sentidos da integralidade estaria relacionado às políticas de saúde delineadas para responder a determinados problemas ou necessidades que incidem em um grupo populacional específico<sup>83</sup>. Destacam-se três noções de integralidade neste conjunto: uma relacionada à recusa em objetivar e reduzir os sujeitos sobre os quais as políticas incidem; outra que diz respeito à incorporação e articulação das atividades preventivas e assistenciais pela política; e, ainda, a capacidade de abranger grupos diversos, respeitando suas especificidades. As três noções se referem a uma forma diferente de construir políticas públicas de saúde, no sentido de expandir o horizonte dos problemas ou necessidades de saúde aos quais desejam oferecer respostas.

Os sentidos da integralidade aqui expostos têm em comum a rejeição ao reducionismo. Partindo desse princípio, pode-se inferir que os três conjuntos de sentidos apresentados precisam ser desenvolvidos conjuntamente para a busca de uma atenção à saúde ampliada e mais resolutiva. Entretanto, considerando que o objetivo deste estudo é analisar as políticas de formação profissional de nível superior com relação à reorientação dos serviços e práticas em saúde, será enfatizado o primeiro conjunto de sentidos da integralidade por entender que melhor se aplica ao estudo, considerando que, pelo entrelaçamento destes, é possível que se tangencie o segundo e o terceiro conjuntos.

Os resultados encontrados no material selecionado foram contrastados a partir desta noção de integralidade e serão apresentados a seguir.

No documento "*Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde*" (2004), a categoria *integralidade do cuidado* emerge na definição e função dos pólos de educação permanente em saúde como *atenção integral à saúde e integralidade da atenção à saúde*, como se verifica nas unidades de registro adiante:

"[os pólos de educação permanente em saúde são] lócus para a identificação de necessidades e para a construção de estratégias e de políticas no campo da formação e desenvolvimento, na perspectiva de ampliação da qualidade da gestão, da qualidade e do aperfeiçoamento da **atenção integral à saúde**, do domínio popularizado do **conceito ampliado de saúde** e do fortalecimento do **controle social** no SUS" <sup>69</sup> (p. 11).

"A esses Pólos, cabe-lhes, ainda, trabalhar com os elementos que conferem à **integralidade da atenção à saúde** (diretriz constitucional), forte capacidade de impacto sobre a saúde da população e que são essenciais para a superação dos limites da formação e das práticas tradicionais de saúde, quais sejam: **acolhimento**, **vínculo** entre usuários e equipes, **responsabilização**, desenvolvimento da **autonomia** dos usuários e resolutividade da atenção à saúde" <sup>69</sup> (p.12).

Os pólos de educação permanente em saúde se configuram como um dispositivo disparador de mudanças tanto nas práticas de educação em saúde quanto nas práticas em saúde como um todo, conformando-se como um espaço para a identificação de necessidades relativas à formação e ao desenvolvimento em saúde, bem como para a discussão e a elaboração de possibilidades de superá-las. As unidades de registro acima sinalizam algumas das mudanças esperadas com a implantação destes pólos na direção da integralidade do cuidado, tais como: o aumento da participação social na saúde, identificada através das subcategorias *controle social* e *autonomia*; a popularização do *conceito ampliado de saúde*, associada à participação social; o *acolhimento* e o *vínculo*

entre usuários e equipes; e a *responsabilização*. Importante observar que o documento associa a categoria participação social à efetividade da integralidade. Note-se, ainda, que a *integralidade da atenção à saúde* é identificada no documento como uma diretriz constitucional, ainda que o termo não esteja contemplado na Constituição Federal.

As subcategorias *vínculo* e *autonomia* aparecem novamente no documento como inerentes ao alcance da *atenção integral à saúde*, de acordo com a unidade de registro a seguir:

"Para alcançar a *atenção integral à saúde*, com base nas necessidades sociais por saúde, a atenção básica cumpre um papel estratégico na dinâmica de funcionamento do SUS, porque propicia a *construção de relações contínuas com a população*. Em todas as suas modalidades de operação, particularmente na saúde da família, a atenção básica deve buscar a *atenção integral* e de qualidade, a resolutividade e o fortalecimento da *autonomia* das pessoas no cuidado à saúde, estabelecendo articulação orgânica com o conjunto da rede de serviços" <sup>69</sup> (p. 12).

Verifica-se que a atenção básica se sobressai no documento, em particular a saúde da família, como o local mais propício à "*construção de relações contínuas com a população*", entendida como sinônimo de *vínculo*. Acredita-se que a proximidade com uma população específica em um determinado território pode facilitar o encontro e a troca de saberes entre profissionais e usuários, fortalecendo a *autonomia* dos usuários.

Na unidade de registro abaixo, identificam-se as características consideradas fundamentais pelo documento para o desenvolvimento da integralidade. Dentre os quais, destacam-se: o *conceito ampliado de saúde*, o *trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar*, e o emprego da *intersectorialidade*.

"A *integralidade* da atenção à saúde envolve: o *conceito ampliado de saúde*; a compreensão da dimensão cuidadora no trabalho dos profissionais; o conhecimento sobre a realidade; o *trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar*; a *ação intersectorial*; o conhecimento e o trabalho com os perfis epidemiológicos, demográficos, econômicos, sociais e culturais da população de cada local e com os problemas, regionais, estaduais e nacionais (doenças prevalentes ou de impacto na saúde pública, como por exemplo, a dengue, tuberculose, hanseníase e malária)" <sup>69</sup> (p. 12).

A subcategoria *humanização* aparece no corpo da política relacionada à necessidade de que a implantação do processo de educação permanente no SUS contemple e priorize:

"o pessoal necessário para prestar *atenção humanizada* ao parto e ao pré-natal" <sup>69</sup> (p.13).

No documento "*AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde*" (2004), a *integralidade* é adotada como eixo orientador da mudança na formação de graduação em saúde. Para tanto, é utilizada a definição de integralidade demonstrada na unidade de registro que se segue:

"A *integralidade da atenção à saúde* supõe, entre outros aspectos, a ampliação e o desenvolvimento da dimensão cuidadora no trabalho dos profissionais para que se tornem mais responsáveis pelos resultados das práticas de atenção, mais capazes de *acolhimento* e de *vínculo* com os usuários das ações e serviços de saúde e, também, mais sensíveis àquelas dimensões do processo saúde-doença não inscritas nos âmbitos tradicionais da epidemiologia ou da terapêutica, mas nas condições de vida, de trabalho, culturais, entre outras" <sup>72</sup> (p. 7-8).

Esta concepção de integralidade aponta para a expansão da atuação dos profissionais no cuidado em saúde, no sentido de associar os aspectos técnicos da clínica àqueles de caráter mais relacional (como, por exemplo, o respeito à cultura do outro, a escuta ao relato dos usuários, a utilização de uma linguagem não técnica durante uma consulta, dentre outros) e relacionados ao contexto social, que também fazem parte do processo de trabalho e interferem no resultado das práticas em saúde, mas são muitas vezes negligenciados. É evidenciada na unidade de registro que essa visão ampliada do cuidado em saúde depende em grande parte da responsabilização dos profissionais para com a sua prática. A categoria *integralidade do cuidado* aparece relacionada às subcategorias *acolhimento e vínculo*.

A compreensão de possibilidades de operacionalização da *atenção integral* à saúde passa pela reestruturação dos processos de formação e trabalho em saúde, como é possível conferir nas unidades de registro a seguir:

"A *atenção integral à saúde* implica ampliação dos referenciais com que cada profissional de saúde trabalha na construção de seu repertório de compreensão e ação e, ao mesmo tempo, o reconhecimento da *limitação da ação uniprofissional* para dar conta das necessidades de saúde de indivíduos e populações. Destaca-se que *atenção integral* implica mudanças nas relações de poder entre profissionais de saúde (para que efetivamente constituam *equipes multiprofissionais interdisciplinares*) e entre profissionais de saúde e usuários (para que se desenvolva efetivamente a *autonomia* dos usuários para serem sujeitos da sua saúde e não pacientes da ação dos profissionais)" <sup>72</sup> (p. 8).

"A *integralidade* requer a implementação clara e precisa de uma formação para as *competências gerais* necessárias a todos os profissionais de saúde, tendo em vista uma prática de qualidade, qualquer que seja o local e área de atuação, uma formação que desenvolva a capacidade de análise crítica de contextos, que problematize os saberes e as práticas vigentes e que ative processos de educação permanente no

desenvolvimento das *competências específicas* de cada trabalho" <sup>72</sup> (p. 8-9).

Na primeira unidade de registro são apontadas três mudanças que a *atenção integral* deve acarretar no processo de trabalho em saúde: a ampliação dos referenciais de cada profissional para dar conta de uma atuação de caráter mais geral, com base no *conceito ampliado de saúde*; o deslocamento de um atendimento uniprofissional para uma *abordagem multiprofissional*; e o estabelecimento de relações mais horizontais entre profissionais (decorrentes da maior interação e da troca de saberes entre eles) e entre estes e os usuários. Vale ressaltar que a subcategoria *autonomia* emerge atrelada à relação profissional-usuário, sendo fundamental para a consolidação da participação dos sujeitos no seu processo saúde-doença. Percebe-se, desta forma, a relação intrínseca da *integralidade* com a *participação social*.

Já a segunda unidade de registro está voltada para as mudanças no processo de formação em saúde necessárias para o alcance da *integralidade*. Ela especifica que os processos formativos precisam focar no desenvolvimento de *competências gerais* para todos os profissionais da saúde, com base na capacidade de análise crítica e na problematização de saberes e práticas. A educação permanente teria a função de contribuir para o desenvolvimento das *competências específicas* de cada trabalho.

A subcategoria *humanização* surge uma única vez em todo o documento na unidade de registro que se segue:

"Identifica-se há longo tempo a necessidade de promover mudanças na formação profissional de modo a aproximá-la dos conceitos e princípios que possibilitarão *atenção integral* e *humanizada* à população brasileira"<sup>72</sup> (p. 5).

Com relação ao documento "*VER-SUS/Brasil*" (2004) foram selecionadas unidades de registro dos textos que apresentaram uma relação direta com a categoria *integralidade do cuidado*.

O texto "*Modelos Tecno-Assistenciais em Saúde: da Pirâmide ao Círculo, uma Possibilidade a ser Explorada*" propõe a discussão de como estruturar o sistema de saúde tendo como referência as necessidades de saúde das pessoas. Para tanto, explora novas alternativas e modos de integração entre os serviços. Na análise sobre as limitações que impediram o sucesso do tradicional modelo da pirâmide em saúde, as críticas do autor guardam relação com a categoria *integralidade do cuidado*, como a que se segue:

"Uma das faces mais prontamente identificáveis das distorções do atual modelo assistencial, além de todas as já apontadas, diz respeito à substituição de uma calorosa e *humanizada relação médico-paciente*, por uma excessiva e desnecessária solicitação de exames complementares" <sup>73</sup> (p.101).

A unidade de registro acima se refere à inadequação do atendimento prestado em saúde, na medida em que são privilegiadas as atividades técnicas, rotineiras e protocoladas às de caráter mais intersubjetivo, ainda que àquelas não satisfaçam plenamente às demandas de saúde dos usuários. A subcategoria *humanização* é utilizada para denotar exatamente esta incapacidade do atual modelo de saúde de ser resolutivo. Para além desta, o autor cita no documento outros fatores limitadores presentes na atenção básica e que são derivados do referido modelo de saúde, como, por exemplo, a dificuldade em definir qual o papel das unidades básicas de saúde, o que pode acarretar a transformação do centro de saúde em um "mini-hospital", já que a busca pela resolutividade para realizar o "pronto-atendimento" gera a incorporação de maior complexidade tecnológica e importantes mudanças na organização de seus processos de trabalho.

A unidade de registro a seguir, retirada do texto "*O Ato de Cuidar: a Alma dos Serviços de Saúde*", aborda uma das tensões atuais dos atos produtivos em saúde, que diz respeito à concorrência entre os diferentes núcleos de competência profissional na saúde:

"a lógica da produção dos atos de saúde como resultado das ações de distintos tipos de trabalhadores para a produção e o gerenciamento do cuidado e as intervenções mais restritas e, exclusivamente, presas às competências específicas de alguns deles, como, por exemplo, as ações de saúde centradas no enfermeiro ou no médico, sem *ação integralizada* e unificada em torno do usuário, ou a clínica restrita do médico e centrada no procedimento em exercícios clínicos de todos os trabalhadores de saúde" <sup>73</sup> (p. 112).

Segundo o texto Merhy afirma a existência de dois núcleos de competência profissional na saúde: os núcleos específicos, relativos aos saberes característicos de cada profissão; e o núcleo cuidador, referente aos processos relacionais, e que pertence a todos os trabalhadores de saúde. Esses dois núcleos coexistem, entretanto, não de forma harmônica. O modelo assistencial atualmente em vigor organiza-se a partir dos núcleos específicos, de acordo com o modelo médico neoliberal, subordinando o núcleo cuidador e a ação dos profissionais não médicos a um papel irrelevante e complementar. Nesse sentido, a unidade de registro aponta para a possibilidade de articulação entre eles através de uma "*ação integralizada*", e do cuidado usuário-centrado.

Ainda no mesmo texto, reafirma-se a responsabilidade de todos os profissionais da saúde pelas ações do cuidado, chamando a atenção para a necessidade de qualificação destes no que diz respeito aos processos relacionais. As subcategorias *acolhimento* e *vínculo* podem ser identificadas na unidade de registro que se segue, juntamente com *responsabilização* e *processos multiprofissionais e disciplinares*:

"[...] todo profissional de saúde, independente do papel que desempenha como produtor de atos de saúde é sempre um *operador do cuidado*, isto é, sempre atua clinicamente, e, como tal, deveria ser capacitado, pelo menos, para atuar no terreno específico das tecnologias leves, modos de produzir **acolhimento, responsabilizações e vínculos**; e, ao ser identificado como o responsável pelo “projeto terapêutico”, estará sempre sendo um operador do cuidado, ao mesmo tempo que um administrador das relações com os vários núcleos de saberes profissionais que atuam nessa intervenção, ocupando um papel de mediador na gestão dos **processos multiprofissionais e disciplinares** que permitem agir em saúde diante do “caso” concreto apresentado [...]" <sup>73</sup> (p.120).

As unidades de registro que se seguem foram extraídas do texto "*Humanização na Saúde e Cidadania: o Caminho para o SUS*", e fazem parte da transcrição de palestras sobre o SUS proferidas por um membro do Conselho de Saúde no Estado do Rio Grande do Sul.

"Como se pode falar de **humanização** se a pessoa é dividida em inúmeras partes, se ela é toda fragmentada em órgãos e sistemas? Como se pode falar de **humanização** se, para tratar de um problema de saúde, a pessoa é encaminhada de um especialista para outro, sem soluções adequadas e, muitas vezes, sem sequer ser ouvida? Se cada profissional olha para um pedaço do seu corpo como se pedaços isolados tivessem vida autônoma? As pessoas somente são pessoas e, portanto, humanas, na sua inteireza – e é dessa forma que os serviços e os profissionais que querem produzir **cuidados humanizados** devem orientar seu trabalho. *O atendimento e o acesso humanizados* são obrigações do SUS e dos seus trabalhadores para com os usuários" <sup>73</sup> (p.265-266).

"Outro aspecto da desumanização do atendimento que diminui o usuário é a relação que se estabelece entre o profissional e o usuário. Ele é transformado em “paciente” e colocado numa situação de inferioridade em relação ao profissional. Como é que se pode falar em **humanização** se a pessoa fica insignificante diante do médico? Não é possível que o usuário consiga reagir e construir sua saúde se, na relação com o profissional que o atende, ele fica submetido, inibido em seu saber e sem possibilidade de iniciativa" <sup>73</sup> (p.266).

"Um atendimento que desconsidera os modos de vida das pessoas não pode ser **humanizado** e também não será resolutivo" <sup>73</sup> (p.266).

Identifica-se nestas unidades de registro a subcategoria *humanização*. Subjacente às críticas sobre a fragmentação das práticas em saúde, a desconsideração das demandas de saúde e do contexto de vida dos usuários, a relação de poder do profissional sobre o usuário, a falta de acolhimento e a resolutividade dos serviços, é possível perceber a presença de elementos que integram uma concepção de *integralidade* implícita no texto como, por exemplo, a clínica ampliada e a garantia dos direitos dos usuários.

Na próxima unidade de registro, enfatiza-se o *trabalho em equipe* para a horizontalização das relações de trabalho em saúde, bem como se incentiva a *interdisciplinaridade* para a *humanização* do cuidado em saúde.

"*Humanizar* o atendimento também passa pelo *trabalho em equipe*, em que há igualdade na importância do trabalho e do conhecimento de cada uma das profissões e uma *complementação entre eles* [...]. Se um usuário procura diversas vezes o atendimento, em vez da prescrição regular de medicamentos, de calmantes, não seria mais resolutivo o atendimento se o médico buscasse auxílio dos demais profissionais (psicólogo, assistente social)?" <sup>73</sup> (p.268).

O documento "*EducarSUS: notas sobre o desempenho do Departamento de Gestão da Educação na Saúde - período de janeiro de 2003 a janeiro de 2004*" (2004), ao explicitar o papel do DEGES na proposição e implementação da política de educação para o SUS, indica que as mudanças no campo da educação na saúde deverão ocorrer no sentido da *integralidade* e da *humanização* da atenção.

"A educação na saúde deve contribuir para a transformação das práticas de saúde no campo da gestão, da atenção e do controle social no sentido da *integralidade* e da *humanização* da atenção e da melhoria constante da resposta setorial às necessidades de saúde da população" <sup>71</sup> (p.17).

A referida Política de Educação para o SUS é composta por um conjunto de elementos fundamentais que devem ser articulados no intuito de que possam criar contextos mais favoráveis às transformações nas práticas de saúde e educação. A seguinte unidade de registro traz, dentre os elementos citados, aquele que aponta diretamente para a categoria *integralidade*:

"a mudança nas práticas de formação e de saúde como construção da *integralidade da atenção à saúde* da população" <sup>71</sup> (p.20).

O *EducarSUS* discorre sobre projetos da gestão federal do SUS no campo da educação na saúde, indicando seus nós críticos e estratégias para que os projetos obtenham sucesso. A unidade de registro a seguir aponta para o *AprenderSUS* como uma estratégia a ser implantada nacionalmente nos cursos de graduação, tendo em vista à reorientação destes no sentido da *integralidade*.

"grande lançamento nacional do projeto AprenderSUS, colocando a *integralidade da atenção à saúde* como eixo de mudança na formação no âmbito de graduação" <sup>71</sup> (p.24).

Ao abordar os pólos de educação permanente em saúde o documento afirma que, no momento em que foi lançado, estava em experimentação uma tabela de alocação acerca do montante de recursos da rubrica da educação permanente em saúde para o SUS. No que diz respeito às prioridades desta alocação se encontra o *acolhimento* aos problemas individuais e coletivos de saúde da população, como podemos observar na unidade de registro que se segue:

"Essa alocação considera elementos de gestões estaduais e municipais, o controle social, a capacidade docente instalada e a prioridade para o fortalecimento da rede de atenção básica como ampliação da cobertura e **acolhimento** aos problemas individuais e coletivos de saúde da população" <sup>71</sup> (p. 14)

Por sua vez, o documento "*Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRÓ-Saúde*" (2005) utiliza a expressão *abordagem integral*, quando faz alusão aos objetivos geral e específicos do PRÓ-Saúde, especificados, respectivamente, nas unidades de registro abaixo:

"Incentivar transformações do processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à população, para **abordagem integral** do processo de saúde-doença" <sup>75</sup> (p. 17).

"Incorporar, no processo de formação da medicina, enfermagem e odontologia, a **abordagem integral** do processo saúde-doença e da *promoção de saúde*" <sup>75</sup> (p. 17).

Tanto no objetivo geral quanto no objetivo específico, a *abordagem integral* do processo saúde-doença é citada como o resultado esperado das transformações nos processos de formação em saúde, denotando sua centralidade no documento. No objetivo específico, é mencionada, ainda, a incorporação da *promoção da saúde* nos processos de formação, em especial dos cursos de medicina, enfermagem e odontologia, que são o foco do PRÓ-Saúde. Embora seja evidente a importância da *integralidade* no documento, o termo *abordagem integral* aparece somente nas duas unidades de registro identificadas.

Na unidade de registro abaixo é possível identificar a subcategoria *humanização*, expressando uma preocupação da política, mas também em nível mundial, no que concerne à importância de formar profissionais capazes de tornar o atendimento em saúde resolutivo:

"O distanciamento entre os mundos acadêmico e o da prestação real dos serviços de saúde vem sendo apontado em todo mundo como um dos responsáveis pela crise do setor da saúde. No momento em que a comunidade global toma consciência da importância dos trabalhadores de saúde e se prepara para uma década em que os recursos humanos serão valorizados, a formação de profissionais mais capazes de desenvolverem uma assistência **humanizada** e de alta qualidade e resolutividade será impactante até mesmo para os custos do SUS" <sup>75</sup> (p.5-6).

A relevância da *integralidade* e da *promoção da saúde* na reorientação da formação é reafirmada no documento "*Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial*" (2007), como se pode observar na unidade de registro a seguir:

"No desenvolvimento da proposta do PRÓ-Saúde é necessário levar em conta a importância da *integralidade das ações*, assim como a dimensão individual e coletiva. Há que se transformar uma formação ainda frequentemente baseada numa visão curativa, hospitalocêntrica, focada na doença e desarticulada do sistema público vigente; um ensino que contempla insuficientemente a questão da *promoção da saúde* e prevenção de agravos, comumente fragmentado e dissociado do contexto social. Ênfase especial deve ser dada a uma *abordagem interdisciplinar* com ampla articulação entre as ações preventivas e curativas, atuando de forma balanceada na comunidade, no ambulatório, em clínicas de ensino de odontologia e no âmbito hospitalar" <sup>76</sup> (p.16).

Com relação às estratégias propostas para o desenvolvimento do PRÓ-Saúde, destaca-se o incentivo à *abordagem interdisciplinar* nos cursos de graduação em saúde, como possibilidade de integrar as práticas preventivas e curativas, mantendo um equilíbrio entre elas. A *interdisciplinaridade* é apresentada no documento como essencial para que os futuros profissionais de saúde sejam capazes de *trabalhar em equipe*, evitando a fragmentação e a sobreposição das ações de cuidado.

As unidades de registro adiante mostram as subcategorias *vínculo* e *humanização* relacionadas à categoria profissional de Enfermagem. No primeiro caso, apontando que a ação do cuidado, objeto da enfermagem, demanda a criação de relações vínculos entre as pessoas; e no segundo, é apresentado um trecho da resolução CNE/CES n.º 3, de 7/11/2001, a qual institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Enfermagem.

"No caso da enfermagem, a ação de cuidar ocorre segundo um processo de intersubjetividades, que envolve a pessoa e o profissional de saúde, no qual deve haver uma co-responsabilização em torno do problema a ser enfrentado, portanto, nesse momento, portanto, produzem-se relações de *vínculos*, fazendo-se imprescindível a integração de conhecimentos de ciências biológicas e das humanidades, além de outros campos instrumentais que apóiam a racionalidade do cuidado de enfermagem. Essa pauta está orientada à reconstrução ética, política e técnica do cuidado que não mais dá espaço aos conhecimentos compartimentalizados e às ações que evidenciem a divisão do corpo biopsíquico e a hierarquia entre as áreas do conhecimento" <sup>76</sup> (p.48).

**"Parágrafo Único.** A formação do Enfermeiro deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e *humanização* do atendimento" <sup>76</sup> (p.69).

O documento relativo à instituição do PET-Saúde, a "*Portaria Interministerial n.º 421, de 3 de março de 2010*", não apresenta uma relação direta com a *integralidade*, no entanto, é possível identificar no seu terceiro objetivo, reproduzido na seguinte unidade de

registro, uma aproximação com a categoria quando orienta a construção de grupos de aprendizagem *interdisciplinares*.

"III - desenvolver atividades acadêmicas em padrões de qualidade de excelência, mediante grupos de aprendizagem tutorial de natureza coletiva e *interdisciplinar*." <sup>78</sup>

No documento "*Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*" (2009) foi encontrada somente uma unidade de registro relacionada à integralidade do cuidado, contendo as subcategorias *acolhimento* e *responsabilização*, identificada a seguir.

"A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde explicita a relação da proposta com os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde. Uma cadeia de cuidados progressivos à saúde supõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com a ideia de rede, de um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatoriais de especialidades e hospitais gerais e especializados em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados, reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado *acolhimento* e *responsabilização* pelos problemas de saúde das pessoas e das populações" <sup>70</sup> (p.20-21).

### Categoria 3 : Intersetorialidade

Schutz & Miotto<sup>84</sup> afirmam que o debate em torno da *intersetorialidade* está presente em diversas áreas de conhecimento e, por isso, o termo possui distintos conceitos e enfoques. A partir destes, as autoras realizaram uma sistematização do debate conceitual partindo de três aproximações da *intersetorialidade*: como complementaridade de setores, como prática e como princípio do trabalho com redes. Estes conjuntos se complementam, constituindo-se como dimensões da *intersetorialidade*.

No primeiro conjunto, identifica-se no conceito de *intersetorialidade* a possibilidade de uma nova forma de abordagem das necessidades da população, que as considere na sua totalidade, buscando, através da complementaridade de setores, a superação da fragmentação. O segundo conjunto refere-se à *intersetorialidade* como construção de práticas intersetoriais, isto é, à possibilidade de construir-se de modo articulado um espaço novo de práticas que permitam a abordagem e o atendimento conjunto dos problemas da população, partindo da contribuição dos acúmulos específicos de cada setor. Por fim, o terceiro conjunto diz respeito à *intersetorialidade* como um princípio norteador da construção de redes intersetoriais, implicando no compartilhamento

de poderes e saberes, bem como na construção de novas linguagens, práticas e conceitos, envolvendo serviços públicos e sociedade civil.<sup>84</sup>

Para a análise documental será adotado um conceito ampliado de Junqueira, no qual, segundo Magalhães *et. al.*<sup>85</sup>, o autor entende que a *intersectorialidade* é

"uma estratégia para a superação da fragmentação das políticas públicas através da construção e fortalecimento de ações sinérgicas, troca de experiências e diálogo entre setores, organizações e atores chave. Em cada arranjo intersectorial, diferentes níveis de articulação, pactuação e cooperação entre os setores podem emergir dependendo das barreiras, possibilidades e incentivos para a convergência das ações. Na verdade, a intersectorialidade tende a envolver deslocamentos de poder e criação de compromissos em torno de objetivos comuns e, portanto, impacta a própria governança, entendida como o conjunto de instituições e processos ligados à solução de questões sociais complexas como a pobreza e a promoção da saúde"<sup>85</sup> (p. 4445-4446).

Em seguida, serão apresentadas as unidades de registro selecionadas para a categoria *intersectorialidade* no material analisado.

A *integração* entre o SUS e as instituições formadoras, no documento "*Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde*" (2004), emerge como condição fundamental para a efetivação da proposta de transformação da formação e das estratégias de organização e do exercício da atenção em saúde preconizada pela Educação Permanente. Para tanto, são criados os pólos de educação permanente, instâncias de participação de diversos atores das áreas da saúde e da educação nos quais, através do diálogo e da negociação, se constroem possibilidades para o enfrentamento de questões relativas à formação em saúde. Estes pontos estão expostos nas unidades de registro adiante.

"A Educação Permanente em Saúde apresenta-se como uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços, empreendendo um *trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão, e as instituições formadoras*"<sup>69</sup> (p. 9).

"A gestão da Educação Permanente em Saúde será feita por meio de Pólos de Educação Permanente em Saúde, que são instâncias de articulação interinstitucional, como Rodas para a Gestão da Educação Permanente em Saúde, que são: espaços para o estabelecimento do diálogo e da negociação *entre os atores das ações e serviços do SUS e das instituições formadoras*"<sup>69</sup> (p. 11).

Ressalte-se que, na unidade de registro a seguir, o documento estende a *integração* entre o SUS e as instituições formadoras à sociedade organizada, por meio dos conselhos

nacionais de saúde e de educação, e das instâncias de *controle social* em saúde, incluindo, assim, a participação social nos processos de educação permanente em saúde.

"A *estreita sintonia* entre o Ministério da Saúde, Ministério da Educação e os Conselhos Nacionais de ambos os setores é condição importante à aliança com os gestores e serviços do SUS, com as instituições formadoras e com as instâncias de controle social em saúde" <sup>69</sup> (p. 17).

O documento "*AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde*" (2004) se constitui num projeto intersetorial entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação, e como tal, propõe o estabelecimento de articulação entre o sistema de saúde e as instituições de educação superior, por meio de ações estratégicas a serem desenvolvidas conjuntamente pelos referidos ministérios, como mostram as unidades de registro a seguir:

"Com o AprenderSUS, o Ministério da Saúde pretende dar mais um passo essencial na construção de *relações de co-operação entre o sistema de saúde e as instituições de educação superior*" <sup>72</sup> (p.10).

"Em *atuação conjugada pelos Ministérios da Saúde e da Educação*, pretende-se o apoio à implementação das diretrizes curriculares nacionais, compromisso com as diretrizes constitucionais do SUS e o aumento do compromisso público da gestão do SUS com o ensino em saúde e da área de ensino em saúde com o SUS, envolvendo uma política para a especialização em área profissional e ampliação do escopo da residência médica para maior permeabilidade ao desenvolvimento do sistema de saúde" <sup>72</sup> (p.14).

A próxima unidade de registro traz à tona a necessidade, verificada a partir de movimentos anteriores de mudanças nas graduações em saúde, de ampliar o pensamento crítico dinamizador destas mudanças por meio da mobilização de atores para a formulação de políticas que integrem os setores da saúde e da educação. Relaciona-se, também, à participação social.

"A história dos movimentos por mudança na graduação das profissões de saúde dos últimos treze anos no Brasil informa-nos da necessidade de engajar os usuários do sistema de saúde, os estudantes, os profissionais e os gestores do sistema de saúde. Também informa-nos da importância de mobilizar os dirigentes universitários e de *formular políticas públicas integradoras dos setores da saúde e da educação*" <sup>72</sup> (p. 12-13).

Considerando estas questões, o *AprenderSUS* propõe ações de caráter intersetorial como, por exemplo, a implementação de oficinas regionais para a análise crítica das estratégias e processos de mudança, realizada pelo Ministério da Saúde em colaboração com as associações de ensino.

Do conjunto de textos que compõem o documento "VER-SUS/BRASIL" (2004), serão analisados em seguida aqueles cujo tema central mais se aproxima da categoria *intersetorialidade*.

O texto "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" aborda a *intersetorialidade* a partir da sua evolução nas Conferências Nacionais de Saúde. Identificou-se no texto que a orientação para articular as políticas de formação aos órgãos formadores estava presente desde a 9ª Conferência, sendo seguida a partir daí por outras orientações no sentido de reafirmar e aprimorar esta articulação. Assim, destaca-se nas duas unidades de registro abaixo, referentes respectivamente às 10ª e 11ª Conferências, a inserção do *controle social* na composição do tripé ensino-serviço-controle social no comprometimento com as questões formativas em saúde.

"Cabe destacar que a integração ensino-serviço foi recuperada com a inclusão da "comunidade", a partir da importância que se passou a dar ao controle social, permitindo que falemos em ***integração ensino-serviço-controle social***" <sup>73</sup> (p.166).

"Apareceu, nessa Conferência, mais uma alternativa de ***integração***: a formação em saúde-gestão setorial-controle social no SUS expressa como mesas regionais e estaduais de discussão a serem coordenadas por Conselhos Regionais e os Conselhos Estaduais de Saúde. Nota-se o esforço de comprometer a Universidade com a construção e consolidação do SUS e com a configuração de novos papéis profissionais, mais adequados às exigências sociais de qualidade da atenção em saúde. ***Há farta insistência na integração ensino-serviço-controle social***" <sup>73</sup> (p.172).

Já o texto "A Construção de Novos Modelos Acadêmicos de Atenção à Saúde e de Participação Social", que apresenta uma análise dos processos decorrentes dos projetos UNI, aponta resultados exitosos referentes a mudanças na formação profissional e nas práticas em saúde, alcançados através de *parcerias* entre serviço e comunidade, como podemos verificar nas unidades de registro selecionadas:

"Nesse novo modo de pensar e agir na formação dos profissionais de saúde, ***os atores do serviço e da comunidade passaram a interagir em um espaço plural de interesses, potencialidades e capacidades***. Nesses novos espaços de ***interação***, definiram-se as novas responsabilidades conjuntas em relação ao processo ensino-aprendizagem e as específicas de cada instituição e de cada ator social. No campo das práticas pedagógicas, as novas interações ampliaram os espaços de ação dos docentes e dos estudantes em realidades concretas" <sup>73</sup> (p. 211).

"Mas muito significativa mesmo foi a ***articulação intersetorial*** construída em torno do combate à violência: um Fórum Permanente, integrado pelas mais variadas organizações e instituições (até mesmo as delegacias de polícia da área foram envolvidas), que tem servido para produzir uma ação social contra a violência e pela paz. A população passou a tratar ativamente do tema, negociando com interlocutores vários e buscando intervir sobre seu próprio cotidiano, desenvolvendo suas formas próprias de atuação" <sup>73</sup> (p.224).

Identificada ainda no mesmo texto, a unidade de registro adiante frisa a importância da participação da população nos projetos UNI para o fortalecimento da *intersetorialidade*:

"A participação popular foi fundamental para fortalecer a **abordagem intersetorial** da saúde e para a criação de fóruns interinstitucionais por temas, especialmente no caso da violência" <sup>73</sup> (p.227).

Vale destacar que, nos dois textos selecionados do documento "*VER-SUS/BRASIL*", a participação social é tratada como condição fundamental ao desenvolvimento da *intersectorialidade* na saúde, tanto no que diz respeito ao aspecto legal e às conferências de saúde o quanto na experiência representada pelo UNI.

Foram extraídas do documento "*EducarSUS: notas sobre o desempenho do Departamento de Gestão da Educação na Saúde - período de janeiro de 2003 a janeiro de 2004*" (2004) unidades de registro sobre as possibilidades e limites da intersetorialidade nas políticas de educação para o SUS. As duas primeiras tratam, respectivamente, da orientação para a constituição dos pólos de educação permanente em saúde, e dos nós críticos da condução da política. A acirrada disputa pelo poder é citada como um empecilho para o andamento do adequado funcionamento dos pólos.

"Há, dentre esses atores gestores estaduais e municipais do SUS, instituições formadoras de educação superior e técnica, estudantes, representantes dos movimentos sociais e do controle social no SUS], grande interesse em tratar de maneira articulada os temas da formação, de levar em conta as especificidades de cada local do País, de promover ampla **cooperação entre as instituições formadoras e o sistema de saúde**, de ampliar a capacidade de desenvolvimento profissional de estados e municípios, de desenvolver estratégias de formação e desenvolvimento profundamente articulados com as práticas profissionais e com o **redesenho dos fluxos e das relações** do sistema de saúde" <sup>73</sup> (p.13).

"**Dificuldades nas articulações entre os atores locais na configuração concreta dos Pólos de Educação Permanente em Saúde** (particularmente nas regiões Norte e Nordeste, onde é baixa a intervenção dos gestores municipais no processo): necessidade de mediação em casos em que processos se paralisam por excessiva disputa de poder, etc." <sup>73</sup> (p. 22).

Sobre o *AprenderSUS*, a unidade de registro que se segue indica a *articulação* do Ministério da Saúde com o Ministério da Educação como uma das estratégias para o sucesso do projeto.

"**Trabalho articulado com o MEC** para desenvolver estratégias específicas de apoio à implementação das diretrizes curriculares nacionais e o aumento do compromisso social da área da saúde com o SUS" <sup>72</sup> (p. 24).

Assim como o *AprenderSUS*, o documento "*Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRÓ-Saúde*" (2005) também é fruto de articulação entre os Ministérios da Saúde e da Educação. A proposta do PRÓ-Saúde, identificada na unidade de registro selecionada, busca *articular* instituições de ensino superior aos

serviços de saúde pública no intuito de formar profissionais para atender às necessidades do SUS.

"Tal proposta deverá *incluir as escolas de medicina, odontologia e enfermagem e os serviços de saúde pública*, procurando favorecer a geração de perfis profissionais mais ajustados às perspectivas da atenção básica" <sup>75</sup> (p.11).

Na unidade de registro que se segue, ressalta-se a ampliação das *relações de parceria* para além das instituições de educação superior e os serviços de saúde, mas que envolvam também os diversos setores da sociedade civil na continuidade dos processos formativos durante a vida profissional. Observe-se ainda que a *participação social* também se faz presente neste documento.

"A educação dos profissionais de saúde deve ser entendida como processo permanente, que se inicia durante a graduação e é mantido na vida profissional, mediante o estabelecimento de *relações de parceria entre as instituições de educação superior, os serviços de saúde, a comunidade, as entidades e outros setores da sociedade civil*" <sup>75</sup> (p.19).

No documento "*Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial*" (2007) as unidades de registro selecionadas demonstram que a interconexão entre as áreas da saúde e educação ocorre, no que diz respeito às políticas de formação de nível superior, por meio da adequação dos cursos de graduação em saúde aos princípios definidos nas Diretrizes Curriculares Nacionais e corroborados pelo Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES). Além disso, salienta-se que vêm ocorrendo movimentos de *integração* entre estes setores, através da realização de oficinas de capacitação.

"No caso da formação na área de Saúde, as avaliações do SINAES devem contribuir para o atendimento aos princípios já definidos nas DCNs dos cursos desta área, vinculando os critérios de avaliação do MEC para os processos de autorização de novos cursos, de reconhecimento e renovação de reconhecimento de cursos às metas das políticas públicas de saúde. É nesse ponto que se encontra a *interface entre as políticas do MEC para a educação superior e projetos como o PRÓ-Saúde*, uma vez que ambos preocupam-se com a formação de nível superior em atendimento às políticas de responsabilidade social" <sup>76</sup> (p.9).

"A *integração das políticas ministeriais entre o MEC e MS* denota a articulação entre ações e procedimentos que levem em consideração os objetivos comuns capazes de induzir mudanças previstas nestas políticas, prestigiando ações e indicando caminhos a serem seguidos pelas Instituições de Ensino Superior. É importante ressaltar que o INEP/MEC vem trabalhando de forma integrada ao Departamento de Gestão da Educação na Saúde - DEGÊS/SGTES, promovendo oficinas de capacitação dos avaliadores e coordenadores de curso de graduação na área da saúde" <sup>76</sup> (p. 9).

Seguindo estas orientações, o PRÓ-Saúde incorpora a *intersectorialidade* como um dos seus objetivos específicos, como demonstrado na unidade de registro abaixo:

"Estabelecer *mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas*, visando à melhoria da qualidade e à resolubilidade da atenção prestada ao cidadão, à *integração* da rede pública de serviços de saúde e à formação dos profissionais de saúde na graduação e na educação permanente" <sup>76</sup> (p. 13).

Por sua vez, o primeiro capítulo do documento "*Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*" (2009) traz a Portaria GM/MS nº 1996, de 20/08/2007, a qual dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. No seu artigo segundo, é definida a participação das *Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES)* na condução da política de educação permanente, como demonstra a unidade de registro abaixo:

"Art. 2º - A condução regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde se dará por meio dos Colegiados de Gestão Regional, com a participação das *Comissões Permanentes de Integração Ensino- Serviço (CIES)*" <sup>70</sup> (p.8).

As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço se constituem em instâncias interinstitucionais e regionais que contribuem na formulação, condução e desenvolvimento da política de educação permanente em saúde, por meio da elaboração de projetos que preveem mudanças na formação em saúde (técnica, de graduação e de pós-graduação) e no desenvolvimento das práticas em saúde. Participam das CIES gestores, serviços de saúde, trabalhadores da saúde, movimentos sociais e conselhos de saúde da sua área de abrangência.

Por fim, o documento "*Portaria Interministerial nº 421, de 03/03/2010*", que instituiu o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) do MS em parceria com o MEC, menciona a *intersectorialidade* no seu artigo quarto, como um dos objetivos do programa, como é possível conferir na unidade de registro abaixo:

"VIII - fomentar a *articulação ensino-serviço-comunidade* na área da saúde." <sup>78</sup>

#### 4.5 Discussão

A análise do contexto que permeou a implantação e implementação das políticas nacionais de formação de ensino superior em saúde consideradas neste trabalho, permite

afirmar que na década de 90 a área de recursos humanos (ainda utilizando esta nomenclatura) não se desenvolveu conforme o esperado, ainda que tenham ocorrido movimentos importantes que trouxeram implicações para a mesma, como a regulamentação do SUS por meio da Lei Orgânica da Saúde (nº 8080/90), que atribuiu ao Sistema de Saúde a responsabilidade pela formação de seus trabalhadores, bem como movimentos relacionados às mudanças na formação como, por exemplo, o Programa "Uma nova iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade" (UNI) e a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM).

Estes e outros movimentos ocorridos nos anos 90, citados no capítulo "*O contexto das políticas*", foram de grande relevância para a revisão dos processos formativos em saúde, pois proporcionaram a continuidade de mudanças no ensino que dialogavam com as transformações no setor da saúde que já vinham ocorrendo desde a década de 70.

Como resultados alcançados por estes movimentos, Carvalho & Ceccim<sup>21</sup> chamam a atenção para a aproximação entre o ensino e os serviços, que possibilitou avançar em questões como a atenção integral à saúde e a integração entre formação e trabalho; a inclusão da representação popular no debate sobre as mudanças na formação em saúde, buscando produzir serviços com capacidade de acolhimento e escuta aos usuários; a preconização, especificamente no curso de Enfermagem, de uma formação resultante da articulação entre competência técnico-científica e competência política, produzindo um estreitamento das relações entre os processos de formação e de trabalho; o envolvimento de diversos segmentos no debate do ensino em saúde (profissionais, docentes, gestores e estudantes); a tentativa de aproximar a formação das necessidades de saúde das pessoas por meio da integração entre ciências humanas, biológicas e sociais, dentre outros.

Condizentes com o ideário da Reforma Sanitária e, posteriormente, com as características elencadas por Campos<sup>1</sup> (quadro 2) como balizadoras de um novo modelo de formação em saúde, os resultados das experiências ocorridas na formação profissional na década de 90 influenciaram as mudanças nos campos da educação e do trabalho em saúde sucedidas na década seguinte, com destaque para a criação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES).

Representando uma ruptura com a noção de currículo mínimo vigente até o início dos anos 2000, as DCN apresentam alguns avanços importantes em relação a este (quadro

3) como, por exemplo, o entendimento da formação superior como um processo contínuo, autônomo e permanente; a flexibilização curricular e a liberdade das instituições formadoras de elaborarem seus projetos pedagógicos; e a progressiva autonomia profissional e intelectual do educando como resultado esperado do processo formativo. Outras questões, no entanto, merecem ser analisadas com olhar crítico, como o incentivo ao preparo dos profissionais para o enfrentamento das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional, tornando-o adaptável a situações novas e emergentes. Ao mesmo tempo em que há necessidade de formar profissionais com capacidade para lidar com estas situações, é preciso atentar para a formação que incentive a reflexão crítica, e que considere as especificidades do trabalho em saúde explicitadas no subcapítulo "*Processo de trabalho em saúde*", tendo em mente que o ensino em saúde deve estar voltado para o desenvolvimento de competências profissionais que tenham como objetivo final o atendimento às demandas de saúde das pessoas.

Como um desdobramento dos debates e movimentos por mudanças no ensino em saúde nos anos 90, propôs-se a integração dos campos do trabalho e da educação em saúde por meio da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), ocorrida em 2003. Duas mudanças significativas se deram a partir da tentativa de unificação destes campos: a adoção de uma nova estrutura organizativa na área de RH, buscando reunir políticas de caráter heterogêneo em uma única secretaria; e a alteração na posição hierárquica ocupada pela área de RH no MS, que passou do terceiro para o primeiro escalão, denotando sua relevância para o governo.

A despeito de ter representado uma importante transformação na gestão da educação e do trabalho em saúde, a SGTES embora objetivasse integrar estes campos os manteve separados na sua própria constituição interna, dividida em dois departamentos: de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) e de Gestão da Educação em Saúde (DEGES). Assim sendo, um conjunto de medidas prioritárias que compunham a agenda da SGTES foram implantadas por meio destes departamentos de forma isolada.

Dentre estas, o DEGERTS implantou, de 2003 a 2010, as seguintes ações: a elaboração do Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS) e do Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS; a criação da Comissão Especial para elaboração das Diretrizes do

PCCS-SUS; a instituição da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS) e a implantação do Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS).

No mesmo período citado, o DEGES desenvolveu ações com enfoque nas políticas de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde, que no entanto não foram lineares no decorrer do governo. Entre 2003 e 2005 foram priorizadas as ações relacionadas à Educação Permanente em Saúde, com o lançamento do documento "*Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde*". Outras estratégias lançadas para a reorientação da formação profissional foram: o *AprenderSUS*, o *VER-SUS* e o *EnsinaSUS*. A partir de 2005, com uma nova equipe na composição do DEGES, foram retomadas experiências prévias de incentivo às mudanças na formação profissional em saúde, que na educação superior se traduziram no *PRÓ-Saúde* e no *PET-Saúde*. Ressalte-se que, também em 2005, foi criada a portaria interministerial nº 2.118 de 03/11/2005, instituindo a parceria entre MS e MEC para fins de cooperação técnica na formação e desenvolvimento de RH na área da saúde.

Dentre as políticas de formação conduzidas pelo DEGES aquela que se destaca com relação à articulação entre educação e trabalho é a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, pois, conforme mencionado nos capítulos anteriores, coloca o trabalho como categoria central para a mudança das práticas em saúde, representando uma proposta de formação *para* o trabalho. Além disto, é aquela que busca oferecer direcionamento às demais políticas de formação em saúde.

A análise das referidas políticas e do documento *EducarSUS*, detalhadamente abordados no subcapítulo "*Caracterização das políticas nacionais de formação profissional em saúde*", permitiu relacionar as características necessárias a um novo modelo de formação em saúde, de acordo com a concepção de Campos<sup>1</sup> (quadro 2), às características da formação que são enfatizadas nestas políticas. O quadro a seguir expõe esta relação.

**Quadro 6. Características de um novo modelo de formação enfatizadas nas políticas analisadas.\***

Características de um novo modelo de formação <sup>1</sup>	Políticas de formação profissional analisadas				
	PNEPS	AprenderSUS	VER-SUS	PRÓ-Saúde	PET-Saúde
Diversificação de cenários de ensino-aprendizagem	x	x	x	x	

Uso de metodologias pedagógicas inovadoras e centradas no estudante	x	x		x	
Atenção aos problemas de maior prevalência e relevância nos serviços de saúde locais	x		x	x	x
Valorização das atividades de extensão	x		x	x	x
Maior ênfase na atenção primária/básica, em promoção da saúde e na determinação multifatorial do processo saúde-doença	x		x	x	
Valorização de atitudes éticas e humanísticas	x	x	x	x	
Reorientação das pesquisas acadêmicas, de forma a responder às necessidades locais, regionais e/ou nacionais	x	x		x	x
Articulação constante com o sistema local de saúde	x	x	x	x	x
Foco no trabalho em equipe multiprofissional, respeitando-se as especificidades de cada profissão e incentivando a interação entre elas	x	x	x		

**Fonte:** Elaboração própria.

\*O EducarSUS não foi incorporado ao quadro por não ter sido considerado como política de formação pelo estudo.

Pode-se perceber, a partir do quadro 6, que o aspecto abordado de forma mais abrangente no conjunto de políticas analisadas foi a articulação da formação com o sistema local de saúde.

De acordo com Santana<sup>20</sup>, a área da saúde têm se caracterizado historicamente pelo distanciamento entre as necessidades de saúde da população e a oferta de serviços. No Brasil, a estratégia utilizada para minorá-lo foi a reorganização da rede assistencial e dos serviços prestados a partir da atenção básica ou primária. Por isso, todas as políticas analisadas, a exemplo da Política de Educação Permanente, enfocam os serviços locais como primordiais para a aproximação do ensino das necessidades sociais de saúde.

Outros exemplos de características necessárias à reorientação do modelo de formação podem ser identificados no VER-SUS, cuja proposta de “vivência” representa ainda uma tentativa de inovação metodológica e de diversificação dos cenários de aprendizagem; e no PET-Saúde, que, ao estender-se tanto aos professores e alunos de graduação e pós-graduação quanto aos profissionais de saúde inseridos no SUS, reforça

também a reorientação da formação em direção à busca de respostas às necessidades locais e regionais dos serviços.

Também centrado neste tipo de reorientação pode ser citado o PRÓ-Saúde, ao visar o deslocamento do eixo da formação em direção a uma prática fundamentada na atenção primária/básica e na promoção da saúde, em sintonia com as necessidades sociais, levando em consideração dimensões sociais, econômicas e culturais.

Cabe citar ainda a iniciativa de reorientação metodológica proposta pelo AprenderSUS, que aposta na integralidade como indutora de práticas inovadoras, evocando conceitos como competências gerais e específicas, o desenvolvimento de capacidade de análise crítica de contextos, a problematização de saberes e práticas e a educação permanente.

Vale ressaltar que as transformações induzidas pelas políticas nacionais de formação profissional em saúde não foram incorporadas prontamente pelos diversos atores e instituições que participam dos processos formativos, mas, ao contrário, configuraram-se como processos repletos de tensões e conflitos, como ocorrem comumente com projetos de natureza estrutural. Pode-se citar como exemplo o PRÓ-Saúde, que suscitou manifestações contrárias de estudantes e professores dos cursos abrangidos e daqueles não abrangidos pelo programa.

Com relação à análise documental com base nas categorias definidas, esta revelou que não há um conceito de participação social explicitado nas políticas. Além disso, a expressão não foi identificada nas unidades de registro selecionadas. Dessa forma, a participação social foi percebida indiretamente a partir de três subcategorias principais, a saber: *autonomia*, *"empoderamento"* e *controle social*. Associadas a esta última, foram encontradas ainda as subcategorias *gestão democrática*, *gestão participativa* e *gestão social*.

A *autonomia* apareceu nos documentos de duas formas distintas: como objetivo do processo de cuidado, no qual o profissional contribui para que o usuário desenvolva "graus de autonomia" para lidar com as questões pertinentes à sua saúde (individual); e como uma "ponte" para o alcance do controle social (coletivo).

A primeira está relacionada ao direito dos sujeitos de participar e interferir no seu plano de cuidado, mesmo que seu julgamento seja divergente das recomendações e

orientações do profissional ou da equipe de saúde que o assiste. Para isso, é essencial uma relação mais horizontalizada, que permita ao usuário o acesso às informações sobre sua própria saúde e às possibilidades de tratamento disponíveis, dentre outros fatores. Isto implica em respeito ao indivíduo, aos seus valores culturais, individuais e religiosos, mas também na corresponsabilização do mesmo pela sua saúde.

Percebe-se nesta noção de *autonomia* um ponto de convergência com os propósitos da promoção da saúde, já que o paradigma promocional compreende que as práticas em saúde devem ser construídas "com" as pessoas, e não "para" elas.<sup>86</sup>

Já a segunda forma de apresentação da *autonomia* diz respeito à possibilidade da participação social conduzir ao *controle social*, por meio da interferência da população na gestão da saúde, dirigindo as ações do Estado para os interesses coletivos.

Por sua vez, o "empoderamento" foi identificado nos textos como "capacidade de intervenção sobre sua própria vida", "capacidade para lidar com a saúde" e, ainda, responsabilidade, escolha e tomada de decisão. Foram percebidos, de forma não explícita, os conceitos de "empoderamento" individual e coletivo. Relacionada a esta subcategoria surgiu também o conceito de emancipação.

O "*empoderamento*" é um termo polissêmico que se refere, de modo geral, ao desenvolvimento de habilidades pessoais para se informar, participar e decidir sobre as questões que podem levar à melhoria das condições de vida de pessoas ou grupos. Pode ser classificado em: "*empoderamento*" individual ou psicológico e "*empoderamento*" coletivo ou comunitário. O primeiro enfoque está relacionado à capacidade individual de controle sobre a própria vida, sem a necessidade de que o indivíduo participe em ações políticas coletivas. Tem como objetivo o fortalecimento da autoestima, da capacidade de adaptação ao meio e do desenvolvimento de mecanismos de autoajuda e solidariedade, desconsiderando a influência do contexto sociopolítico na vida das pessoas. Já o "*empoderamento*" comunitário consistiria na participação ativa de indivíduos e coletivos na ação política associada ao alcance de recursos materiais ou de poder, visando o aumento do controle sobre as suas vidas, eficácia política, maior justiça social e melhoria da qualidade de vida.<sup>87</sup>

Verificou-se a partir da análise documental que os dois tipos de "*empoderamento*", individual e comunitário, são tratados como complementares, já que ambos teriam o

objetivo de promover o fortalecimento das pessoas, permitindo a produção de transformações na sociedade por meio da ação coletiva.

Saliente-se que a referida complementaridade está expressa na Carta de Ottawa, que, mesmo ainda não utilizando o termo "*empoderamento*"<sup>29</sup>, defende conjuntamente o desenvolvimento de habilidades pessoais e o reforço da ação comunitária como fundamentais para o alcance da promoção da saúde.

De acordo com o pensamento de Paulo Freire, o processo de construção de fortalecimento individual é insuficiente para promover transformações sociais. Sua obra, ainda que não utilize a expressão, tem influenciado teóricos do "*empoderamento*" comunitário na construção e efetivação de um modelo pedagógico que assuma a "educação como prática da liberdade". Este projeto centra-se no rompimento com métodos educativos que se baseiam no "poder sobre" o outro, substituindo-o pelo "poder com", isto é, considera a adoção de "*métodos que valorizem o debate e a discussão de ideias, opiniões e conceitos com vistas à solução de problemas*".<sup>87</sup>

O *controle social* emergiu nos documentos analisados como a possibilidade de a sociedade participar e intervir na definição, no acompanhamento e na fiscalização das políticas de saúde por meio das instâncias participativas, tendo como finalidade o controle da sociedade sobre as ações de saúde do Estado. Configura-se, assim, como um direito, mas também um dever da sociedade.

Dentre as três subcategorias apresentadas, o *controle social* foi a única presente em todos os documentos que abordaram a *participação social*. Dessa forma, pode-se afirmar que nas políticas de formação analisadas a participação é representada eminentemente através da subcategoria *controle social*. Isto significa que, para as políticas analisadas, participação é sinônimo de capacidade de agir coletivamente no processo de construção e avaliação de políticas públicas, incluindo àquelas concernentes à formação dos profissionais de saúde.

Destaca-se que a Política de Educação Permanente em Saúde, como ação estratégica e orientadora das outras políticas de formação, inseriu o *controle social* como um dos quatro componentes que devem estar articulados para promover a transformação da formação e da gestão do trabalho em saúde. Essa forma de participação representa uma

---

<sup>29</sup> Este termo foi empregado pela primeira vez no campo da Promoção da Saúde na Carta de Bangkok, em 2005, na 6ª Conferência Global de Promoção da Saúde.

conquista, pois amplia o alcance da democracia ao incluir a sociedade nos processos de gestão em saúde. Daí a associação do *controle social* às subcategorias *gestão democrática*, *gestão participativa* e *gestão social*. No entanto, pela própria definição de *controle social* utilizada nas políticas, o seu alcance está vinculado à *autonomia* e ao "*empoderamento*", uma vez que para participar e intervir nos processos de gestão em saúde é necessário o desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas.

Sobre a inserção do *controle social* nos processos formativos em saúde, Ceccim & Feuerwerker<sup>88</sup> afirmam que no Brasil, historicamente, há registros da relevância do binômio ensino-serviço; porém, com relação à necessidade de integrar ensino-serviço-gestão-controle social, assim como o movimento estudantil de graduação em saúde, estes registros praticamente inexistem. E, ainda, que as experiências nacionais e internacionais de mudança na formação em saúde têm se centrado na tríade ensino-serviço-comunidade. Ao considerar fundamental a integração entre ensino-serviço-gestão-controle social, nasce o conceito de quadrilátero da formação, no qual a inclusão do *controle social* se justifica pelo entendimento de que a formação como um serviço de relevância social precisaria se relacionar com "*o componente comunidade como algo diferente da interação com a população, pela introdução da noção de relevância e responsabilidade social do ensino*"<sup>88</sup> (p.47).

A associação da participação à ideia de *controle social* nos remete à relevância dada pela Promoção da Saúde à capacidade tanto individual quanto coletiva de tomar decisões, e de ter controle sobre as circunstâncias que permeiam a própria vida, bem como da luta pela obtenção de melhores condições de saúde para todos.<sup>2</sup>

Esta forma de compreender a participação social representa uma dupla crítica: ao modelo de saúde biomédico e à forma de condução das políticas públicas no campo da saúde. No primeiro caso, há um distanciamento na relação entre profissional e usuário, em que o primeiro se vê como aquele que detém o conhecimento e, por isso, está apto a fazer as escolhas necessárias pelo outro. Como as intervenções em saúde são decididas pelo profissional sem a participação dos indivíduos, nega-se às pessoas o direito de compreender e escolher os rumos da sua própria saúde; em outras palavras, restringe-se sua autonomia. Por sua vez, a segunda crítica diz respeito à exclusão da sociedade dos processos de construção e acompanhamento das políticas de saúde. Ambas questões vêm resultando numa atenção à saúde desvinculada das necessidades sociais de saúde.

A categoria *participação social*, no material analisado, é vista como estratégica e absolutamente fundamental para o fortalecimento do SUS, pois considera-se que a participação da população na gestão implicaria no estreitamento entre as demandas sociais de saúde e às práticas profissionais, impactando positivamente na qualidade e na resolutividade do sistema.

Com relação à segunda categoria analisada, a *integralidade do cuidado*, somente dois documentos apresentaram uma conceituação da mesma, por ter a integralidade como foco de suas políticas. São eles: "*Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde*" e "*AprenderSUS: o SUS e os Cursos de Graduação da Área da Saúde*".

Identificou-se nos documentos a utilização dos seguintes termos como sinônimos de integralidade do cuidado: atenção integral à saúde, ação integralizada, integralidade da atenção à saúde, atendimento integral e abordagem integral. É importante frisar que a despeito da expressão atendimento integral (referente à diretriz constitucional na CF88) ter surgido em apenas uma unidade de registro, os documentos analisados se referem constantemente à integralidade (e seus sinônimos) como diretriz constitucional.

A análise do material revelou, ainda, que nos documentos nos quais a categoria *integralidade do cuidado* é central apareceram em maior frequência as seguintes subcategorias: *vínculo*, *acolhimento* e *humanização*. Ao lado destas, foram encontradas também: *autonomia*, *controle social*, *clínica ampliada*, *trabalho em equipe*, *equipe multiprofissional*, *abordagem interdisciplinar*, *promoção da saúde* e *responsabilização*.

Foi possível discernir a partir deste conjunto de subcategorias encontradas na análise documental, dois grupos distintos: um ligado à dimensão das práticas em saúde, e outro relacionado à dimensão organizativa do processo de trabalho nos serviços de saúde. Entende-se que fazem parte do primeiro grupo as subcategorias *vínculo*, *acolhimento*, *humanização* (também aplicável ao segundo grupo), *autonomia*, *controle social* e *responsabilização*. Embora estes grupos estejam entrelaçados enfatizou-se o primeiro por entender que está diretamente relacionado ao escopo deste estudo, que é a reorientação da formação profissional de nível superior em saúde. Dessa forma, em seguida serão discutidas as principais subcategorias identificadas nos documentos com relação ao primeiro grupo, quais sejam: *vínculo*, *acolhimento* e *humanização*.

A subcategoria *vínculo* foi relacionada às expressões: "*construção de relações contínuas com a população*" e "*vínculos entre usuários e equipes*". Nas unidades de registro selecionadas, a subcategoria surgiu ligada a outras três: *autonomia*, *responsabilização* e *acolhimento*.

A análise permitiu inferir que *vínculo*, para as políticas de formação de ensino superior em saúde, significa a construção de uma relação de corresponsabilização entre usuários e profissionais, no âmbito da atenção básica, capaz de facilitar a captação das necessidades sociais de saúde da população e atendê-las. Para Campos<sup>89</sup>, o estabelecimento de *vínculo* entre profissional e usuário amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação de serviço. Esse espaço é propício para o estímulo à *autonomia* e à cidadania, já que a construção de *vínculo* depende do reconhecimento do usuário como sujeito que tem fala, desejos e opiniões.

Com relação ao *acolhimento*, além dos documentos analisados não apresentarem uma definição da subcategoria, a forma como é utilizada tampouco permitiu sua conceituação. Aparecem associadas ao *acolhimento* às subcategorias *autonomia*, *responsabilização* e *equipe multiprofissional*.

Na literatura, o *acolhimento* se refere ao reconhecimento da necessidade de saúde do outro como legítima, e à garantia do acesso oportuno dos usuários às tecnologias mais adequadas para suprir essa necessidade. Tem como um dos seus objetivos a construção de relações de confiança, compromisso e *vínculo* entre profissionais e entre profissional e usuário, visando à produção do cuidado compartilhado. Pressupõe que o compartilhamento de processos de cuidado demanda a criação de uma *gestão democrática*, com a ampliação da inclusão de sujeitos na gestão e na clínica, com vistas à horizontalização do poder e à construção da corresponsabilização.<sup>90</sup>

Segundo Franco *et.al.*<sup>91</sup>, o *acolhimento* propõe a inversão da lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, a partir de três princípios:

- 1) Garantia da acessibilidade universal a partir do atendimento de todos aqueles que procuram os serviços de saúde. Dessa forma, o serviço teria a função de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, buscando ser resolutivo;
- 2) Reorganização do processo de trabalho, com a finalidade de deslocar seu eixo central do médico para uma *equipe multiprofissional* (equipe de *acolhimento*), que estaria

encarregada da escuta do usuário e comprometida com a resolução do seu problema de saúde;

3) Qualificação da relação entre trabalhador e usuário, devendo ocorrer com base em parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

Note-se que tanto *vínculo* quanto *acolhimento*, pela própria definição de ambos, estão intrinsecamente vinculados à *participação social*, uma vez que ao reconhecerem o usuário como sujeito da sua própria saúde, incentivam o desenvolvimento da sua autonomia no intuito de propiciar sua participação tanto nos processos de cuidado quanto na gestão em saúde. Isto foi percebido nos documentos por meio do emprego das subcategorias *autonomia* e *controle social*.

Analogamente à subcategoria *acolhimento*, a *humanização* também não apresenta uma definição ou conceito nos documentos analisados. Porém, a partir do modo como é empregada nas unidades de registro selecionadas, é possível relacioná-la, indiretamente, ao *conceito ampliado de saúde*, ao *acolhimento* e ao *vínculo*. Neste contexto, a subcategoria *trabalho em equipe* é a única que surge associada à *humanização*.

*Humanizar*, de acordo com a Política Nacional de Humanização, significa "*ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais*"<sup>92</sup>. Dessa forma, a humanização se constitui numa política transversal a toda a rede do SUS, entendida como: a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, assim como o fomento da *autonomia* e do protagonismo destes; o aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; o estabelecimento de *vínculos* solidários e de *participação* coletiva no processo de gestão; a identificação das dimensões de necessidades sociais, coletivas e subjetivas de saúde; a mudança nos modelos de atenção e gestão, enfocando a necessidade dos cidadãos, a produção de saúde, e o próprio processo de trabalho em saúde, com valorização dos trabalhadores e das relações sociais no trabalho; e, por fim, o compromisso com a ambiência e a melhoria das condições de trabalho e de atendimento.<sup>90</sup>

Dentre as subcategorias encontradas para a *integralidade do cuidado*, percebe-se que a *humanização*, pela extensão da sua definição, é a mais completa delas, englobando as outras duas, *vínculo* e *acolhimento*. Contudo, a *humanização*, ainda que tenha surgido

em outros documentos, apareceu especialmente concentrada no texto "*Humanização na Saúde e Cidadania: o Caminho para o SUS*", contido no documento *VER-SUS*.

O conjunto de subcategorias identificado e o contexto em que emergiram nos documentos permitiriam a correlação da *integralidade do cuidado* à Política Nacional de Promoção da Saúde, pois o enfoque dado à categoria nas políticas de formação de nível superior em saúde envolve preceitos da promoção, como: o conceito ampliado de saúde, o trabalho multiprofissional e interdisciplinar/transdisciplinar, a participação social tanto no nível micro (plano de cuidados) quanto macro (relativa à democratização dos processos de gestão), o respeito aos usuários, o compartilhamento de responsabilidades no plano de cuidado, e a horizontalização de poder entre profissionais e usuários.

No material analisado, a *integralidade do cuidado* é colocada como central e transversal aos outros princípios e diretrizes do SUS, representando o eixo das transformações pretendidas nos processos formativos e de trabalho no SUS, com vistas à reorientação das práticas para a melhoria da qualidade da atenção em saúde. A atenção básica, mais especificamente a Estratégia Saúde da Família, é tomada como o local mais propício ao desenvolvimento pelos profissionais de saúde do conjunto de elementos que caracterizam a *integralidade*, citados anteriormente para demonstrar sua aproximação com a Promoção da Saúde. Para a efetivação da *integralidade do cuidado* as políticas orientam/induzem a formação com base no desenvolvimento de competências gerais e específicas.

Por sua vez, a análise da *intersetorialidade* mostrou que nos documentos selecionados não há um conceito evidenciado acerca desta categoria. Também não foram encontradas subcategorias referentes à mesma. Contudo, a *intersetorialidade* foi identificada a partir do uso das seguintes palavras ou expressões: *cooperação, articulação, aliança, atuação conjugada, integração, interação, articulação intersetorial, abordagem intersetorial, estreita sintonia e parceria*. É bastante evidenciado ainda seu relacionamento com a categoria *participação social*.

A análise revelou que os documentos empregam a categoria *intersetorialidade* em dois âmbitos distintos: como articulação de setores na construção de políticas, programas e outras iniciativas, e como elemento da prática, no estabelecimento de ações intersetoriais.

Referente ao primeiro, é abordada pelos documentos a articulação entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação como uma atuação conjunta para a superação da

fragmentação na construção de estratégias no âmbito da formação em saúde, que possam levar à efetivação das propostas de transformação da formação e da organização da atenção em saúde. Neste cenário, a *intersectorialidade* representaria um processo de construção compartilhada de saberes e experiências entre os campos da saúde e da educação no planejamento, na realização e na avaliação de ações para o alcance de efeito sinérgico em situações complexas, com vistas ao desenvolvimento social<sup>93</sup>. São exemplos desta abordagem as políticas *AprenderSUS* e *PRÓ-Saúde*.

A segunda forma de utilização da *intersectorialidade* refere-se à integração entre o sistema de saúde, as instituições formadoras e a sociedade organizada, esta última por meio das instâncias de controle social em saúde e dos conselhos de educação e de saúde, com a finalidade de viabilizar ações intersectoriais que deem concretude à articulação entre os ministérios acima referida. Nesta perspectiva, a contribuição dos acúmulos e experiências específicos de cada setor, de maneira articulada, promoveria um aprendizado constante para lidar com as questões relativas à formação em saúde. Podem ser citados como exemplos desta abordagem a criação dos pólos de educação permanente em saúde e a implementação de oficinas regionais para a análise crítica de estratégias e processos de mudança.

Essas diferenças conceituais na compreensão da *intersectorialidade* nos remetem às duas formas distintas de abordagem desta expressão na Carta de Ottawa<sup>2</sup>, a saber: (1) como elaboração de políticas públicas saudáveis de forma intersectorial; (2) como mediação/ação intersectorial. No primeiro caso, enfatiza-se a adoção de políticas públicas nos setores não diretamente ligados à saúde como uma ação conjunta na busca pela garantia de serviços públicos saudáveis. Já a segunda forma de abordagem da *intersectorialidade* se refere à importância do estabelecimento de ação coordenada entre todas as partes envolvidas (governo, setor saúde, outros setores, sociais e econômicos, dentre outros) para a consolidação de ações de melhoria das condições de vida das pessoas.

É possível afirmar que a maioria dos documentos analisados apontam para esta segunda forma de entendimento da *intersectorialidade*, visto que buscam o estabelecimento de parcerias, alianças, cooperação, interação, e outros, como se a existência de políticas intersectoriais já estivesse dada.

De acordo com os preceitos da Promoção da Saúde, a *intersectorialidade* é apontada como uma das estratégias fundamentais para a mudança do modelo assistencial e para a reorganização da atenção à saúde, uma vez que se constitui num mecanismo para o alcance

do conceito ampliado de saúde. Este conceito entende a saúde no seu sentido mais amplo, como um resultado da interação entre os fatores sociais, econômicos, étnicos/raciais, culturais, psicológicos e comportamentais, denominados Determinantes Sociais da Saúde, que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população<sup>94</sup>. Devido à extensão conferida ao conceito de saúde, para dar conta de responder às necessidades sociais de saúde da população é imprescindível que o setor estabeleça ações coordenadas com outros setores, como, por exemplo, é o caso da Educação.

No entanto, a partir da análise documental é possível afirmar que, embora existam movimentos de integração dos setores da Educação e da Saúde, as indicações mais concretas de ação intersetorial na formação em saúde ainda estão circunscritas de modo geral ao setor da Educação. O papel do Ministério da Saúde, enquanto ordenador da formação de recursos humanos para o SUS, tem sido o de colaborar com as ações desenvolvidas pelo MEC e adequar os cursos em saúde às suas definições. Essa relação entre os ministérios destoa do conceito de *intersetorialidade* de Junqueira<sup>93</sup> citado anteriormente, no qual entende-se que os setores devem realizar planejamento conjunto, visando o alcance de resultados em torno de um objetivo comum.

A categoria *intersetorialidade*, apesar de ter aparecido em todos os documentos, foi aquela que apresentou a menor quantidade de unidades de registro no material analisado e a que menos foi desenvolvida nas políticas.

O quadro 7, exibido adiante, apresenta uma síntese das principais subcategorias e termos encontrados na análise documental com relação às categorias participação social, integralidade do cuidado e intersetorialidade.

**Quadro 7. Síntese das principais subcategorias e termos que emergiram da análise documental à luz das categorias analisadas.**

Documento	Participação social Nº de ocorrências:			Integralidade do cuidado Nº de ocorrências:			Intersetorialidade* Nº de ocorrências:
	Autonomia	Empoderamento/ Empowerment	Controle social	Vínculo	Acolhimento	Humanização	Palavras ou expressões associadas à categoria
Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS - caminhos para a Educação Permanente em Saúde - Pólos de Educação Permanente em Saúde (2004)	3	0	39	vínculo (1), construção de relações contínuas com a população (1)	acolhimento (4), acolhida (1)	humanização (2), humanizada(s) (3)	cooperação (14), articulação (29), aliança (1), integração (11), interação (5), articulação intersetorial (1), estreita sintonia (1), parceria (1)
AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde (2004)	3	capacidade de intervenção sobre sua própria vida (1)	4	1	2	humanizada (1)	articulação (2), atuação conjugada (1), parceria (1), cooperação (1), integração (1)
VER-SUS/Brasil (2004)	19	empoderamento (3), empowerment (1)	34	29	acolhimento (25), acolhido (as) (4)	humanização (12), humanizado (as) (15), humanizar (5)	cooperação (10), articulação (25), aliança (5), integração (26), interação (20), articulação intersetorial (2), abordagem intersetorial (1), parceria (31)
EducarSUS: notas sobre o desempenho do Departamento de Gestão da Educação na Saúde - Período de janeiro de 2003 a janeiro de 2004 (2004)	0	0	22	0	2	2	cooperação (8), articulação (25), integração (7), parceria (1)
Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRÓ-Saúde (2005)	0	0	0	0	0	humanização (1), humanizada (1)	cooperação (2), articulação (8), integração (3), interação (2), parceria (3)
Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial (2007)	1	capacidade para lidar com a saúde (1), capacidades para o auto-cuidado individual e o auto-cuidado orientado para o coletivo (1)	controle das ações do Estado (1)	2	0	1	cooperação (2), articulação (6), integração (27), interação (13), parceria (3)
Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (2009)	0	0	13	0	1	0	cooperação (5), articulação (15), aliança (2), integração (39), interação (3), parceria (4)
Portaria Interministerial MS/MEC nº421, de 03/03/10 - PET-Saúde (2010)	0	0	0	0	0	0	articulação (1)

Fonte: elaboração própria.

\*Na pesquisa documental não foram encontradas subcategorias referentes à intersetorialidade.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

A criação das políticas de formação profissional de nível superior em saúde no período pós-SUS ocorreu principalmente após a instituição da SGTES no ano de 2003, sendo, portanto, ainda bastante recente. Estas políticas têm sido colocadas como centrais para a transformação dos processos formativos e de trabalho em saúde, considerando o papel fundamental desempenhado pelos profissionais no reordenamento do modelo de saúde atual na direção dos princípios e diretrizes do SUS.

Nesse sentido, este estudo buscou contribuir para a análise destas políticas no que se refere à reorientação dos serviços e das práticas em saúde, enfatizando a participação social, a integralidade do cuidado e a intersetorialidade, no período de 2003 a 2010.

Percebeu-se que no recorte temporal estudado houve um estímulo à implantação e implementação de políticas de formação e desenvolvimento dos profissionais em saúde, evidenciado pelo quantitativo de políticas lançadas no período em questão. No entanto, mudanças internas ao DEGES provocaram uma cisão na linearidade destas políticas. Inicialmente focado na proposta inovadora da Política de Educação Permanente em Saúde, em um segundo momento o departamento passou a resgatar experiências anteriores de incentivo às mudanças na formação profissional em saúde.

Ainda assim, a tentativa da SGTES de aproximar os campos da educação e do trabalho em saúde refletiu-se nas políticas analisadas, mostrando que houve significativo incentivo à articulação da formação com os serviços de saúde locais, o que foi observado principalmente na Política de Educação Permanente em Saúde, ao colocar o trabalho como categoria central para a mudança das práticas em saúde.

Com relação à análise categorial podem ser destacados três pontos relevantes. Em primeiro lugar, o fato de que os conceitos de *participação social*, *integralidade do cuidado* e *intersetorialidade* são intrinsecamente relacionados torna complexa a delimitação precisa de categorias analíticas das políticas de formação de nível superior em saúde. Como exemplo, tem-se a subcategoria *interdisciplinaridade*, identificada como pertencente à categoria *integralidade do cuidado*, mas que também se refere à *intersetorialidade*.

O segundo ponto de destaque é a forma naturalizada com que os documentos tratam as categorias, como uma repetição de termos e expressões, sem a preocupação de

conceituá-los. Considerando a pluralidade de significados das categorias analisadas, a não definição destas nos documentos pode gerar confusão no seu entendimento, pois se tratam de conceitos que não estão dados a priori.

O terceiro ponto diz respeito à identificação, a partir da análise categorial aplicada às políticas de formação de nível superior, de elementos que compõem o modelo da Promoção da Saúde. Dessa forma, foram utilizadas referências teóricas do paradigma promocional para a discussão dos resultados encontrados.

No que concerne às limitações deste estudo, destaca-se que a análise documental realizada se restringe à visão governamental expressa institucionalmente através das políticas públicas acerca da temática abordada. Assim sendo, suas observações e conclusões devem ser complementadas por estudos avaliativos também no campo prático, para compreender de que forma e em que sentido estas políticas estão contribuindo efetivamente para a reorientação dos serviços e práticas em saúde.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

1. Campos FE *et. al.* A formação superior dos profissionais de saúde. In: Giovanella *et. al.* (org.) Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2008. p. 1011-1034.
2. Organização Mundial de Saúde. Organização Panamericana de Saúde. Carta de Ottawa. I Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde. Washington, 1986.
3. Teixeira C. Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família. . Salvador: Edufba; 2006. 237p.
4. Escorel S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. In: Giovanella *et. al.* (org.) Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2008. p. 385-434.
5. Fleury S. Revisitando “a questão democrática na área da saúde”: quase 30 anos depois. Saúde em Debate 2009; jan/abr; 33(81):156-164.
6. CEBES. A questão democrática na área da saúde. Saúde em Debate 1980, (9):11-3.
7. Brasil. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986, Brasília. Relatório final. Ministério da Saúde: Brasília, 1986.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
9. Machado MH. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. In: Lima, N. T. *et. al.* (Org.). Saúde e democracia: histórias e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p.257-281, 2005.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e Diretrizes para NOB/RH-SUS / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 2ª ed., rev. e atual., 2ª reimpressão – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 112 p. – (Série Cadernos Técnicos) – (Série J. Cadernos).
11. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação/ Câmara de Educação Superior. Orientação para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação. Parecer nº CNE/CES 583/2001. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES0583.pdf>. Acesso em 30/01/2012.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 56p. (Série A – normas e manuais técnicos).
13. Organización Panamericana de la Salud. La salud pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington; Organización Panamericana de la Salud; 2002. xvii,400 p. (OPS. Publicación Científica y Técnica, 589).
14. Pierantoni CR *et. al.* Gestão do trabalho e da educação em saúde. 1ª ed.- Rio de Janeiro:CEPESC: IMS/UERJ: ObservaRH, 2012. 156p.
15. Antunes R. Adeus ao trabalho? : ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade no mundo do trabalho. 15ª ed. – São Paulo : Cortez, 2011.
16. Marx K. Processo de trabalho e processo de produzir mais-valia. O capital. Livro Primeiro. O processo de produção do capital. Volume I. 20ª ed. Editora Civilização Brasileira, RJ. 2002. p. 211-231.
17. Tavares MFL. Saúde da criança e formação no trabalho: a prática como e com saber. / Maria de Fátima Lobato Tavares. — Rio de Janeiro: s. n., 1998. Tese de doutorado. 198p.
18. Offe C. Trabalho e Sociedade. Problemas estruturais e Perspectivas para o Futuro da Sociedade do Trabalho. Vol. I, A Crise. Rio de Janeiro: Edições Tempo Brasileiro, 1989. 215p.
19. Antunes R. O caráter polissêmico e multifacetado do mundo do trabalho. Rev. Educação, Saúde e Trabalho, 1(2):53-61, 2003.
20. Santana JP. A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta. In: Santana JP, Castro JL, organizadores. Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde CADRHU. Natal: EDUFRN; 1999. p. 387-400.
21. Carvalho YM & Ceccim RB. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: Campos, GWS *et. al.* (Org.). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006, p.149-182.
22. Pires ED. Divisão técnica do trabalho em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. (Org.). Dicionário de Educação Profissional em Saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2009. Disponível em:

- <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/divtectrasau.html>. Acesso em: 07/06/2012.
23. Santana JP & Christófaros MAC. Educação, Trabalho e Formação Profissional em Saúde. Brasília:OPAS; 2001. Disponível em: <http://www.acervo.epsjv.fiocruz.br/beb/textocompleto/TEXTOSINSERIR/nayEducacaoTrabalho.pdf>. Acesso em 15/09/2012.
  24. Santana JP *et.al.* Formação profissional em saúde: desafios para a universidade. In: Santana, JP; Castro, JL (org.). Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde: CADRHU. Natal: EDUFRN; 1999. p. 233-245.
  25. Freire P. Educação e mudança. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.112 p.
  26. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
  27. Morin E. A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. 12ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.
  28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.
  29. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007. 232 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 8).
  30. Ausubel DP. A aprendizagem significativa: a teoria de David Ausubel. São Paulo: Moraes, 1982.
  31. Pelizzari A. *et. al.* Teoria da Aprendizagem Significativa segundo Ausubel. Rev. PEC, Curitiba, v.2, n.1, p.37-42, jul. 2001-jul., 2002.
  32. Moreira MA. Aprendizagem significativa crítica. Versão revisada e estendida de conferência proferida no III Encontro Internacional sobre Aprendizagem Significativa, Lisboa (Peniche), 11 a 15 de setembro de 2000. Disponível em <http://www.if.ufrgs.br/~moreira/apsigcritport.pdf>. Acessado em 05/11/2012.
  33. Moreira MA. Aprendizagem Significativa: da visão clássica à visão crítica. I Encontro Nacional de Aprendizagem Significativa, Campo Grande, MS, Brasil, abril de 2005. Disponível em

- <http://www.if.ufrgs.br/~moreira/visaoclasicavisaocritica.pdf>. Acessado em 04/10/2012.
34. Canário R. Formação e mudança no campo da saúde. In: Canário R. (org.) Formação e Situações de Trabalho. Portugal: Porto Editora 2ª edição; 2003. p. 117 – 146.
  35. Deluiz N. A globalização econômica e os desafios à formação profissional. [acessado em 04 de janeiro de 2012]. Boletim Técnico do SENAC. Rio de Janeiro, v.22, n.2, p.15-21, maio/agosto 1996. Disponível em [www.senac.br/informativo/btsq/222/boltec222b.htm](http://www.senac.br/informativo/btsq/222/boltec222b.htm). Acessado em 15/03/2012.
  36. Perrenoud P. Formar professores em contextos sociais em mudança: prática reflexiva e participação crítica. Revista Brasileira de educação, 1999. p.5-21.
  37. Ramos MN. A educação profissional pela pedagogia das competências e a superfície dos documentos oficiais. Educ. Soc., Campinas, vol. 23, n. 80, setembro/2002, p. 401-422.
  38. Ramos MN. Currículo por competências. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. (Org.). Dicionário de Educação Profissional em Saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/curcom.html>. Acesso em: 07/06/2012.
  39. Ramos MN. Qualificação, Competências e Certificação: visão educacional. Formação, Brasília, v. 1, n. 2, maio, 2001, p.17-26.
  40. Marsden M. A indissociabilidade entre teoria e prática: experiências de ensino na formação de profissionais de saúde nos níveis superior e médio. / Melissa Marsden. Rio de Janeiro: s.n., 2009. Dissertação de Mestrado. Ensp/Fiocruz. 140p.
  41. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª edição. São Paulo: Hucitec; 2010. 407p.
  42. Gonsalves EP. Iniciação à Pesquisa Científica. Campinas, SP: Editora Alínea; 2001. Capítulo 4, Escolhendo o percurso metodológico; p. 61-73.
  43. Santos AR. Metodologia científica: a construção do conhecimento. 4ª edição. Rio de Janeiro: DP&A editora; 2001. Capítulo 2, Tipos de pesquisa; p. 21-32.
  44. Sá-Silva JR. *et.al.* Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. Revista Brasileira de História & Ciências Sociais 2009, 1 (1):1-15.

45. Gomes R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo, MC de S. (Org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade: vozes, 1994, p.67-79.
46. Bardin L. Análise de conteúdo. 1ª edição. São Paulo: Edições 70, 2011.
47. Oliveira DC. Análise de Conteúdo Temático-Categorial: uma proposta de sistematização. Rev. Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro out/dez 2008; 16(4):569-76.
48. Quivy R. & Campenhoudt L. Manual de Investigação em Ciências Sociais. 4ª edição. Portugal: Gradiva; 2005.
49. Feuerwerker LCM & Sena RR. Contribuições ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. Interface: comunicação, saúde, educação. Botucatu, v.6, n.10, p.37-50, fev. 2002.
50. González AD & Almeida MJ. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 20 [ 2 ]: 551-570, 2010.
51. Roschke MA, Davini MC, Haddad J. (Ed.). Educación permanente de personal de salud. Washington: OPAS, 1994. 247 p. (Série Desarrollo de Recursos Humanos, 100).
52. Ribeiro SMR. Reforma do aparelho de Estado no Brasil: uma comparação entre as propostas dos anos 60 e 90. VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Lisboa, Portugal, 8-11 Oct. 2002.
53. Nogueira RP. Problemas de Gestão e Regulação do Trabalho no SUS. Artigo do projeto de pesquisa Conjuntura do Emprego em Saúde na Primeira Metade da década de 2000 (Plano Diretor 2006 do ObservaRH/NESP). Disponível em <<http://www.observarh.org.br/nesp>>. Acessado em 20/11/2012.
54. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório final da 9ª Conferência Nacional de Saúde: Municipalização é o caminho. Brasília: Ministério da Saúde, 1993. 43p. Disponível em [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_9.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_9.pdf). Acesso em 08/06/2012.

55. Nogueira R, Baraldi S, Rodrigues VA. Limites críticos das noções de precariedade e desprecarização do trabalho na Administração Pública, 2004. Rede ObservaRH. Disponível em [www.observarh.org.br](http://www.observarh.org.br). Acessado em 04/04/2012.
56. Pierantoni CR. As reformas do estado, da saúde e de recursos humanos: limites e possibilidades. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 6 (2): 341-360, 2001.
57. Teixeira M. *et.al.* Mudanças nas políticas do trabalho e da educação em saúde no governo Lula. In: Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças. (Org.) Machado CV, Baptista TWF e Lima LDL. Ed. Fiocruz: Rio de Janeiro, 2012. p.197-225.
58. Brasil. Ministério da Saúde. II Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde. Relatório final. Brasília: Coordenação Geral de Recursos Humanos para o SUS, Ministério da Saúde; 1993. Disponível em <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos/rhsv1n3.pdf>. Acesso em 08/06/2012.
59. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 98p. Disponível em [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_10.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_10.pdf). Acesso em 08/06/2012.
60. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Secretaria de Políticas de Saúde. Secretaria de Ensino Superior. Projeto de Incentivo à Mudanças Curriculares em Cursos de Medicina - PROMED. Brasília, 2001. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/inc.pdf>. Acesso em 04/06/2012.
61. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 198 p. (Série D. Reuniões e Conferências; n. 16). Disponível em [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_11.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_11.pdf). Acesso em 08/06/2012
62. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão. Gestão pública para um Brasil de todos : um plano de gestão para o Governo Lula / Secretaria de Gestão. – Brasília: MP, SEGES, 2003. 30 p.
63. 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 / Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da

- Educação na Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 32p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
64. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS : DesprecarizaSUS : perguntas & respostas : Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006. 32 p. : il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
  65. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.318 de 5 de Junho de 2007. Publica as Diretrizes Nacionais para a instituição ou reformulação de planos de carreiras, cargos e salários, a títulos de subsídios técnicos à instituição de regime jurídico de pessoal no âmbito do Sistema Único de Saúde.
  66. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM de 22 de Fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto.
  67. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Documentos preparatórios para 3.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: trabalhadores da saúde e a saúde de todos os brasileiros: práticas de trabalho, gestão, formação e participação / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 2. ed. – Brasília :Ministério da Saúde, 2005. 73 p. – (Série D. Reuniões e Conferências).
  68. Fundação Oswaldo Cruz. Análise da Política de Educação Permanente em Saúde: um estudo exploratório de projetos aprovados. Relatório Final. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em [http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio\\_ObservaRH/EPSJV\\_FIOCRUZ/Analise\\_politica\\_edu\\_permanente.pdf](http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/EPSJV_FIOCRUZ/Analise_politica_edu_permanente.pdf). Acesso em 19/09/2012.
  69. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 68p. (Série C. Projetos, programas e relatórios).
  70. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 63 p. (Série B. Textos básicos de saúde) (Série Pactos pela saúde 2006, 9).
71. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. EducarSUS: notas sobre o desempenho do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, período de janeiro 2003 a janeiro 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 44p. (Série C. Projetos, programas e relatórios).
72. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
73. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. VER-SUS/Brasil: caderno de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 299p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
74. Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Caracterização do VER-SUS. Disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=22371](http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=22371). Acesso em 04/01/2012.
75. Brasil. Ministério da Saúde. PRÓ-Saúde: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 77p. (Série C. Projetos, programas e relatórios).
76. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRÓ-Saúde : objetivos, implementação e desenvolvimento potencial / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007. 86 p. : il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
77. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.507, de 22/06/2007. Institui o Programa da Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). Brasília, 2007.
78. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 422, de 3 de março de 2010. Estabelece orientações e diretrizes técnico-administrativas para a execução do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET Saúde, instituído no âmbito do Ministério da Saúde e da Educação. Brasília, 2010.

79. Escorel S & Moreira MR. Participação Social. In: Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Giovanella L *et.al.* (Org.) Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.
80. Escorel S & Moreira MR. Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária: democracia deliberativa e efetividade. In: Participação, Democracia e Saúde/ Sonia Fleury e Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato (organizadoras) – Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 229-247.
81. Brasil. Constituição Federal. Brasília, DF.: Senado Federal, 1988.
82. Brasil. Lei Orgânica da Saúde nº 8080. Brasília, DF. Ministério da Saúde, 1990.
83. Mattos RA. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001. p. 39-64.
84. Schutz F & Miotto RCT. Intersetorialidade e política social: subsídios para o debate. Sociedade em Debate, Pelotas, 16(1): 59-75, jan.-jun./2010.
85. Magalhães R, Coelho AV, Nogueira MF & Bocca C. Intersetorialidade, convergência e sustentabilidade: desafios do programa Bolsa Família em Manguinhos, RJ. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2011, vol.16, n.11, pp. 4442-4453.
86. Tavares MFL. *et.al.* Abordagem Avaliativa de uma experiência de promoção da saúde no Rio de Janeiro. In: A Gestão do SUS no Âmbito Estadual: o caso do Rio de Janeiro. Organizado por Maria Alicia D. Ugá [*et.al.*]. - Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. p. 333-350.
87. Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(4):1088-1095, jul-ago, 2004.
88. Ceccim RB & Feuerwerker LCM. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva* 2004b; 14(1): 41- 65.
89. Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Cecilio LCO, organizador. Inventando a mudança na saúde. 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p. 29-87.
90. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde

/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 44 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

91. Franco TB. *et. al.* O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 15(2):345-353, abr-jun, 1999.
92. Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
93. Junqueira LAP. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais de saúde. Rev Adm. Pública 2000; 34(6):35-45.
94. Buss PM & Filho AP. A saúde e seus determinantes sociais. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.

